# Inhaltsverzeichnis


Einleitung 11

1 Strukturen und Entwicklungen von Drogenpolitik/ -hilfe und Strategien gegen Infektionskrankheiten – unter Berücksichtigung des Strafvollzuges 19

1.1 Drogenhilfe und Drogenpolitik im Wandel 19

1.1.1 Drogen, Sucht und Krankheit – Bedeutungen für den Strafvollzug 19

1.1.2 Umorientierung und Differenzierung der Drogenhilfe 24

1.1.2.1 Das Auftreten von existentiell bedrohlichen Infektionskrankheiten als zentrale Herausforderungen für Drogenpolitik und -hilfe 24

1.1.2.2 Vor AIDS: Von ‚Release' zur therapeutischen Kette – und zurück? 25

1.1.2.2.1 Die therapeutische Kette - Kette für wen? Die Reduktion auf die Konstruktionen ‚Sucht' und ‚Droge' 27

1.1.2.3 Nach AIDS: gesundheitliche Hilfen gewinnen oberste Priorität – die kausale Suchtbehandlung tritt in den Hintergrund 29

1.1.3 Drogenkontrollpolitik 30

1.2 Strategien gegen Infektionskrankheiten 32

1.2.1 HIV/AIDS-Politik: – Auf dem Weg zur Normalisierung? 32

1.3 Strafvollzugspolitische Dimensionen – Kontrolle und Hilfe in totalen Institutionen 36

1.3.1 Reaktionen des Strafvollzuges auf den zunehmenden Drogenkonsum 39

2 Zur gesundheitlichen und psycho-sozialen Lage drogenkonsumierender Gefangener 45
2.1 Lebensbedingungen von DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug 49
2.1.1 Die Situation Drogenabhängiger zwischen Verwahr- und Behandlungsvollzug 50
2.1.2 Lebensbedingungen inhaftierter Drogenabhängiger 55
2.1.2.1 Zur sozialen Lage drogenabhängiger Inhaftierter 59
2.1.3 Drogensubkulturen und Kontrollpolitik im Strafvollzug 60
2.2 Prävalenz und Bedingungen des Drogenkonsums 62
2.2.1 Prävalenz von Drogenkonsum 62
2.2.2 Drogenkonsumbedingungen 69
2.3 Gesundheitliche Risiken drogenabhängiger Inhaftierter 71
2.3.1 Morbiditätsrisiken 72
2.3.1.1 Verbreitung viraler Infektionen: Gemeinsambenutzung gebrauchter Spritzen 74
2.3.1.1.1 Sexualität in Haft 77
2.3.1.1.2 Tätowieren 82
2.3.1.2 Epidemiologie von HIV/AIDS und Hepatitis 82
2.3.1.2.1 Probleme der Bestimmung der epidemiologischen Situation 82
2.3.1.2.2 HIV/AIDS 89
2.3.1.2.3 Hepatitis 95
2.3.1.3 Übertragungen von Infektionskrankheiten in der JVA für Frauen/Vechta 101
2.3.2 Mortalitätsrisiken 113

3 Traditionelle Reaktionen auf Drogenkonsum und Infektionskrankheiten 117
3.1 Traditionelle Reaktionen auf Drogenkonsum 117
3.1.1 Reduzierung des Angebots: Kontrollmaßnahmen 117
3.1.1.1 Urinkontrollen 118
3.1.2 Reduzierung der Nachfrage: Gesundheitspraktische Maßnahmen 122

3.1.3 Aufklärung, Information und Beratung – externe Drogenberatung 124
3.1.4 Entzugsbehandlung von drogenabhängigen (U-Haft-) Gefangenen 124
3.1.5 Therapie statt Strafe? 126
3.1.6 Differenziertes Betreuungsangebot 130
3.1.7 Binnendifferenzierung 131
3.1.8 Therapeutische Ansätze im Strafvollzug (Therapie im Vollzug?) 132
3.2 Traditionelle Reaktionen auf Infektionskrankheiten 134
3.2.1 Problembereich HIV-AK-Regeltestung 134
3.2.2 Instrumentelle Präventionsmaßnahmen 140
3.2.3 AIDS-Beratung 141
3.3 Grundlagen und Bedingungen der Anstaltsmedizin 142
3.4 Das Äquivalenzprinzip als Richtschnur medizinischer Versorgung und psycho-sozialer Hilfen im Vollzug 147
3.5 Angleichungswiderstände: Legitimationsstrategien zwischen Widerspruch von Vollzugsziel und adäquater Gesundheitsfürsorge 154

4 Gesundheitspolitische Innovationen in deutschen und schweizerischen Justizvollzugsanstalten: Modellprojekte zur Infektionsprophylaxe im Justizvollzug 167
4.1 Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug 168
4.1.1 Vorstellung der Anstalten 169
4.1.1.1 JVA für Frauen Vechta 169
4.1.1.2 JVA für Männer Lingen I Abteilung Groß Hesepe 175
4.1.2 Forschungsrelevante Rahmenbedingungen 179
4.1.3 Auswertung und Diskussion der Ergebnisse des Modellprojektes 181
4.2 Infektionsprophylaxe im Strafvollzug in der JVA Vierlande, Hamburg 262
4.3 Modellprojekte in der Schweiz 265
4.4 Kurze Zwischenbilanz und Zukunftsperspektiven der Infektionsprophylaxe 269

5 Healthy Prisons – Gesundheitsförderung im Strafvollzug als eine umfassende Perspektive 275
5.1 Theoretische Grundlagen 276
5.1.1 Begriffliche Bestimmung des Konzeptes Gesundheitsförderung 276
5.1.2 Gesundheitsförderung im Strafvollzug – Konzeptionelle Grundlagen 284
5.1.3 Die Umsetzung eines gesundheitsfördernden Gefängnisses 395
5.1.3.1 Gefängnisse als soziale Organisationen – und wie können sie weiter entwickelt werden anhand eines Praxisbeispiels? 295
5.1.3.1.1 Spezifische Organisationsprobleme von Gefängnissen 307
5.1.3.2 Gefängnisse als lernende Organisationen 307
5.1.3.3 Empowerment am Beispiel der Arbeitsentwicklung Bediensteter 310
5.1.3.4 Netzwerkarbeit 313
5.1.3.5 Gesundheitsberichterstattung 314
5.1.3.6 Evaluation 317
5.1.4 Gesundheitsförderung vs. Prävention 321
5.1.4.1 Traditionelle Präventionspolitik im Strafvollzug zwischen Glaubwürdigkeit und sozialer Kontrolle 322
5.1.4.2 Janusköpfigkeit der Prävention und Pädagogik 328
5.1.4.3 Frauenspezifische Aspekte zur Infektionsprophylaxe als Modell von Gesundheitsförderung im Strafvollzug 329
5.2 Praktische Gesundheitsförderung im Strafvollzug als differenzierte Anforderung an die Zielgruppe drogengefährdeter/-abhängiger Gefangener 331
5.2.1 Zentrale Prinzipien: Durchlässigkeit, Außenorientierung und Angleichung 332
5.2.1.1 Vernetzung mit und fachliche Angleichung an Standards der Drogenhilfe außerhalb des Vollzuges 334
5.2.2 Probleme des Transfers von Harm-Reduction-Strategien in den Strafvollzug 340
5.2.2.1 Praxisfelder von Harm-Reduction-Strategien im Gefängnis 342
5.2.2.2 Überleben sichern! 346
5.2.2.3 Sicherung des Überlebens ohne irreversible Schädigungen Infektionsprophylaxe 346

5.2.2.4 Vergabe von Desinfektionsmitteln 348
5.2.2.5 Thermische Desinfektion 350
5.2.2.6 Hepatitis-A und B-Impfung 351
5.2.2.7 Kondomabgabe und safer-sex-Beratung 351
5.2.2.8 Ein safer-use-Trainingsprogramm für den Strafvollzug 352
5.2.3 Aufklärung und Beratung 363
5.2.3.1 Lebensweltorientierte Beratung 367
5.2.3.2 Psychosoziale Hilfen für drogenabhängige MigrantInnen 367
5.2.4 Behandlung 370
5.2.4.1 Entzug 370
5.2.4.2 Substitutionsbehandlung: Von der Drogen-Kontrolle zur Kontrolldroge? 371
5.2.4.2.1 Gesundheitliche Auswirkungen 377
5.2.4.2.2 Infektionsprophylaktische Bedeutung von Substitutionsbehandlungen 377
5.2.4.2.3 Auswirkungen auf Drogenkonsum und Konsummuster 380
5.2.4.2.4 Justitielle Auswirkungen 381
5.2.4.2.5 Grundhaltungen gegenüber der Substitutionsbehandlung im Vollzug 384
5.2.4.2.6 Zur Substitutionspraxis im Justizvollzug Deutschlands in den Bundesländern 392
5.2.4.2.7 Psychosoziale Begleitung 400
5.2.4.2.8 Substitutionsbehandlung im Vollzug: die Gleichzeitigkeit von Hilfe und Kontrolle 405
5.2.4.2.9 Zur Bedeutung der Substitution für den Vollzug 410
5.2.4.3 Originalstoffvergabe im Strafvollzug? 413
5.2.4.4 Unterstützung drogenfreier Lebensgestaltung in Haft 416
5.3 Übergeordnete Themen der Gesundheitsförderung 419
5.3.1 Anregungen zur Aus- und Fortbildung und Supervision für Justizvollzugsbedienstete im Themenspektrum „Umgang mit Sucht/Drogen und Infektionskrankheiten“ 419
5.3.2 Peer support/peer education – Unterstützung von Risikovermeidung und –management 427

5.3.2.1 Was ist peer-support/peer-education? – Begriffe und Konzepte 427
5.3.2.2 Peer-support im Strafvollzug 434
5.3.2.3 Möglichkeiten und Grenzen von peer-involvement-Ansätzen in Gefängnissen 436
5.3.2.4 Umsetzung von Peer-support-Strategien im Strafvollzug – ein Modellprojekt 436
5.3.2.5 Risk-Reduction-Aktivitäten in zwei deutschen Haftanstalten 439

Schlußbemerkung 445

Anhang 449
1. Empfehlungen der Konferenz ‘Gefängnisse und Drogen 1998’ v. 12.-14.3.1998 in Oldenburg 449
A. Allgemeine Grundsätze 450
B. Strategien zur Risikominderung 451
C. Drogenfreie Behandlung 452
D. Substitutionsbehandlung 454
E. Spritzenaustauschprogramme 455

Literatur 459

# Einleitung

> „By entering our penal facilities, prisoners are condemned to imprisonment for their crimes; they should not be condemned to be under pressure to continue their drug abuse or denied the means to protect themselves against communicable diseases. Governments and prison authorities have a moral and legal responsibility to prevent the spread of HIV infection among prisoners and prison staff and to take care for those infected. They also have a responsibility to prevent the spread of HIV among communites. Prisoners are the community. They come from the community, they return to it. Protection of prisoners is protection of our communities". (C. Goos, WHO, 1997, S.7)

Gesundheit stellt eine bedeutende Ressource nicht nur für die Gesellschaft allgemein dar – sie ist auch von zentraler Wichtigkeit für den Prozeß der Wiedereingliederung Strafgefangener. Dies läßt sich an allen Gefangenenpopulationen verdeutlichen. Als Bestandteil dieser Arbeit werden die Lebenssituation und die gesundheitlichen Bedingungen drogenabhängiger Gefangener im System Strafvollzug analysiert. Dabei wird ein doppeltes Ziel verfolgt: Einerseits wird die Bedeutung des Drogenkonsums mit seinen Folgeproblemen wie etwa der Verbreitung von existentiell bedrohlichen Infektionskrankheiten (wie HIV/AIDS oder Hepatitis) für das System Strafvollzug näher untersucht. Andererseits werden die Auswirkungen der Haftbedingungen auf die Lebensbedingungen der DrogenkonsumentInnen im Vollzug geprüft.

Auf einer konzeptuellen Ebene wird das Ergebnis dieser Analyse mit dem Konzept 'Gesundheitsförderung' konfrontiert: Wie lassen sich die gesundheitliche Versorgung der Gefangenen, die gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen für die Anstaltsbediensteten, wie läßt sich das gesamte System Gefängnis so umbauen, daß alle dort lebenden und arbeitenden Menschen gesund bleiben, bzw. gesund werden können? Und zwar jenseits einer abolitionistischen Perspektive, wohl aber mit dem Gedanken, ob es sich bei den angestrebten Verbesserungen im Spannungsfeld ‚Kontrolle' und ‚Hilfe' um

‘positive’ bzw. ‘negative’ Reformen handelt: also systemstabilisierend oder -infragestellend. ‘Healthy Prisons’ bedeutet im Zusammenhang dieser Arbeit, die Gesundheitsförderung, wie sie programmatisch mit der Ottawa-Charta eingeleitet und in mehreren Gesellschaftsbereichen bereits umgesetzt wurde (Städte, Schulen, Krankenhäuser), auf das setting ‘Gefängnis’ zu übertragen. Denn: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, leben, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (Ottawa-Charta o. J.)

Das Spannungsfeld einer Diskussion um ‘Healthy Prison’ läßt sich kurz umreißen mit einerseits Ansprüchen an einen humanen Behandlungsvollzug mit Vollzugslockerungen und schrittweiser Vorbereitung auf die Freiheit und andererseits striktem Verwahrvollzug mit größtmöglicher Abschottung des Systems Strafvollzug gegenüber der Freiheit und Dominanz des Sicherungsauftrages.

Trotz aller Bemühungen, den Anspruch des Behandlungsvollzuges einzulösen, bleibt in mehr oder weniger starker Ausprägung die strukturelle Dynamik des geschlossenen Vollzuges mit der Ressourcenverringerung der Gefangenen erhalten: Das Leben im Gefängnis soll reizarm gestaltet werden und aus Sicherheitsgründen wird in einem extremen Ausmaß von Abhängigkeit das tägliche Leben bis in die kleinsten Details strukturiert. Das Ergebnis ist oftmals eine ‚erlernte Hilflosigkeit‘ bei den Gefangenen. Auch Gesundheit im Gefängnis wird zu etwas verordnetem, zur Beseitigung offenkundiger Erkrankungen – oftmals unter Nichtberücksichtigung haftbedingter Krankheitsfaktoren. Dies bedeutet, daß vorhandene Ressourcen und Kompetenzen der Gefangenen nicht nur nicht gefördert, sondern unterdrückt werden müssen. Duncker (1999) weist darauf hin, daß diese Ressourcenverringerung mit ihren Symptomen Unselbständigkeit, Lethargie, Depressionen, Interessen- und Mutlosigkeit, Passivität etc. in einem anderen Kontext ein eigenes Krankheitsbild darstellen würde: den Hospitalismus. Dieses Syndrom der Depravierung im Gefolge längerer Krankenhaus- bzw. Anstaltsaufenthalte ist vornehmlich bei Kindern und psychisch Kranken festgestellt worden, die langfristig in einer umfassend versorgenden Krankenhaussituation, also in einem ähnlich abhängigkeitsfördernden System wie dem Gefängnis unter-

gebracht waren. Die totale Institution ‘Gefängnis’ muß als überwiegend ressourcenverringernd begriffen und Formen der Ressourcenförderung und der erweiterten Handlungskompetenz müssen erarbeitet werden. Die fachliche Diskussion und Praxis der Gesundheitsförderung in Schulen, Krankenhäusern, Städten dient als Vorlage, mit diesem Konzept auch die Lebens- und Gesundheitsbedingungen Gefangener und der im Strafvollzug Beschäftigten zu überprüfen. In diesen Projekten ist deutlich geworden, daß Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, daß nämlich für die Stärkung protektiver Faktoren die jeweiligen Lebens- Arbeits-, Lern- und hier die Vollzugsbedingungen mit berücksichtigt werden müssen. Das umfaßt neben der Einbeziehung der spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen im Gefängnis auch die materiellen, baulichen, personellen, kommunikativen und kooperativen Gegebenheiten des Gefängnisses. Ein systemischer Blick auf das Gefängnis ist gefordert, der lebensweltbezogen, fächerübergreifend und kontextorientiert, Lebensqualitäten unter den gegebenen Bedingungen des Freiheitsentzuges weiterentwickeln hilft. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, daß eine Diskussion von ‘Healthy Prisons’ von mehreren Disziplinen geführt werden muß: Erkenntnisse aus Sozial-, Gesundheits-, Politik- und Rechtswissenschaften müssen miteinander verbunden werden, um die Bedingungen und Entwicklungspotentiale einer Gesundheitsförderung im Gefängnis zu analysieren.

Der Strafvollzug wurde zu einem Zeitpunkt mit dem Drogenproblem in massiver Form konfrontiert, als die Diskussionen und Vorbereitungen des späteren Strafvollzugsgesetzes von 1977 ihren Höhepunkt erreichten: Mitte der 70er Jahre war der deutliche Trend abzusehen, daß die Kriminalisierung außerhalb zu vermehrten Inhaftierungen Drogenabhängiger und damit auch zu vermehrtem Drogenkonsum in den Haftanstalten und damit zu erheblichen Problemen im System Gefängnis führt: „Der Umgang mit drogenabhängigen Strafgefangenen und deren Therapie stellt heute eines ‚der drängendsten Probleme der aktuellen Vollzugsgestaltung‘ dar“ (Laubenthal 1995, S. 437). Borkenstein sieht in der massiven Präsenz des Drogenproblems – neben dem Terrorismus – einen willkommenen Anlaß für diejenigen, „...die Normverletzung weiterhin ausschließlich mit zeitweiliger totaler Ausgrenzung sanktionieren wollten, ...das Reformvorhaben (Strafvollzugsgesetz, d.A.) schon im Keim zu ersticken. Die bis heute immer restriktiver werdende Auslegung und Ausführung (bzw. Nichtausführung geplanter Reformphasen) des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) mit seinen bundeseinheitlichen Verwaltungsvorschriften (VV) und den länderspezifischen Ausführungsvor-

schriften (AV) sowie dem praktizierten „Landrecht der jeweiligen Justizverwaltung und Gefängnisleitung, hat von der propagierten Veränderung vom Verwahrvollzug zum Behandlungsvollzug nur noch inhaltsleere Worthülsen übriggelassen“ (1988, 235f).

Mit dem Drogenkonsum sind jedoch oftmals spezifische Gesundheitsprobleme wie die Übertragung von Infektionskrankheiten verbunden. Zunächst bestand in der HIV/AIDS-Verbreitung Mitte der 80er Jahre die zentrale Herausforderung. Damals bestimmten noch Rufe nach Zwangstestung aller Gefangenen, Isolation HIV-Infizierter und formale Diskriminierungen die Diskussion. Wie in einem Brennglas konnten gesellschaftliche Schwierigkeiten im Umgang mit ‘Problemgruppen’ und Infektionskrankheiten beobachtet werden. Nach 15 Jahren sind formale Diskriminierungen zwar weitgehend eliminiert – die HIV-Prävalenz ist unter dem befürchteten Ausmaß geblieben. Zum Teil im Entstehen dieser Arbeit ist jedoch darüber hinaus das Problem der Hepatitis B u. C-Verbreitung meistens unter i.v. DrogenkonsumentInnen angewachsen: sie wurde bereits als desmoterische (‘gefängnistypische’) Krankheit bezeichnet (Gaube u.a. 1993). Weitgehend unbeachtet und anfangs erheblich unterschätzt hat sich diese existentiell bedrohliche Krankheit ausgebreitet. Insbesondere die rasante Entwicklung in der Verbreitung von Hepatitis C unter DrogenkonsumentInnen im Gefängnis und außerhalb stellt eine gesundheitspolitische Herausforderung ersten Ranges dar – würde sie auch mehrheitlich als solche identifiziert und bewertet. Einzelne Prävalenzstudien konstatieren eine 50-98%ige Verbreitung der Hepatitiden unter i.v. DrogenkonsumentInnen.

Mehr und mehr wird deutlich: HIV/AIDS war in den 80er Jahren der Motor für die Veränderung der Drogenhilfe und der drogenpolitischen Interventionen. Heute und im nächsten Jahrzehnt ist die Ausbreitung von Hepatitis B und C unter DrogenkonsumentInnen das zentrale Thema. Offenbar sind die HIV-präventiven Botschaften weitgehend verstanden und zu einem erheblichen Teil in den Drogenkonsumalltag integriert worden. Gleichwohl bleiben für einen Teil von DrogenkonsumentInnen bestimmte Lebensbedingungen (und hier insbesondere die unhygienischen und repressiven Bedingungen der Haft) und -situationen (Entzugserscheinungen, Unzugänglichkeit von sterilem Spritzbesteck) hoch risikobelastet und transmissionsrelevant. Darüber hinaus sind die gesamten konsumvorbereitenden und -begleitenden Risiken nach wie vor noch zuwenig bewußt und in die Alltagspraxis eingeflossen: ‘Drug sharing’, Hygienelücken bei der Drogenaufbereitung trotz der ver-

meintlichen Sicherheit der Verwendung steriler Spritzen bilden nach wie vor die Ursachen vor allem der HBV/HCV-Übertragungen. Genau hier wird die soziale und gesundheitliche Dimension des Infektionsproblems vor allem auch für die Gefängnisse deutlich: Nicht mehr nur eine relativ leicht zu befolgende Verhaltensänderung ("Für jeden Druck ‘ne neue Pumpe") ist zu erreichen, sondern weitergehende Bedingungen des Konsumvorgangs, die zudem subkulturell eingebunden sind oder zwangsweise erfolgen (‘man kann sich nur zu zweit ein Päckchen kaufen’) müssen verändert werden. Hier werden Verelendungsprozesse von DrogenkonsumentInnen als Hemmnisse deutlich, die ähnlich anderen Infektionskrankheiten in der Geschichte auf die Lebensbedingungen der Hauptrisikogruppen verweisen. Diese Entwicklung verlangt nach entscheidenden sozialen und rechtlichen Veränderungen nötig – z.B. eine grundsätzliche Strategie der Entkriminalisierung der DrogenkonsumentInnen, die damit in höherer Zahl Gefängnisaufenthalte vermeiden könnte.

Es ist ein Grundsatz, der auf vielen internationalen Kongressen, in vielen Resolutionen und Empfehlungen zum Gegenstand gemacht worden ist: das Äquivalenzprinzip, d.h. die medizinischen Standards innerhalb sollen denen außerhalb des Vollzuges angepaßt werden. Die WHO hat in ihren allgemeinen Grundsätzen ihrer Richtlinien zu ‘HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis’ ausgeführt: „Alle Gefangenen haben ein Recht auf Gesundheitsfürsorge, einschließlich vorbeugender Maßnahmen, die denjenigen in der Allgemeinbevölkerung entspricht und Diskriminierung vermeidet, dies insbesondere im Hinblick auf ihren rechtlichen Status und ihre Nationalität“ (WHO 1993). Der Europarat hat sich ebenso geäußert (Council of Europe 1993). Auch die European Prison Rules, die neueste Fassung der ‘Minimalen Standardbestimmungen der Vereinten Nationen’ enthalten diesen Kernsatz, ebenso wie Resolutionen, wie z.B. des International Council of Prison Medical Services 1996: „Die medizinische Betreuung in Gefängnissen sollte mindestens gleich gut wie außerhalb der Gefängnisse sein ...“ (vgl. Bolli 1996, S.4).

Angleichung und Äquivalenz bilden argumentative Grundlagen mit international-relevanter Unterstützung, gesundheitliche Verbesserungen anzumahnen und durchzusetzen. Skandalisierung und Theamtisierung der Zustände, Forderung nach Transparenz der ‘Prison Health’ im Vergleich zur ‘Public Health’ sind Bestandteile der praktisch-politischen Strategien. Der inadäquate Umgang mit Drogenkonsum und Infektionskrankheiten dient dabei als Bei-

spiel, die Gesundheit eines Teils der Gefangenen zu thematisieren und eine Brücke zum Gesundheitsschutz der Bediensteten zu schlagen.

In dieser Arbeit wird diese disziplinenübergreifende Sichtweise praktiziert. Am Beispiel der Dynamik innerhalb des Dreieckes Strafvollzug, Drogenkonsum und Infektionskrankheiten sollen Voraussetzungen und Umsetzungsstrategien für eine Gesundheitsförderung im Gefängnis entwickelt werden. Mehrere empirische und theoretische Einzeluntersuchungen und -analysen sind in diese Arbeit mit eingeflossen, die methodisch und inhaltlich den Untersuchungsgegenstand von mehreren Seiten betrachten: eine epidemiologisch ausgerichtete Studie über Neuinfektionen in der JVA für Frauen in Vechta, eine empirische Studie über Machbarkeit, Akzeptanz, Gesundheitshandeln und -wissen der Gefangenen und Bediensteten in den JVAs Vechta und Groß-Hesepe innerhalb des Projektes 'Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug', sowie mehrere theoretische, aber auch praxisorientierte Einzelarbeiten (z.B. ‚Peer-Support in Prisons' oder ‚Trainingsprogramm safer-use') haben diese Gesamtarbeit ermöglicht. Unmittelbarer Praxisbezug und eine Abstimmung auf die vollzugliche Arbeit waren Kernziele dieser Arbeiten. Zeitlich abgeschlossen werden diese Erkenntnisse mit der Mitarbeit am 'Alternativkommentar zum Strafvollzugsgesetz' (hier der Abschnitt 'Gesundheitsfürsorge' (Boetticher/Stöver 2000).

Der Aufbau orientiert sich an einer inhaltlichen Grundprämisse dieser Arbeit: dem oben ausgeführten Äquivalenzprinzip, nämlich daß die Standards der gesundheitlichen Versorgung außerhalb des Gefängnisses die Richtschnur der medizinischen und psycho-sozialen Versorgung Gefangener bilden müssen. Diesem Prinzip folgend, wird zunächst die Differenzierung der Drogenhilfe außerhalb in den letzten 20 Jahren vor dem Hintergrund der HIV/AIDS-Krise beschrieben. Die Antwort des Strafvollzuges auf diese Entwicklung, und die Präventionsanforderungen an den Justizvollzug, die nationale und internationale ExpertInnen und Fachgremien erhoben haben, schließen das Kapitel über die Entwicklung von Drogenhilfe/-politik und die Strategien gegen Infektionskrankheiten im Vollzug als auch außerhalb ab. Im zweiten Kapitel werden ausführlich die gesundheitliche und psycho-soziale Lage drogenkonsumierender Gefangener dargestellt, um Gesundheitsrisiken vor allem im Zusammenhang mit dem fortgesetzten Drogenkonsum, sowie Folgeerkrankungen (HIV/AIDS, Hepatitis) einschätzen zu können. Das Folgekapitel widmet sich der traditionellen Reaktion auf diese Gesundheitsproblematik, die sich im wesentlichen an den Zielen der Abstinenz und der

Kontrolle orientiert. Kapitel 4 befaßt sich ausführlich mit den gesundheitspolitischen Innovationen zur ‚Infektionsprophylaxe' in niedersächsischen und schweizerischen Haftanstalten. Im letzten Kapitel wird das Konzept 'Healthy Prisons' entwickelt: es zielt darauf ab, übergreifend, das Gesamtsystem ‚Gefängnis' für den Erhalt, die Erlangung und Sicherung von Gesundheit der Gefangenen und Bediensteten zu betrachten.

## Danksagung

Zwei Menschen möchte ich an dieser Stelle besonders danken: Jutta Jacob, Psychologin und meine langjährige Kollegin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, mit der in gemeinsamen Diskussionen und mehreren Forschungsarbeiten innovative gesundheitspolitische Strategien für die Zielgruppe der drogenkonsumierenden Gefangenen im Strafvollzug entstanden sind.

Karlheinz Keppler, Medizinaldirektor in der JVA für Frauen in Vechta, mit dem Praxisbezüge und Praxisrelevanz diskutiert und empirische Arbeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung drogenabhängiger Gefangener im Vollzug durchgeführt worden sind.

# 1 Strukturen und Entwicklungen von Drogenpolitik/ -hilfe und Strategien gegen Infektionskrankheiten – unter Berücksichtigung des Strafvollzuges

Die Gesundheitsfürsorge für Gefangene soll sich an den extramural entwickelten fachlichen Standards der Medizin und der öffentlichen psychosozialen Versorgung orientieren. Diese als Äquivalenzprinzip bezeichnete Angleichungsvorgabe findet sich sowohl im deutschen Strafvollzugsgesetz als auch in internationalen Empfehlungen für den Umgang mit gesundheitlichen und sozialen Problemen im Strafvollzug wieder. Die fachlichen Standards außerhalb dienen stets als Richtschnur einer Überprüfung der gesundheitlichen Versorgung für die Gefangenen. Im folgenden werden daher die fachlichen Entwicklungen in den letzten 20 Jahren im System der extramuralen gesundheitlichen Hilfen für die Gruppe der drogenabhängigen Gefangenen vorgestellt und deren Bedeutung für den Vollzug diskutiert.

## 1.1 Drogenhilfe und Drogenpolitik im Wandel

### 1.1.1 Drogen, Sucht und Krankheit – Bedeutungen für den Strafvollzug

Diese Arbeit bezieht sich primär auf den Bereich der Formen von Abhängigkeit, die mit der Einnahme von Drogen verknüpft sind. Als Drogen werden in diesem Zusammenhang psychoaktive Substanzen bezeichnet. Die folgende Drogendefinition der WHO (1981) wird zugrunde gelegt: Drogen sind demnach „alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewußtsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar macht“ (Scheerer/Vogt 1989, S. 5f). Durch die Bezugnahme auf diese Definition werden gleichermaßen legale Drogen (Alkohol, Tabak, Lösungsmittel etc.) wie illegale Drogen (Opiate, Cannabisprodukte, Designerdrogen, Kokain) erfaßt.

Der Begriff der „Sucht“ wurde von der WHO wegen seiner unklaren Bestimmbarkeit 1964 aufgegeben und durch den der psychischen und physischen Abhängigkeit ersetzt. Als Drogenabhängigkeit wird nunmehr definiert:

„Ein Zustand psychischer oder psychischer und physischer Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird."

Wenn ‚Sucht' und ‚Abhängigkeit' in Teilen synonym gebraucht werden, so ist diese Definition dem Verständnis von Abhängigkeit zugrunde gelegt. Sucht ist lediglich die alltagssprachliche Wendung für Drogenabhängigkeit.

'Schädlicher Gebrauch' von psychotropen Substanzen liegt nach der WHO dann vor, wenn der Konsum zu einer körperlichen und/oder psychischen – nachweisbaren – Gesundheitsschädigung führt. „Schädlicher Gebrauch" von Drogen kann also bereits bestehen, ohne daß eine Abhängigkeit ausgebildet wurde. Ein nicht unerheblicher Teil der Gefangenen mit einem 'schädlichen Gebrauch' weist keine klassischen Abhängigkeitssymptomatik auf, bedarf ggf. jedoch trotzdem medizinischer oder psycho-sozialer Hilfen.
Der Abhängigkeitsbegriff wird in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) operationalisiert. Als Leitsymptome der Abhängigkeit werden der starke Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren und eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn und Ende des Konsums genannt, der Nachweis einer körperlichen Toleranz, der zu Dosissteigerungen führt, die fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen und der anhaltende Substanzkonsum trotz eindeutiger schädlicher gesundheitlicher Folgen (Krausz 1998).

Als Drogenabhängige werden im folgenden Text Menschen bezeichnet, für deren Leben der ständige Konsum der Droge ihrer Wahl bestimmend ist und die als belastende Aspekte dabei Kontrollverluste, Hilflosigkeit und Hilfebedürftigkeit erleben. Diese Verwendung des Abhängigkeitsbegriffes geht mit der Annahme einher, daß nur schwer zwischen den negativen gesellschaftlichen oder durch die Gesellschaft bedingten Folgen des Konsums bestimmter Stoffe und dem eigentlichen Maß an Schädigung, den ein Pharmakon verursacht, unterschieden werden kann. Eine Abhängigkeitsentwicklung in ihrer sozialen Dimension zu betrachten, bedeutet die Beachtung einer Verschränkung von Ursache und Wirkung pharmakologischer, individueller und gesellschaftlicher Faktoren.

Der Konsum von legalen oder illegalen Drogen muß für die KonsumentInnen nicht per se problematisch sein. Kontrollierte Konsumformen, die sich in den Alltag integrieren lassen und keine gesundheitlichen oder sozialen Schädigungen hervorrufen, bestehen sowohl bei legalen, als auch bei illegalen Drogen.

Im folgenden Text wird zwischen DrogenkonsumentInnen unterschieden, die im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum auffällig werden (empirisch nachvollziehbar z.B. über die polizeiliche Kriminalstatistik) und Personen mit problematischem Drogenkonsum – zu einem großen Teil Drogenabhängige –, denen Angebote zur Überwindung der Abhängigkeit oder zur Risikominimierung bei fortgesetztem starken Konsum gemacht werden müssen. Als Oberbegriff für die KonsumentInnen von Alkohol und anderen legalen Drogen sowie von Opiaten, Designerdrogen und anderen illegalen Drogen wird „DrogenkonsumentInnen" benutzt. Personen, die aufgrund persönlicher, sozialer oder juristischer Probleme im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum Hilfe benötigen, werden als Menschen mit problematischem Drogenkonsum bezeichnet. Der Begriff Drogenabhängige meint im folgenden sowohl Abhängige von legalen wie illegalen Drogen und ist für einen großen Teil der Personen mit problematischem Drogenkonsum anwendbar, jedoch nicht gleichzusetzen.

Das Suchtkrankenhilfesystem ist ein System von Hilfen für Gefährdete und Abhängige und Personen mit eigenem oder für Personen der nahen sozialen Umgebung problematischen Drogenkonsum, die Hilfen von außen entweder im präventiven, therapeutischen Bereich oder im Bereich der Überlebenshilfen benötigen. Der Begriff Suchtkrankenhilfesystem steht für die Gesamtheit der Hilfeangebote.

Ebenso wie die Alkoholabhängigkeit, kann die Abhängigkeit von illegalen Drogen als eine behandlungsbedürftige Krankheit betrachtet werden – auch der 'schädliche Gebrauch' kann bereits Behandlung erforderlich machen (nach einer Infektion mit benutzten Nadeln): „Deshalb ist es insbesondere geboten, das Regelsystem der gesetzlichen Sozialversicherung in vollem Umfang auf die Drogengefährdeten und Drogenkranken anzuwenden, einschließlich präventiver Hilfen" (Entschließung der Sonderkonferenz... 1990). Dieses Verständnis von Drogenabhängigkeit als Krankheit ist Konsequenz eines langen Prozesses jahrelanger vergeblicher Bemühungen, diesem Phänomen vorrangig mit repressiven Mitteln (v.a. des Strafrechts) zu begegnen. Die Anerkennung von Drogenabhängigkeit als Krankheit bedeutet eine Abkehr vom individuellen Verschuldungsprinzip. Für den Strafvollzug heißt dies, daß die Krankheitssymptome der Sucht – laut WHO-Definition – vor allem das „unbezwingbare Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels", bei zum Teil gleichzeitiger Toleranzerhöhung und psychischer Gewöhnung, auch nach Haftantritt auftreten können und auftreten: „Bei

einer Heroinabhängigkeit kommt es zu einer engen Verschränkung des unbezwingbaren Verlangens, so daß die Tendenz zur Fortsetzung des Konsums zu einem dominanten Handlungsmotiv wird. Der bloße Entzug ist kein hinreichendes Mittel, langfristige Drogenfreiheit zu erreichen. In der Regel bleibt bei einer schweren, nicht-therapierten Heroinabhängigkeit das Verlangen nach weiterem Drogenkonsum in einem Maße bestehen, daß das ganze Handeln ohne Rücksicht auf die eigenen gesundheitlichen und sozialen Folgen dem Erlangen des Stoffes untergeordnet wird." (Kommission 1995, S. 15)

Mit dieser Suchtdynamik wird der Strafvollzug konfrontiert. Die Verhängung von Strafe, oder deren Androhung wirkt ebensowenig präventiv, wie die unhygienischen Bedingungen, unter denen der Drogengebrauch im Vollzug realisiert wird, obwohl es bei Nichtbeachtung basaler Hygieneregeln um lebenszeitverkürzende Infektionskrankheiten geht. Es ist davon auszugehen, daß der Haftaufenthalt wenig Motivation erzeugt, den unter diesen Umständen hochriskanten Drogenkonsum zu unterlassen (siehe Kapitel 2).

Für den Fortgang der Untersuchung des Dreiecks 'Drogenkonsum', 'Infektionskrankheiten' und 'Strafvollzug' ist von besonderer Bedeutung, ob und wie der Krankheitsbegriff in Bezug auf drogenkonsumierende Gefangene angewandt wird. Einigkeit besteht darüber, daß keine Kausaltherapie – wenn überhaupt auch außerhalb möglich – im Vollzug, sondern in Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege stattfinden soll. Dies ist lt. § 35f BtMG jedoch nur bei solchen Strafgefangenen möglich, deren Strafe eine Gesamtlänge von 2 Jahren nicht überschreitet. Auch Kurzzeitinhaftierte werden diese Form nicht in Anspruch nehmen können, weil eine Kurzzeittherapie in der Regel nicht verfügbar ist.
Grundsätzlich und offiziell wird der Drogenabhängige als Kranker wahrgenommen, der aufgrund seiner Sucht Straftaten begangen hat. Die medizinischen Hilfen rekurrieren auf eine Mitwirkung am Behandlungsprozeß (§ StVollzG), diese orientiert sich jedoch in aller Regel am Ziel der Drogenfreiheit. Dieses Ziel wird eindimensional als einziges Ziel der Krankenbehandlung ausgegeben. Wird dieses nicht erreicht, tritt erneuter Drogenkonsum auf (nachweisbar über auffälliges Verhalten, Urinkontrollen), dann erfolgt nicht eine Anpassung der Krankenbehandlung an diesen 'Rückfall', eine Arbeit mit dem Rückfall, wie sie als fachlicher Standard im Suchtkrankenhilfesystem in Freiheit erfolgt (vgl. etwa Körkel/Kruse 1994), sondern ein Sanktionszugang des Systems, und eher ein Ausschluß von bestimmten medizinischen Leistungen. Abgesehen von dieser fachlich unzeitgemäßen

und sehr fragmentarischen Auffassung von Krankenbehandlung, wird eine Diskussion über die Wahrnehmung des Rückfalls als ‘individuelles Versagen’ deutlich, versagt zu haben, an der normierten Krankenbehandlung entsprechend mitzuwirken. Das Schuldkonzept überlagert das Krankheitskonzept und ersetzt dieses: Das autonom entscheidbare individuelle Verhalten wird zur Grundlage des Krankheitskonzeptes. Versagen heißt nicht entsprechend den gesundheitserzieherischen Vorgaben mitwirken *wollen*. Die gesundheitsnormierende Anpassungsforderung (hier: drogenabstinentes Verhalten) *will* nicht erfüllt werden. Hier bildet sich die gemeinsame Schnittmenge von medizinischer und vollzuglicher Normierung, denn Vollzugsziel bleibt der Auftrag der Vorbereitung eines Lebens ohne Straftaten, d.h. ohne illegalen Drogenkonsum. Ohnehin ist der Konsum von Drogen verboten. Was aber wichtiger ist, ist die Überschneidung bis hin zur Deckungsgleichheit der Schuldwahrnehmung im medizinischen und vollzuglichen Bereich: Vollzugsbeamte nehmen den ‘Rückfall’ wahr, verifizieren ihn (via Urinkontrolle) und arbeiten mit einem Menschenbild von Schuld, Renitenz, Unverbesserlichkeit, durch die Behandlung des Rückfalls im Medizinbereich werden diese Positionen noch gestärkt. (Verstärkte) Kontrolle und Hilfe (im Medizinbereich) überlappen sich: die Gefangenen sollen vollzugskonform und zugleich gesundheitskonform handeln. Wird die Zuwiderhandlung (Drogenkonsum bzw. Rückfall) als persönliche Verantwortung des/der Einzelnen behandelt, und ist er/sie der Verpflichtung nicht nachgekommen, im festgelegten Rahmen alles zu tun, um am Heilungsprozeß mitzuwirken (entsprechend § 56 StVollzG), und ‘funktionsfähig zu bleiben’, dann erfolgt eine persönliche Schuldzuweisung, die gegen die soziale Verantwortung bzw. die Fürsorgepflicht des Strafvollzuges für die Gefangenen ausgespielt wird. Diese individuenzentrierte Normierung vernachlässigt die krankheitsverursachenden Bedingungen, die nicht ausschließlich vom Individuum selbst kontrolliert und verändert werden können. Strafvollzug ist ein setting, in dem dies noch weniger möglich ist, weil basale Entscheidungsfreiheiten nicht mehr gegeben sind. „Zwar sind die gesellschaftlichen Prozesse Folgen individueller Handlungen (und empirisch erscheinen sie auch so, was die Lebensstiltheorie bestärkt), aber die Rationalität des sozialen Systems läßt sich nicht auf Handlungsrationalitäten reduzieren. Soziale Prozesse sind nicht lediglich die Summe von Einzelwillen und -handlungen. Die Ergebnisse dieser Einzelwillen gewinnen vielmehr ihren Charakter erst ‘hinter dem Rücken’ der Individuen mittels der gesellschaftlichen Verhältnisse, die man

als zu Institutionen, Strukturen, Regulationsweisen usw. geronnene ‘historische Handlungen’ bezeichnen könnte“ (Kühn 1993b, S. 32)

### 1.1.2 Umorientierung und Differenzierung der Drogenhilfe

Das System der Suchtkrankenhilfe hat in den letzten 20 Jahren wesentliche Veränderungen erfahren. Die Gründe dafür lagen weniger in immanenten Ziel- und Handlungsveränderungen, sondern eher in der Reaktion auf externe Faktoren, wie das Auftreten einer die DrogenkonsumentInnen existentiell bedrohenden Infektionskrankheit: HIV/AIDS. Diese Krankheit hat zu einem Bruch in der Zielorientierung geführt: lebensweltnahe, zielgruppenspezifische Hilfen waren gefordert, um überhaupt in Kontakt zu DrogenkonsumentInnen zu treten und HIV-präventive Botschaften nachhaltig vermitteln zu können. Dabei mußte die bisherige Orientierung der Hilfen an der Abstinenz um die der Schadensminimierung als gesundheitspolitische Strategie mit eigenem Wert und nicht lediglich als Anhängsel damit verknüpfter weiterer Hilfen ergänzt werden. Im folgenden wird dieser Bruch und die darauf folgenden Veränderungen in der Suchtkrankenhilfe und für den Justizvollzug analysiert.

#### 1.1.2.1 Das Auftreten von existentiell bedrohlichen Infektionskrankheiten als zentrale Herausforderungen für Drogenpolitik und -hilfe

Drogenpolitik und Drogenhilfe sind heute untrennbar mit dem Auftreten existentiell bedrohender Infektionskrankheiten unter i.v. DrogenkonsumentInnen verbunden: HIV/AIDS und die Hepatitiden. Grob könnte man die letzten 25 Jahre entwickelter Drogenhilfe und -politik in zwei Abschnitte unterteilen: Drogenhilfe und -politik vor und nach dem Auftreten von HIV und AIDS seit spätestens Mitte der 80er Jahre. Während man bis dahin Drogenabhängigkeit ausschließlich als gesellschaftlich entstandenes und so zu lösendes Problem betrachtet hat, hat die Verbreitung von HIV/AIDS (und später auch der Hepatitiden) unter i.v. DrogenkonsumentInnen gesundheitliche und soziale Hilfen in den Vordergrund gerückt, die von der Forderung nach Drogenfreiheit entkoppelt wurden und einen eigenen Wert besitzen (vgl. m.w.N. Stöver 1999; Bossong/Gölz/Stöver 1997): Spritzenvergabe zur Infektionsprophylaxe (neuerlich auch im Strafvollzug, vgl. Kap. 4), Gesundheitsräume (für einen hygienischen Drogenkonsum), „safer-use“-Trainings-

kurse, Gebrauchsanweisungen für risikoarmen Umgang mit Drogen, die Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen, Diskussion über eine ärztlich kontrollierte Vergabe von Originalstoffen (Heroin, vgl. Michels/Stöver 2000), Wohnen, selbst Arbeits-, Schul- und Qualifikationsprojekte für substituierte DrogengebraucherInnen (vgl. Stöver 1995a) etc.

Diese veränderte Prioritätenliste drückt aus, daß die eindimensionale Ausrichtung der Drogenhilfe auf Abstinenz, und zwar in allen Gliedern der „Therapeutischen Kette" (d.h. im Kontakt/Erstberatung, im Entzug, in der stationären Langzeittherapie und der Nachsorge), an den realen Bedürfnissen vieler DrogengebraucherInnen vorbeiging. Gesundheitliche Hilfen, ohne gleichzeitig einen Drogenfreiheitswunsch glaubhaft vorzutragen, wurden von den Helfern lange diskreditiert als „suchtstabilisierend, suchtverlängernd". Abstinenz war der Dreh- und Angelpunkt jeglicher Hilfe: sie war Voraussetzung, Behandlungsbegleitung und uneingeschränkte Zielsetzung. Erst mit der Zielerreichung auf den unterschiedlichen Stufen waren weitergehende soziale Hilfen der Integration möglich.

#### 1.1.2.2 Vor AIDS: Von ‚Release' zur therapeutischen Kette – und zurück?[1]

Die „Release"-Bewegung als Selbsthilfebewegung aus England kommend, war auch in Deutschland Anfang der siebziger Jahre in vielen Städten vertreten. Die Bildung dieser Gruppen war ein Reflex auf die Überforderungen der bis dahin vorgenommen Unterbringung der Drogenabhängigen auf geschlossenen Stationen psychiatrischer Kliniken. Die Entzugsbehandlung zwischen einer und sechs Wochen erschöpfte sich zumeist in einer medikamentösen Therapie, Disziplinierungsversuchen und Beschäftigungsprogrammen. Die PatientInnen waren jedoch unangepaßt und wenig krankheitseinsichtig und brachen oftmals Therapie sehr früh wieder ab. Als Reaktion auf diese eher repressiven und in der Sache meist erfolglosen Versuche der traditionellen Psychiatrie und der öffentlichen Jugendfürsorge entstanden Anfang der 70er Jahre in den Großstädten Gruppen aus Betroffenen, ehemaligen Drogenabhängigen, mittelbar Betroffenen (Angehörige, Professionelle) mit karitativen oder religiösen Beweggründen und sozialpolitischem Engagement, die Hilfen für und mit den Betroffenen entwickelten. Die Ziele waren emanzipatorisch

1 vgl. den gleichnamigen Titel eines Beitrags von Klaus Schuller (1990): in: Schuller, K.; Stöver, H. (Hrsg.): a.a.O., S. 31-51

und entstanden im Kontext der Jugend- und Studentenbewegung, aber auch vor dem Hintergrund einer Anti-Psychiatrie-Bewegung: Überwindung des Abhängigkeitsverhältnisses nicht nur von der Droge, sondern auch von allen anderen abhängig machenden gesellschaftlichen Konsumismus-Strukturen.
Die Release-Gruppen unterhielten Beratungs- und Kommunikationszentren für DrogenkonsumentInnen und. drogengefährdete Jugendliche, betrieben Übernachtungsstellen, alternative Wohn- und Handwerkskollektive, in denen Drogenabhängige und Nicht-Drogenabhängige zusammen lebten und arbeiteten. In Zusammenarbeit mit engagierten Ärzten konnten einige Releasezentren eine ambulante medizinische Versorgung und Krisenintervention für akute Notfälle (Überdosen, traumatische Drogenerlebnisse, Infektionen) einrichten.

Der Grund, warum die Release-Bewegung so ausführlich dargestellt wird, ist, daß sich frappierende Parallelen zu den Anfängen „Akzeptierender Drogenarbeit“ Mitte der 80er Jahre aufzeigen lassen. In beiden Fällen fühlten sich die Helfer einer emanzipatorischen und solidarischen Praxis verpflichtet: Emanzipatorisch deshalb, weil der Drogengebrauch nicht per se als problematisch betrachtet wurde, sondern im Kontext einer „süchtigen Gesellschaft“ nicht als Einzelphänomen, wo die Problematik in das Individuum hinein verlagert wurde, betrachtet wurde, sondern als allgemeingesellschaftliches Problem. Der Drogenkonsum als solcher war nicht der Dreh- und Angelpunkt jeglicher Hilfe, sondern es ging auch um eine positive Nutzung vorhandener Ressourcen trotz Abhängigkeit – die Abhängigkeit gewann dadurch eine nachrangige Bedeutung.
Solidarisch sind beide Bewegungen, weil es sich um die Zielgruppe sozial ausgegrenzter, z.T. gesundheitlich stark verelendeter Menschen handelte, die unbürokratische Hilfen benötigten. In beiden „Bewegungen“ lassen sich auch organisatorische Parallelen aufzeigen: Entscheidungsabläufe waren basisorientiert und antihierarchisch aufgebaut, z.T. unter Beteiligung des Klientels.
Divergierend sind beide Entwicklungen, wenn es um die finanzielle Verfassung geht: die Release-Bewegung scheiterte unter anderem daran, daß der Anspruch, eine autonome und finanzielle unabhängige Arbeit leisten zu können, nicht umgesetzt werden konnte. Die Release- und andere Selbsthilfegruppen galten den Kostenträgern, sowie den Jugend- und Gesundheitsbehörden als unzuverlässig und unbequem. Die Release-Gruppen standen den bürokratischen Anforderungen hilflos und skeptisch gegenüber.

Die Akzeptierende Drogenarbeit (vgl. Stöver 1999) ging anfangs von kommunalen Initiativen aus, die sich um eine innovative Praxis bemühten, andererseits von AIDS-Hilfen, die undogmatisch und ideologisch nicht belastet äußerst pragmatische und effektive Arbeit leisteten. Eine finanzielle Unterstützung seitens der öffentlichen Kostenträger wurde hier in den letzten 10 Jahren in der Regel erreicht. Akzeptierende Drogenarbeit „boomt" bisweilen sogar, so daß kleine Träger in den letzten Jahren mit erheblichen Mitteln gefördert wurden (was wiederum typische Veränderungen in der Organisation und Professionalität mit sich brachte).

#### 1.1.2.2.1 Die therapeutische Kette - Kette für wen? Die Reduktion auf die Konstruktionen ‚Sucht' und ‚Droge'

Mitte der 70er Jahre war von den Release-Gruppen nicht mehr viel übriggeblieben: „Die allgemeine Ernüchterung, als eine Folge der Nichterfüllung der großen Erwartungen, mit denen zahlreiche Experimente im Kontext der antiautoritären und antiinstitutionellen Bewegung begonnen wurden, bekamen für den Bereich der Drogenhilfe besondere Konsequenzen. Die Initiativen stellten ihre Arbeit ein oder durchliefen einen Prozeß, der durch Professionalisierung, Anpassung an Vorgaben von Justiz und Sozialbehörden und eine Orientierung an rigiden US-amerikanischen Selbsthilfekonzepten gekennzeichnet war" (Schuller 1990, S. 35). Das Bemühen des Verstehens und des Umgehens mit Sucht aus einem gesellschaftstheoretisch kritischen Ansatz wurde abgelöst durch die in der Folgezeit dominierenden individualtheoretischen Erklärungsansätze: Der Drogenabhängige wurde zum „gestörten", „defizitären" Klienten degradiert und somit zum Objekt therapeutischer Maßnahmen. Im Rahmen einer Verwissenschaftlichung wurden Defizitorientierungen und Anpassungsleistungen in den Vordergrund therapeutischer Arbeit gestellt, die Gruppe wurde zum entscheidenden Korrektiv.
Innerhalb dieses Gruppenzusammenhangs sollte eine Belohnung „positiven" Verhaltens, eine drogenfreie Identität gefördert, mit der Bestrafung „negativer" Verhaltens Rückfälle vermieden werden. Verhaltens- und andere Formen von Psychotherapie mit Konfrontations- oder Encountertechniken sollten die „positiven" Werte kennzeichnen und internalisieren helfen. Freiheitsrechte wurden in einer Weise beschränkt, die z.T. weit über gesetzlich vergleichbare Unterbringungen hinausging: kein Telefon- oder Briefkontakt innerhalb der ersten 3 Monate, Informationssperre (kein Fernsehen, keine Zeitung, kein Besuch etc.).

Ein körperlicher Entzug war nur in Verbindung mit anschließender Therapie zu erhalten, und in der Beratung am Anfang der Kette mußten Drogenfreiheitsmotivationen glaubhaft nachgewiesen werden. Die Kritik an der Therapeutischen Kette machte sich fest an:

- dem Menschenbild innerhalb der Therapie: „defizitär“, „gestört“, „unmündig“, „willensschwach“
- der Allianz von Therapie und Strafe im Rahmen des Mottos „Therapie statt Strafe“ (70% der Klienten waren dort aufgrund richterlicher Auflagen, oder um einen Gefängnisaufenthalt zu vermeiden)
- der Ausschließlichkeit dieses Hilfekonzeptes, das bspw. ambulante Hilfsangebote ausschloß
- dem verwendeten Leidensdrucktheorem (wichtig auch für Justiz und Polizei), wonach nur jemand der „ganz unten“ ist, zu Verhaltensänderungen bereits ist und einen Drogenfreiheitswunsch entwickelt.
- der Effizienz und Reichweite: eine Großzahl von Abbrechern und die Tatsache, daß erheblich viele Menschen von diesen hochschwelligen Angeboten nicht erreicht wurden, machte deutlich, daß es sich um ein hochselektives System handelte.
- die Totalität der Abstinenz als einziger Zielorientierung: „darunter“ liegende Ziele wurden vernachlässigt oder als „vergebene Liebesmüh“ abgetan: ambulant organisierte gesundheitliche Hilfen.

Die Professionalisierung, allein die Integration von Psychologen, Sozialarbeitern und -pädagogen in die Suchtkrankenhilfe, hatte in den 70er Jahren sehr schnell eine Metamophose bewirkt: von den emanzipatorischen Ansprüchen und praktischen Ansätzen zu rigiden Behandlungsregimes, die von den Merkmalen Aussonderung, Kontrolle und Anpassung dominiert waren. „Die Unterwerfungs- und Unterdrückungsmechanismen in Institutionen, die Hilfe und Behandlung versprechen, bedürfen einer aktuellen Reflexion. Die Schilderungen von demütigenden Aufnahmeritualen und Unterwerfungsprozeduren in mehrstündigen Gruppensitzungen wirken heute zwar fremd und bizarr, sie liegen jedoch nicht länger als 10 Jahre zurück, waren nicht Ausnahme, sondern Regel in einer Zeit, die – glaubt man den Darstellungen offizieller Stellen – geprägt war vom Einzug der Professionalität und Rationalität in das Berufsfeld der Drogenhilfe“ (Schuller. Die Geschichte dieses Kapitels deutscher Therapieentwicklung muß noch geschrieben werden.

#### 1.1.2.3 Nach AIDS: gesundheitliche Hilfen gewinnen oberste Priorität – die kausale Suchtbehandlung tritt in den Hintergrund

Ob allein die o.g. Kritik an dem System der „Therapeutischen Kette“ Anfang der 80er Jahre ausgereicht hätte, das Hilfesystem differenzierter – eben den unterschiedlichen Bedürfnissen der Betroffenen angemessener – zu gestalten? Wahrscheinlich wäre die Entwicklung nicht so schnell verlaufen! Das Eindringen des HI-Virus in die Gruppe der Drogenabhängigen hat das hochschwellige, mit seiner alleinigen Fixierung auf Suchtbeendigung, selektive und auf Linearität ausgerichtete System der stationär verfaßten „Therapeutischen Kette“ radikal in Frage gestellt. Angesichts der Verbreitung lebensbedrohlicher Infektionskrankheiten hat die Sucht (d.h. ihre Beendigung) an Bedeutung verloren! Zunächst kommt es darauf an, ambulant zu organisierende, schadensverhütende oder -minimierende, das Überleben sichernde Hilfen zu entwickeln, bevor an Ausstieg aus der Opiatabhängigkeit gedacht werden kann, wie die seitdem veränderte Zielhierarchie von Drogenhilfe und Politik zeigt:

- Überleben sichern!
- Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Gesundheitliche und soziale Stabilisierung
- Beendigung des problematischen (d.h. unkontrollierten) Konsums (il)legaler Substanzen
- Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
- Unterstützung individueller Herauslösungen aus der Drogenszene

Diese veränderte Prioritätenliste reflektiert auch die Tatsache, daß Drogenabhängigkeit heilbar ist, eine HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung nicht! An dieser Stelle sollen nicht die Pluralität der Angebote im Rahmen der Schadensminimierung dargestellt werden. Wichtig ist, daß sich das Suchtverständnis und damit auch das Menschenbild in der Drogenhilfe verändert hat: ein Leben ist auch trotz Abhängigkeit lebbar – wie die vielen volkswirtschaftlich schädlicheren Alltagssüchte zeigen. Die missionarischen, ideologischen und pädagogischen Momente dominieren nicht mehr die Drogenhilfe. Die Fixierung auf die Suchtbeendigung als einziger und ausschließlich legitimer Zielsetzung jeglicher Hilfe ist einer nüchternen und realistischen Perspektive gewichen, die sich ausdrücken läßt in dem Satz: Abstinenz ist nicht für alle und nicht für alle zu jedem Zeitpunkt realistisch und erstrebens-

wert. Eine veränderte gesellschaftliche Bewertung von Sucht (Sucht als universelles „Problem“, oder besser: Phänomen) und ein differenzierteres Bild von Suchtentstehung, -verlauf und -beendigung ist unter dem Blickwinkel einer sich entwickelnden Drogenforschung in den letzten Jahren entstanden und hat die Linearität des Denkens in Bezug auf Drogen („einmal süchtig – immer süchtig“) in Frage gestellt:

- die Existenz von Spontan- und Selbstheilern, die ohne professionelle Hilfe abstinent werden
- das Vorhandensein kontrollierter Drogengebrauchsmuster (z.B. Heroin, Ecstasy, Cannabis)
- Dauergebrauch von Opiaten (und anderen illegalen Drogen) ohne irreversible körperliche und psychische Schädigungen
- Dauergebrauch und kulturelle Einbettung von Drogen, z.B. von Cannabis ohne massenhaftes „Amotivationales Syndrom“
- die zeitliche und kulturelle Relativität bestimmter Verhaltensweisen
- die Beliebigkeit von Suchtursachentheorien

Tritt die ständige Forderung nach Suchtbeendigung in den Hintergrund, können sozial integrierende und gesundheitlich stabilisierende Hilfen trotz vorhandener Abhängigkeit angeboten und genutzt werden. Insbesondere der „suchtakzeptierenden“ Drogenhilfe lagen auch andere normative Prämissen zugrunde: Suchtbeendigung wurde nicht nur ausschließlich als zentraler Ansatzpunkt in der Hilfe gesehen, der Sucht bzw. dem/der Süchtigen wurden durchaus auch Entscheidungskompetenzen, Autonomiepotentiale zugeschrieben. Auch bestimmte Ressourcen und Fähigkeiten wurden wahrgenommen, die allerdings in der Illegalität verschüttet wurden und mit Hilfe von Drogenhilfe reaktiviert werden sollten, vor allem im Sinne einer „Selbstbemächtigung“ (self-empowerment) der eigenen Belange und der näheren Lebensumstände.

### 1.1.3 Drogenkontrollpolitik

Zwei gegensätzliche Entwicklungen einer den skizzierten Veränderungen angemessenen Drogenpolitik lassen sich ausmachen: die Politik der Länder und die des Bundes. Die Länder reagieren unter dem Eindruck wachsender Belastung vorhandener Ressourcen (Justiz, Polizei) in den letzten 6-8 Jahren auf die Herausforderung der gesundheitlichen und sozialen Verelendung der DrogengebraucherInnen in den Städten einerseits mit Gesetzesvorlagen, die

in Richtung weitgehende Entkriminalisierung des Gebrauchs, kontrollierte Heroinabgabe und Zulässigkeit von „Gesundheitsräumen“ zielen. Nur wenige dieser Vorstöße sind in das Betäubungsmittelgesetz übernommen worden: Wichtige Ausnahme bildet der § 31a BtMG, der ein Absehen von Strafverfolgung bei Betäubungsmitteln „in geringen Mengen“ zum Eigenbedarf vorsieht. Hier sind die Länder – trotz Forderung des Bundesverfassungsgerichts nach einer einheitlichen Regelung darüber völlig uneins, wie hoch jeweils die geringe Menge sei (Besitz von Haschisch: Schleswig-Holstein 30g, Bayern 5g).

Weitergehende Vorschläge, von mehreren Ländern befürwortet, zum Umbau des Betäubungsmittelgesetzes, die die Dominanz des Strafrechts und der Prohibition als Verhaltenssteuerungsinstrument in den Hintergrund drängen, und stattdessen vorhandene Kontrollmodelle (wie auch gegenüber legalen Drogen) auch für die jetzt noch illegalen nutzen wollen, werden gegenwärtig noch nicht umgesetzt (z.B. Cannabisvergabe über Apotheken als Gesetzesinititiative Schleswig-Holsteins).
Statt gesundheitlicher und sozialer Hilfeschwerpunktsetzung dominieren in der Bundesdrogenpolitik ordnungs- und strafrechtspolitische Motive. Die fachliche Orientierung besteht immer noch in der Herstellung der „drogenfreien Gesellschaft“ (frei von illegalen Drogen). Demgemäß werden die Kräfte vor allem auf die Angebotsreduzierung und Verschärfung der strafrechtlichen Bestimmungen im BtMG und anderen betroffenen Gesetzen konzentriert, wie der „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ der Bundesregierung von 1990 beweist.

Die großen Städte sind vor allem von den Erscheinungen des Drogenproblems (Handel, Konsum, Prostitution in der Öffentlichkeit, hohe Beschaffungskriminalität) betroffen. Ihre Kontrollkapazitäten (in Justiz, Polizei) sind weitgehend erschöpft. Eine größere Zahl von Städten hat sich auf europäischer Ebene zusammengeschlossen als Organisation „Europäische Städte im Zentrum des illegalen Drogenhandels“ (mit Sitz in Frankfurt). Mit Resolutionen, Initiativen, Fachtagungen versuchen sie insbesondere neue Wege (unter weitgehenden Verzicht auf strafrechtliche Mittel) in der kommunalen/regionalen Drogenpolitik aufzuzeigen.

In fast allen Städten Deutschlands sind Offene Szenen von DrogenkonsumentInnen aufgelöst worden, zum Teil mit ausdrücklichem Ausbau eines bedürfnisadäquaten Hilfsangebots (Frankfurt). Trotz immensen Einsatzes polizeirechtlicher Mittel (Platz- und Durchquerungsverbote) ist dies nur

ansatzweise gelungen. Viele DrogengebraucherInnen sind derart verelendet und perspektivlos, daß ihnen angedrohte Strafen (Ingewahrsamnahme) gleichgültig sind. Deutlich wird bei diesem Phänomen, daß Offene Drogenszenen nicht nur Kauf- oder Konsum-, sondern auch Kommunikationsorte sind, wo auch gesundheitsrelevante Aspekte Thema sind und sich „safer-use“ Botschaften und ein gesundheitsrelevantes Wissen verbreiten können. Die „Zerschlagung“ der Offenen Szenen und die „Auflösung“ der Drogenbeschaffungsprostitution – ohne gleichzeitige Schaffung von Auffangangeboten (Übernachtungshaus, Kontakt- und Gesundheitsräume) bedeutet in der Regel eine Erhöhung der Vereinzelung und eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen von Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen - mit allen gesundheitsgefährdenden Konsequenzen.

## 1.2 Strategien gegen Infektionskrankheiten

### 1.2.1 HIV/AIDS-Politik:– Auf dem Weg zur Normalisierung?

Spätestens seit der 11. Welt-AIDS-Konferenz in Vancouver 1996, auf der die lebensverlängernden medikamentösen Therapien vorgestellt wurden, ist deutlich geworden, daß AIDS wenn nicht zu einer heilbaren, so doch behandelbaren Krankheit geworden ist, die bereits als chronische Krankheit betrachtet wird. Zweifellos ist nun allein durch diese Stabilisierung eine Steigerung der Lebensqualität vieler Erkrankter erfolgt.

Die Differenzierungen, daß ökonomische, kulturelle und soziale Ungleichheiten den Zugang zu diesen Therapien einschränken, daß die Therapien nicht bei allen AIDS-Kranken anschlagen, daß sie bei vielen Erkrankten überhaupt nicht wirken, daß die Nebenwirkungen bei einigen zu stark sind und die beabsichtigten Wirkungen stark beeinträchtigen, daß sich bei vielen Resistenzen entwickeln, werden in der allgemeinen Öffentlichkeit nicht vorgenommen. Stattdessen haben die Fortschritte in der HIV/AIDS-Medizin zu einer veränderten Wahrnehmung sowohl in der Gesamtgesellschaft als auch in einzelnen ‘Risikogruppen’ geführt. Obwohl mindestens 32 000 Menschen in Deutschland mit einer HIV-Infektion leben, jährlich noch immer ca. 2-4000 HIV-Neuinfektionen[2] in Deutschland dokumentiert werden, wird in der allgemeinöffentlichen Wahrnehmung HIV/AIDS zunehmend als Gesundheitsproblem von einzelnen ‘Problemgruppen’ betrachtet, das – anders

2 Die Zahl basiert auf der Zahl der HIV-Bestätigungsteste, die Mehrfachnennungen enthalten können (geschätzt in der Größenordnung 30-50%)

als in Afrika und Asien – keine Bedrohung für die (heterosexuelle) Gesamtgesellschaft darstellt. Für die Hauptrisikogruppe der i.v. DrogenkonsumentInnen läßt sich sogar zeigen, daß die Zahl der AIDS-Erkrankten mit dem Infektionsrisiko 'i.v. Drogenkonsum' abnimmt – entgegen ursprünglichen Befürchtungen, die eine Verbreitung von über 50% an der Gesamtzahl der AIDS-Erkrankten (wie in Spanien oder Italien) befürchtete. Während kumulativ seit 1982 11% der an AIDS Erkrankten das Transmissionsrisiko i.v. Drogenkonsum aufweisen, reduzierte sich der Anteil auf 10,7% im Jahre 1997 und 9,6% im Jahre 1998 (RKI 1999). Dabei ist allerdings keine Aussage über die innere Dynamik des Infektionsgeschehens gewonnen: Beispielsweise ist der Frauenanteil unter den AIDS-Erkrankten mit dem Infektionsrisiko 'i.v. Drogenkonsum' sehr hoch (46,3%), wenn auch in den letzten beiden Jahren abnehmend: 1997: 28,7%, 1998: 19,7%.
Es droht die Gefahr, daß durch die Wahrnehmung, HIV/AIDS breite sich vornehmlich (und noch prozentual abnehmend) nur noch in diesen betroffenen Gruppen aus, diesen 'Problemgruppen' die Schuld und die Verantwortung für die Prävention überantwortet wird. Dadurch kann eine neue Diskriminierung außerhalb eines vor 15 Jahren zu beobachtenden Solidarzusammenhangs und eine Verabschiedung bisheriger Präventionsstrategien entstehen (vgl. Reiter/Riedmann/Müller 1998).

Doch bereits vor den neuesten Entwicklungen in der HIV/AIDS-Medizin hat sich ein Prozeß der Normalisierung oder 'Banalisierung' von AIDS (Popp 1998) angedeutet: ein Verlust der Sonderstellung, eines besonderen Bonus' dieser Krankheit und eine Gleichstellung mit anderen chronischen (tödlichen) Krankheiten. Vor diesem Hintergrund wird besonders die Dimension der sozialen Ungleichheit dieser HIV/AIDS-Erkrankung deutlich: Von den neuen Behandlungsmöglichkeiten profitieren vor allem Betroffene der westlichen Hemisphäre und hier in sehr viel geringerem Maße sozial stark ausgegrenzte und kriminalisierte Hauptrisikogruppen, wie insbesondere (intravenös) Drogenabhängige. Hier potenziert sich die Risikolage und die soziale Ungleichheit vor HIV/AIDS noch durch zusätzliche Risiken wie Prostitutions- und/oder Hafterfahrungen. Ganz unzweifelhaft profitieren die Mitglieder dieser Gruppen in sehr viel geringerem Maße vom therapeutischen Fortschritt. Allein die ‚compliance' zur Behandlung ist unter Lebensbedingungen von Drogenbeschaffung und -finanzierung auf dem Schwarzmarkt, polizeilicher Verfolgung und strafrechtlicher Sanktionierung schwer zu erreichen. Darüber hinaus weisen DrogengebraucherInnen oft biologisch-medizinische

Gründe auf (Leberschäden), die sie nur sehr eingeschränkt von den neuen Medikamenten profitieren lassen[3].

Inwieweit die therapeutischen Fortschritte sich auch in den Hauptrisikogruppen oder bei einzelnen Personen außerhalb in einem veränderten, risikoreicherem Verhalten oder insgesamt auf die Primärprävention niederschlagen, ist strittig. Verschiebungen bei den Neuinfektionen deuten an, daß vor allem Frauen und junge Schwule in besonders hohem Maße vertreten sind (AIDS-HILFE Frankfurt 1998). Dazu scheint die Postexpositionsprophylaxe, die sich im medizinischen Bereich bei Nadelstichverletzungen bewährt hat, im Graubereich durchzusetzen, und die bei einer erfolgten Risikoexposition zur 'Pille danach' wird.

**Prävention**

Die bisherige AIDS-Prävention hat in vielen Länder und auch in Deutschland spezifisch im gewünschten Sinne gewirkt, und zwar ohne die anfänglich befürchteten Nebenwirkungen, wie z.B. Förderung des i.v. Drogenkonsums durch Spritzenprogramme und ohne breite unspezifische Änderungen im Sexualverhalten (vgl. Reiter/Riedmann/Müller 1998). Grundprinzipien der positiven Erfahrungen mit der HIV/AIDS-Prävention wurden auf der 12. Welt-AIDS-Konferenz in Genf von Dowsett vorgestellt (vgl. Bochow 1998, S. 7):

- soziokulturelle Angemessenheit
- community approach
- Pluralität der Ansätze und ihre Kompatibilität
- Überwinden einer einseitigen Ansprache von 'Zielgruppen' durch verschiedene Wege ihrer direkten Einbindung und Aktivierung und somit
- Einbettung von HIV-Prävention in eine umfassende Gesundheits- und Gesellschaftspolitik.

Diese Prinzipien können als Richtschnur der Theorie und Praxis HIV/AIDS-spezifischer, aber insgesamt infektionsrelevanter Prävention dienen – vor allem auch für den Strafvollzug. Herrn/Rosenbrock (1999, S. 12) stellen dabei fest, daß „Versuche der Modifikation gesundheitsriskanten Verhaltens

3 Reiter/Riedmann/Müller (1998, S. 42) zitieren eine Studie aus Frankreich, wonach nur 5% der HIV-infizierten Drogengebraucher mit Kombinationspräparaten behandelt werden können.

desto erfolgreicher (sind), je präziser sie sich auf biographisch gewachsene Sichtweisen und Lebenslagen, auf Orte und Situationen des Risikos sowie die dort geltenden Strukturen und Regeln der Kommunikation beziehen."
In Deutschland hat im wesentlichen die Deutsche AIDS-Hilfe die Aufgabe übernommen, Präventionsmaterial für die einzelnen Zielgruppen im Strafvollzug zu erstellen. Die kommunalen und regionalen AIDS-Hilfen führen die praktische Betreuungs- und Unterstützungsarbeit in den Vollzugsanstalten durch. Bereits frühzeitig nach Auftreten von HIV und AIDS hat die Unterstützungsarbeit für Gefangene durch die regionalen AIDS-Hilfen begonnen. AIDS-Hilfe-Gruppen waren von Beginn der AIDS-Krise an konkrete Unterstützer von HIV-AK-positiven Gefangenen, wie auch Gruppen, die sich für den Abbau von irrationalen Ängsten und diskriminierenden Behandlungen (Isolation, Einschränkung von Rechten) eingesetzt haben. Dabei haben sie vor allem die Schwierigkeit von Präventionsarbeit im Gefängnis erfahren. Weil sie sich vor allem mit den beiden Gruppen „homosexuelle Männer" und „Drogenabhängige" im Vollzug beschäftigten, wurden hier die Widersprüche und die Dynamiken des Lebens in der Unfreiheit und der Insassenkultur deutlich. Wer sich zu Gesprächen mit AIDS-Hilfen begibt, gibt sich zugleich als Angehöriger einer dieser beiden Gruppen zu erkennen und verdeutlicht damit seine Zugehörigkeit zur Gruppe der untersten Stufe der Hierarchie. Die Auswirkungen des Wissens Dritter um die HIV-Infektion wird von Knapp (1996, S. 264) als in erheblichem Maße prägend für die Alltagssituation der Betroffenen bewertet. Sowohl das Wissen der Bediensteten, als auch bei den übrigen Mitgefangenen wiesen immer noch Probleme bezüglich eines nicht-überreagierenden Umgangs auf. Einzelne anstaltliche Maßnahmen, die zum Teil ‚in den besten Absichten' für die betroffenen Gefangenen getroffen wurden (wie z.B. Entscheidungen im Zusammenhang mit der Zuteilung von Arbeit und der Zulassung von Freizeitaktivitäten) hatten eher kontraproduktive Wirkungen.

Eine Aufklärungsarbeit, wie sie außerhalb stattfindet, die auf Transparenz und Eigenverantwortlichkeit zielt, ist im Vollzug deshalb schwierig. Zumal die Anstaltspolitiken selten aktiv und offensiv eine Thematisierung und Wahrnehmung der Bereiche Sexualität und Drogenkonsum vornehmen, d.h. auch nicht über Transmissionen und Infektionen reden. Dies beinhaltet auch, daß die soziale, gesundheitliche und psychische Lage HIV-positiver nicht ausreichend thematisiert wird. Dies hat erhebliche Konsequenzen, die Heikamp (1996, S. 113) zusammenfaßt:

- „opportunistische Infektionen werden zu spät erkannt,
- mit Behandlungen wird zu spät begonnen,
- der Inhaftierte mißtraut der medizinischen Behandlung und Versorgung,
- es mangelt an Einfühlsamkeit bei der Eröffnung der medizinischen Fakten, wodurch die Betroffenen psychisch stark belastet werden."

## 1.3 Strafvollzugspolitische Dimensionen – Kontrolle und Hilfe in totalen Institutionen

Foucault (1977) argumentiert, daß die Funktion des Gefängnisses sich historisch nicht verändert habe, und daß die Geschichte des Gefängnisses nicht gekennzeichnet ist durch kontinuierliche Weiterentwicklung. Vielmehr ist nach wie vor das primäre Ziel des Gefängnisses zu strafen und gesellschaftlich nicht erwünschtes Verhalten zu eliminieren, so daß ein Schutz der Gesellschaft vor diesem 'delinquenten Verhalten' besteht. Die Strafe selbst unterliegt einem Wandlungsprozeß: von der Körperstrafe zur Disziplinierung der Seele. Insbesondere dieser Prozeß hatte den Einbezug verschiedenster Professionen zur Folge, die diese innere Disziplinierung unterstützten und überwachten: Ärzte, Lehrer, Psychologen, Sozialarbeiter, Wissenschaftler. Der Einbezug dieser Professionen bedeutete in einer klassischen Umkehrung, daß diese 'unschuldigen Professionen' Eingang in die Straftechniken hielten und daß umgekehrt das Gefängnissystem die Arbeit dieser Professionen veränderte. Der Anspruch des 'Behandlungsvollzug', der den reinen Verwahrvollzug ablösen sollte, kennzeichnet diesen Integrationsprozeß: Eine Reihe von Professionellen sind im Gefängnis mit der Prüfung und Einordnung als abweichend definierten Verhaltens befaßt (wie 'i.v. DrogenkonsumentIn', 'AlkoholikerIn') und bereiten entsprechend dem Vollzugsziel einer Vorbereitung auf die Fähigkeit, ein Leben ohne Straftaten führen zu können, Behandlungen, 'Besserungen' etc. vor.
Dieser Integrationsprozeß hat zu einem Einbezug in den Überwachungs-, Disziplinierungs- und Strafapparat Strafvollzug geführt. Trotz dieser strukturellen Bedingungen der Einbindung der Hilfeprofessionen basiert der Behandlungsvollzug vom Anspruch her darauf, den Gefangenen soviel Angebote wie möglich zu machen, die es ihm erlauben, den Haftaufenthalt positiv für eine Vorbereitung auf die Entlassung zu nutzen. Trotz des Strafanspruches als primärem Auftrag des Staates für die Gefängnisse, sollte die Haftzeit nicht gleichzeitig verlorene Zeit sein. Für DrogengebraucherInnen hieß dies in der Vergangenheit, Vorbereitungen für ein Leben ohne Drogen – ein-

geübt während des Haftaufenthaltes – nach der Entlassung zu treffen. Der Paradigmenwechsel der Drogenhilfe außerhalb, ausgedrückt in einer pragmatischen und realistischen Sicht, daß der Drogenkonsum nicht bei jedem jederzeit beendet werden kann und in einer Akzeptanz der Sucht bei gleichzeitiger Sicherung und Verbesserung des sozialen Umfeldes und Behandlung der übrigen körperlichen Schädigungen mündete, sollte auch im Strafvollzug vollzogen werden.

Der Strafvollzug in Deutschland am Ende des 20. Jahrhunderts ist im wesentlichen durch Überbelegung bei gleichzeitig knapper Personalausstattung und Veränderung der Insassen- und Deliktstruktur gekennzeichnet. Der Anteil gemeinschaftlicher Unterbringung lag 1996 (Stand: 30.6.) bei 48,5% (Dünkel/Kunkat 1997, S. 26), die Zahl der Sicherungsverwahrten Strafgefangenen stieg von 39 500 im Jahre 1992 auf 51 600 im Jahre 1997[4]; im gleichen Zeitraum stieg der Ausländeranteil von 16,1% auf 24,5% (Der Spiegel 5/99, S. 58ff). Der Anteil der wegen Drogendelikten Inhaftierten ist seit den 80er Jahren stetig gestiegen, 1995 betrug deren Anteil 12,5% und liegt nun nach den Eigentums- bzw. Raubdelikten Inhaftierten zur drittgrößten Gefangenengruppe (31.3., vgl. Dünkel/Kunkat, S. 29). In Wirklichkeit dürfte deren Anteil, verdeckt in den anderen beiden Deliktgruppen erheblich höher liegen (vgl. Kapitel 2.2.1). Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der offene Vollzug die Regelvollzugsform sein, doch lediglich eine Minderheit von 22,5% in den alten und 7,7% in den neuen Bundesländern (mit einem erheblichen Nord-Süd-/West-Ost-Gefälle) ist in offenen Anstalten untergebracht (Stand: 30.6.96). Gleichzeitig allerdings steigt die Zahl der Beurlaubungen und Ausgänge im Zeitraum von 1977-1991/2 um das Drei- bzw. Vierfache an, ohne daß sich die Mißbrauchsquoten erhöht haben, wobei bestimmte Gefangene wie Betäubungsmitteltäter, Gewalt- und Sexualtäter, aber auch Alkohol- und Drogenabhängige grundsätzlich für den offenen Vollzug bzw. Lockerungen als ungeeignet erklärt werden: Es wird eine Mißbrauchs- und Fluchtgefahr vermutet (Dünkel/Kunkat 1997, S. 27). Die räumliche Ausstattung der zum großen Teil aus dem 19. Jahrhundert stammenden Vollzugshäuser machen schließlich deutlich, mit welchen grundsätzlichen materiellen Problemen der Strafvollzug zu kämpfen hat. Vor diesem nur skizzierten Problemhintergrund des gegenwärtigen Strafvollzuges kommen Dünkel/Kunkat (1997, S. 27) zu dem Schluß: „Die zum Teil recht massiven Probleme im Strafvollzug ange-

4 Entsprechend hat sich die Gefangenenrate pro 100 000 Einwohner in den alten Bundesländern von 80,7 (1991) auf 89,9 (1996) erhöht (Dünkel/Kunkat 1997, S. 29).

sichts schwieriger Gefangenengruppen, die eine intensive Betreuung benötigen, sind nicht durch einzelne Maßnahmen zu lösen. Die Umsetzung des Behandlungsvollzuges kann nur durch ein umfassendes, ressortübergreifendes Vollzugskonzept erreicht werden.“ Die beiden Autoren fordern eine „*Rückbesinnung auf die Ziele der Vollzugsreform der 70er Jahre“* (Hervorheb. im Original). Doch Preusker (1997, S. 35) konstatiert, daß „die wenigen Vorstöße zur Reformierung des Strafvollzuges kaum noch etwas mit den Gefangenen, sondern vielmehr mit Verwaltungsreform und effizientem Mitteleinsatz zu tun (hat)“.

Der Strafvollzug muß als Musterbeispiel einer „totalen Institution“ (Goffman 1972) gelten: Lebens-, Arbeits-, Freizeit- und Wohnbereiche fallen zusammen, die formale Organisation ist hierarchisch und autoritär strukturiert, der soziale Verkehr und die Außenkontakte sind beschränkt. Die Strukturen von Unausweichlichkeit, Enge, Wahllosigkeit erzeugen Bedingungen, in denen Anonymität, Intimität und Privatheit kaum herstellbar scheinen. Gerade diese Totalität der Lebensbedingungen prägt auch innovative Ansätze der gesundheitlichen Versorgung (hier für DrogenkonsumentInnen) oder allgemein soziale, räumliche Veränderungen.

Auch die Insassenkultur besitzt hierarchischen Charakter: „Die Tendenz, sich positiv von anderen abzugrenzen, ist gerade in Zwangsgemeinschaften, die zudem der gesellschaftlichen Kontrolle und Ächtung unterliegen, besonders groß. Nach den Prinzipien „stark/schwach“, „sozial mehr/weniger auffällig“ und „großes/weniger großes Ansehen“ (Charisma) wird eine Hierarchie aufgebaut, die für den auf der untersten Stufe Befindlichen mit negativen Folgen verbunden ist“ (Heikamp 1996, S. 110). Aber auch die Straftat der Insassen bestimmt ihren Platz in dieser Hierarchie: Sexualstraftäter und Drogengebraucher befinden sich auf der untersten Stufe dieser Hierarchie.

Auch nachfragereduzierende und als gesundheitspolitisch ausgegebene Maßnahmen im Vollzugsalltag (wie Substitution und Infektionsprophylaxe) weisen stets einen Doppelcharakter von Hilfe und Kontrolle auf (vgl. ausführlich Kapitel 5.2.4.2).

Die in den beiden vorangegangenen Beispielen (Substitutionsbehandlung und HIV-Test-Praxis in den Anstalten) dargestellte Verschränkung von Hilfe und Kontrolle ist ein strukturell, bereits im Strafvollzugsgesetz als Spannungsverhältnis von Behandlungs- und Verwahrvollzug angelegter Zielkonflikt. Die Unausweichlichkeit und Totalität des Lebensraumes Gefängnis und

der doppelte Auftrag von Sicherung/Verwahrung und Hilfe machen eine Aufhebung dieser Ambivalenz unmöglich.

Angesichts der oben skizzierten weitreichenden gesundheitlichen, lebensbedrohenden Konsequenzen von Drogenkonsum in Haft dürfte ein pragmatischer Umgang mit gesundheitsfördernden Maßnahmen trotz grundsätzlicher Widersprüchlichkeiten gerechtfertigt erscheinen. Denn eine Hinnahme dieser Strukturen aus Angst davor, kontrollverstärkend wirken zu können, bedeutet, „... sich vor 'Gesundheitsförderung' mehr (zu) fürchten als vor Gesundheitsgefahren" (Trojan 1995, S. 126). Ein Bewußtsein über die Wirkzusammenhänge und ein verantwortungsvoller Umgang mit den beschriebenen „Neben- und Umkehreffekten" sind allerdings nicht zuletzt deshalb geboten, weil sie Fragen der Zielgruppenangemessenheit und Akzeptanz tangieren. Die Methodik der beabsichtigten Präventionsmaßnahmen ist auf ihre inhärenten Kontrolleffekte hin zu überprüfen und den Bedingungen der Zielgruppe anzupassen.

Grundsätzlich ist für diesen Prozeß die Kooperation und Kommunikation mit externen Diensten unerläßlich. Besteht dadurch eher die Möglichkeit, kritische Perspektiven einzunehmen, eine inhaltliche, formale Vernetzung mit externen Hilfsangeboten herzustellen, aber auch eine Konfrontation mit den fachlichen Standards von Prävention, Beratung und Behandlung 'draußen' zu erreichen.

Was heißt das für die Umsetzung des Ziels der Gesundheitsförderung im Vollzug? Auf theoretisch-konzeptioneller, methodischer und praktischer Ebene sollen im folgenden einige Hilfebereiche beispielhaft darauf hin überprüft werden, wie die beschriebenen Widersprüchlichkeiten zwar nicht aufgelöst, aber bewältigt werden können.

### 1.3.1 Reaktionen des Strafvollzuges auf den zunehmenden Drogenkonsum

Die Begriffe „war on drugs", „zero tolerance" erreichen als Schlagwörter der „Bekämpfung" des Drogengebrauchs in den Anstalten mit einer Zeitverzögerung von 10 Jahren auch den Strafvollzug. Außerhalb der Gefängnisse erprobte und scheinbar bewährte, martialisch anmutende „Bekämpfungsstrategien" werden importiert, wie etwa die „Zerschlagung der Drogenszene". Beispielhaft wird dies in dem Konzept der Bremer Justizbehörde, mit dem der Drogenhandel in der JVA besser bekämpft werden soll: „mit schärferen

Kontrollen der Besucher und Freigänger, mit mehr Härte gegenüber Dealern, einer besser gesicherten Anstaltsmauer und mit einer Bündelung der Ermittlungen im Gefängnis“ (beispielhaft Weser-Kurier v. 22.11.97).

Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Umgangsweisen?

1. Inneranstaltlich avancieren die DrogenkonsumentInnen damit für alle übrigen Gefangenen zum Sündenbock, weil sie als VerursacherInnen einer unverhohlenen Rückkehr zum harten Verwahrvollzug betrachtet werden. Dies hat deutliche Folgen im Vollzug: Die bereits auf den unteren Stufen der Gefangenenhierarchie rangierenden DrogenkonsumentInnen werden für jede anstaltliche Verschlechterung (d.h. konkret Verschärfung der Haftbedingungen) verantwortlich gemacht: Aggressionen und Mißachtung richten sich vor allem gegen sie.

2. Auch strafvollzugspolitisch hat die Dominanz des Drogenkonsums und der wachsende Anteil von Betäubungsmittelstraftätern im Vollzug Folgen. Zum einen dient diese Entwicklung als Funktionalisierung für die Verschiebung struktureller Probleme (Überbelegung, stärkerer Druck auf eine betriebswirtschaftliche Effektivität) auf eine störende Gefangenengruppe: Die nötigen und im Strafvollzugsgesetz angelegten Reformen können nicht umgesetzt werden, weil die gesellschaftlichen (Drogen-) Probleme Liberalisierungen unmöglich machen. Insbesondere manifestiert sich im Drogengebrauch hinter Gittern die Fortsetzung der kriminellen Handlung aufgrund derer der Delinquent ja gerade verurteilt wurde, nur unter anderen Bedingungen. Dies ist eine grundsätzliche Differenz zu anderen Gefangenengruppen, die den strafvollzugsgesetzlichen Auftrag der Anstalt permanent konterkariert: nämlich auf ein Leben ohne Straftaten vorzubereiten. Wenn dies schon nicht im Vollzug gelingt – wie dann erst draußen?
   Zum zweiten wird gerade angesichts dieser Entwicklung der Ruf lauter nach einem „Zwei-Klassen-Vollzug“: einen für diejenigen, die Interesse an einer Besserung haben und einen anderen, für „behandlungsunwillige und -fähige Häftlinge“. Letztere sollen nicht mehr in den Genuß von Resozialisierungsmaßnahmen kommen[5]. Damit wird das inneranstaltli-

5 So etwa CDU-Abgeordnete Stratmann im Niedersächsischen Landtag in Hannover am 1.10.97. Ferner führte er aus, daß Resozialisierungsmaßnahmen bei diesen Personen sinnlos seien, weil diese Häftlinge dafür ‘nicht empfänglich’ wären. Um die Gefängnisse drogenfrei zu bekommen, müßten abhängige Gefangene zu Beginn ihrer Haftstrafe zu einem Drogenentzug verpflichtet werden, „...und zwar notfalls gegen ihren Willen“.

che Gefälle noch weiter gefestigt, die Entwicklung zum „Vollzugsproletariat“ weiter unterstützt.

Während außerhalb des Vollzuges die Repression gegenüber DrogenkonsumentInnen in der Regel nicht ohne kompensierende Hilfsmaßnahmen durchgesetzt wird, wie etwa Angebote der gesundheitlichen Verbesserung und sozialen Stabilisierung durch Methadon- und Spritzenvergabe, Kontaktläden, Notschlafstellen, „Gesundheitsräume“, fehlen diese auf Schadensminimierung ausgerichteten Hilfsangebote im Vollzug fast völlig. Hier dominieren noch immer maximalistische Forderungen nach Drogenfreiheit gemäß dem Motto, „daß nicht sein kann, was nicht sein darf“. Ein Eingeständnis der Drogenverbreitung im Gefängnis kommt einem Eingeständnis des Versagens des Sicherheitsauftrages gleich und raubt der Gesellschaft und der umliegenden Gemeinde die Illusion, die Gefängnismauern seien undurchlässig und das Gefängnis damit ein abgeschotteter und abschottbarer Bereich, in dem drogen- und sexualfreie Räume bestehen.
Und „wo nicht ist, was nicht sein darf“, bedarf es auch keiner Hilfsangebote. So lautet die allerorts anzutreffende Logik einer Verleugnung eines Drogenproblems und der Entlastung von der Schaffung von effektiven, lebensweltnahen Hilfsangeboten im Vollzug.

**Verleugnung des ‚Drogenproblems’**

Angesichts drängender Probleme durch die Verbreitung i.v. Drogenkonsums wird einigen Anstalten der Vorwurf gemacht, das ‚Drogenproblem’ zu leugnen bzw. nicht adäquat zu reagieren (vgl. Boock 1993; Knapp 1996, S. 266f m.w.N.). Grund dafür mögen Mitteilungen sein, wie sie der Justizminister des Landes NRW in der Anhörung der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages 1989 äußerte, wonach es gelungen sei „das Einbringen von Rauschgift nahezu ausschließlich auf Haschisch in geringen Mengen zu begrenzen. Heroinfunde waren äußerst selten“ (AIDS-Enquete-Kommission 1990, S. 281).

Auch Äußerungen (wie bspw. von Schmuck 1989, S. 165f), tragen nicht zu einer differenzierten Sichtweise eines sich abzeichnenden Problems bei. Schmuck geht davon aus, „daß in der Anstalt harte Drogen zu erhalten, zwar nicht völlig ausgeschlossen, anders als in Freiheit aber vergleichsweise gering ist ... Ohne daß damit das Problem des Drogenkonsums in den Vollzugsanstalten heruntergespielt werden soll, muß festgehalten werden, daß

a) intravenös zu verwendende Rauschgifte in Vollzugsanstalten im allgemeinen weitaus schwieriger zu erlangen sind als in Freiheit;
b) Drogenkonsumenten in der Regel bekannt sind und deshalb besonderer Aufmerksamkeit unterliegen;
c) Der Konsum harter (intravenös zugeführter) Drogen wegen ihrer besonders schweren Erreichbarkeit die Ausnahme darstellt.

Die Gefahr der Verbreitung von HIV-Infektionen in der Haftsituation ist also bei Berücksichtigung der vorgenannten Umstände für die am stärksten gefährdete Gruppe der intravenös drogenabhängigen Gefangenen, bzw. durch diese, keinesfalls größer, wahrscheinlich geringer als außerhalb der Anstalt" (S. 166).

Deutlich wird hier – aus heutiger Sicht (siehe v.a. Kapitel 2.3) – eine Unterschätzung des Problems Drogenkonsum und Infektionskrankheiten (hier vor allem Reduktion auf HIV), das ggf. dazu geführt hat, mit den traditionellen Kontrollmitteln (Anraten des HIV-Tests) zu antworten, statt andere Maßnahmen zu ergreifen.

Die Ursachen dieser Verleugnung sind vielfältig, und weisen auf strukturelle Probleme hin (die nicht ‚nur' mit einer Identifikation des Problems innerhalb der Anstalt gelöst werden können:

- Anerkennung eines Drogenkonsums bedeutet Eingeständnis von Sicherheitslücken oder strukturellen Sicherheitsdefiziten und letztlich die Nicht-Erfüllung des Verwahrungsauftrages.
- Aus sozialpsychologischer Sicht kann der Drogenkonsum nur schwer der Öffentlichkeit vermittelt werden, ohne Forderungen nach geschlossenen Strukturen zu begegnen. Tieferliegend muß ein antihedonistisches Motiv angenommen werden. Strafverbüßung darf nicht mit Genuß zusammengebracht werden. Dies setzt die Anstalten dem Vorwurf aus, ‚Hotelvollzug' zu betreiben und Unterschiede zu nicht-straffällig-gewordenen Personen zu verwischen.
- ‚Kontrolliertes Umgehen' mit dem Problem: Für einige Anstaltsleitungen steht die Zahl der HIV-Infizierten scheinbar fest mit der Folge, daß das Problem ‚HIV-Infektion' als überschaubar, verwaltbar und unter Kontrolle definiert wird. Auch wenn dabei andere Infektionsgefahren ausgeblendet werden, richtet sich die Konzentration auf die bekannten Infizierten. Damit wird gleichzeitig dem Personal signalisiert, das Problem sei personifizierbar.

- Sicherheitsrisiken gegenüber dem Personal: ‚Spritze als Waffe gebraucht'. In den bisherigen Pilotprojekten in der Schweiz, Niedersachsen und Hamburg sind solche Vorfälle nicht aufgetreten.
- ‚Verfügbarkeit erleichtert den Konsum'. Ähnlich der Situation Mitte der 80er Jahre glaubt man, daß die bloße Existenz der Spritzen auch solche Gefangene zum i.v. Drogenkonsum verführen könne, die bisher nicht konsumierten. Diese These blendet subkulturell getroffene Entscheidungsgründe für einen Drogenkonsum aus, die sich nicht auf die bloße Verfügbarkeit von Spritzen reduzieren lassen. Hier wird mit dem Mythos ‚Anfixen' argumentiert (vgl. beispielhaft Senator für Justiz und Verfassung Bremen 1988).
- ‚Verunsicherung der Bediensteten'. Sie sollen täglich mit dem Widerspruch umgehen, Spritzenbesitz zu tolerieren und gleichzeitig Drogenbesitz zu sanktionieren. In einem schwierigen Arbeitsfeld, das von Widersprüchen zwischen Anspruch des Strafvollzugsgesetzes (u.a. Angleichung des Lebens an ‚draußen') und Wirklichkeit des Vollzuges gekennzeichnet ist, wird eine weitere Widerspruchsquelle installiert. Zudem wird die personelle Situation in den meisten Anstalten als bedenklich schlecht gekennzeichnet (hoher Krankenstand), die keinen günstigen Boden für solche innovativen Modelle bildet.

Mit der Ignorierung und der Tabuisierung der Verbreitung und der Risiken des intramuralen Spritzdrogenkonsums in den meisten Justizvollzugsanstalten wird der Kernfrage im Umgang mit DrogenkonsumentInnen ausgewichen: Wie kann mit dem Widerspruch umgegangen werden, daß einerseits Drogenabhängige, DauerkonsumentInnen von Spritzdrogen, draußen in der Regel als Kranke, Behandlungs- oder Beratungsbedürftige angesehen werden – jedenfalls als Personen, deren Sucht und Drogenverlangen nicht jederzeit durch individuellen Einschluß oder richterlichen Beschluß beendet werden kann. Dies gilt zumindest als fachlicher Konsens außerhalb. Der Suchtkrankheit wird im Vollzug mit Hinweis auf eine allgegenwärtige Rückfallgefährdung eher in sicherheitspolitischer Hinsicht Rechnung getragen: Drogenabhängige gelten in der Regel als nicht lockerungsgeeignet und werden insofern für ihre Krankheit im Vollzug sanktioniert. Andrerseits werden sie im Vollzug als 'normale' Kriminelle behandelt, die als Gefangene nicht grundsätzlich anders behandelt werden sollen, als andere Gefangene.
Ein Ignorieren dieses Widerspruchs und eine gleichzeitige Orientierung des Umgangs an realitäts- und lebensweltfremden Zielen ('Drogenfreiheit'), macht

es einfacher, Standards außerhalb erprobter und bewährter, schadensmindernder Strategien als nicht zielkonform auszublenden, bzw. als Zielkonflikt für den Vollzug als unauflösbar zu betrachten.

Im folgenden wird die Situation der DrogengebraucherInnen im Vollzug eingehender dargestellt. Im nächsten Schritt wird anhand von zwei Beispielen die Verschränkung von medizinisch-psychosozialer Hilfe und Kontrolle diskutiert. Schließlich werden Vorschläge zur ‘Konfliktbewältigung’ des strukturellen Widerspruchs von Hilfe und Kontrolle vorgestellt.

# 2 Zur gesundheitlichen und psycho-sozialen Lage drogenkonsumierender Gefangener

Von HIV/AIDS und anderen Infektionskrankheiten (Hepatitiden) im Strafvollzug sind fast ausschließlich (ehemalige) DrogenkonsumentInnen betroffen[1]. Mit einer Zunahme der intravenös Drogen applizierenden Gefangenen in den Strafanstalten haben sich auch die o.g. Infektionskrankheiten in den letzten 20 Jahren erheblich ausgebreitet. Diese Feststellung läßt sich für alle europäischen Länder treffen. Gleichzeitig, so stellt Tomasevski (1992:61) in ihrer europäischen Analyse der medizinischen Versorgung in Gefängnissen fest, bilden Drogenmißbrauch, psychische Gesundheit und Infektionskrankheiten die zentralen Probleme des Strafvollzuges (vgl. auch BMG 1995:2). Eine adäquate Problembeachtung einschließlich Bewältigungsbestrebungen bedeutet, verstärkte Anstrengungen sowohl in der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention unter Einbeziehung aller relevanten Gruppen zu fördern und auszubauen: Gefangene, Bedienstete, Fachdienste, LeiterInnen, Externe HelferInnen und MedizinerInnen.

Im folgenden werden nach einer Bestandsaufnahme der Problemzusammenhänge intravenöser Drogenkonsum und Infektionsrisiken in Haft erprobte, effektive und glaubwürdige Präventionsstrategien analysiert und in ihrer Übertragbarkeit auf das System Strafvollzug diskutiert.

Die Kriminalisierung von KonsumentInnen illegaler Drogen hat dazu geführt, daß viele DrogengebraucherInnen während ihrer Karriere einmal oder mehrfach aufgrund von Drogen- oder Drogenbeschaffungsdelikten inhaftiert werden. Mehrere Studien (Koch/Ehrenberg 1992:53; Kleiber 1991; Kleiber 1996) weisen übereinstimmend aus, daß die von ihnen befragten DrogengebraucherInnen zu etwa zwei Dritteln Hafterfahrungen hatten – durchschnittlich mehr als 12 Monate. Empirische Befunde zeigen auf, daß DrogengebraucherInnen längere Haft- als Therapiezeiten aufweisen (AMSEL-Studie 1991: 342ff).

---

1 Zwar werden von den zuständigen Justizbehörden etwa nur 70-75% der HIV-AK-positiven Gefangenen als intravenös drogenabhängig eingestuft (vgl. auch Höflich 1991, S. 77), jedoch ist bei der Mehrzahl der übrigen Gefangenen ebenfalls von verdeckten oder zurückliegenden i.v. Drogenerfahrungen auszugehen.

Das Gefängnis wird also im Verlauf der Drogenkarriere phasenweise zur dominanten Lebenswelt vieler DrogengebraucherInnen. Insgesamt geht man von einer Zahl von etwa 10-20.000 inhaftierten Drogenabhängigen aus, d.h. etwa jeder dritte bis sechste Gefangene[2] in Deutschlands Strafanstalten ist trotz scharfer Kontrollen entweder gegenwärtig noch (mit unterschiedlichen Konsummustern und -frequenzen) oder war bis vor kurzem Konsument illegaler, und hier vor allem intravenös applizierter Drogen.
Die Stellung Drogenabhängiger in der InsassInnen-Hierarchie ist zumeist unten angesiedelt: Die Organisation des Drogenkonsums, der Beschaffung, des Verkaufens von Gegenständen verbunden mit Schuldenmachen und -eintreiben, Erpressungen schafft ein Klima von Hektik, Dynamik, oftmals auch Gewalt, das als völlig von Drogen dominiert von nicht,
Diese Tatsache verändert die Gefängniswelt: Das durch die Haftbedingungen induzierte Drogenkonsumverhalten und -setting im Vollzug verändert das System Gefängnis und stellt neue Anforderungen an eine vollzugsinterne Drogen- und AIDS-Hilfe. Das Gefängnis bildet spiegelbildlich gesellschaftliche Probleme und individuelle Notlagen ab. So schlägt sich auch die Verbreitung des Konsums illegaler Drogen mit all ihren Folgeerscheinungen im Vollzug nieder: Drogentod, Drogennotfall, Zunahme der Zahl der DrogengebraucherInnen, Händlerhierarchien, Schulden, verunreinigte und gestreckte Stoffqualität mit unkalkulierbaren Reinheitsgehalten, Infektionsrisiken (HIV und die Hepatitiden) durch gemeinsamen Gebrauch insterilen Spritzbestecks, da offiziell keine sterilen Spritzen im Vollzug erhältlich sind. Diese Phänomene unterscheiden unter anderem auch den Gebrauch von Alkoholika in den Gefängnissen vor der Zunahme des Drogenkonsums in den siebziger Jahren gegenüber heute.

Der zunehmende Drogengebrauch hat dabei erhebliche Auswirkungen auf das System Gefängnis: Drogen werden zum zentralen Medium der Gefangenensubkulturen; viele Alltagsaktivitäten der Gefangenen sind deshalb gerichtet auf: Beschaffung, Schmuggel, Konsum, Verkauf und Finanzierung von Drogen.

Werden Drogen zum strukturierenden Moment des Alltags vieler Gefangene, so sind auch die Aktivitäten der Anstaltsleitung bzw. der Bediensteten angesichts der Universalität von Drogen im Vollzug zentral auf die Sicherheit

---

2 Der Anteil Drogenabhängiger in den Justizvollzugsanstalten variiert erheblich: Während in Frauenhaftanstalten ihr Anteil oftmals mehr als 50% ausmacht, ist er in anderen Männerhaftanstalten deutlich geringer

und das Management eines relativ geordneten Vollzuges ausgerichtet. Die Bewältigung der Abhängigkeitsphänome und der Suchthilfe sind diesem übergeordneten Ziel untergeordnet.

Der Strafvollzug für Frauen und für Männer in all seinen Formen, ob Strafhaft, Untersuchungshaft, Jugendvollzug, steht insbesondere unter dem Druck der Öffentlichkeit, das Gefängnis als 'drogenfreien Raum' zu gestalten. Nur wenige Anstalten sprechen offen über vorhandene Drogenprobleme und bieten offensive Hilfen an: Dies wird oft gleichgesetzt mit einem Scheitern des Sicherheitsauftrages und einer Desillusionierung in Bezug auf Undurchlässigkeit des Gefängnissystems. Nach wie vor gibt es eine erhebliche Zahl von Anstalten[3], die einen Drogengebrauch entweder nicht beobachten oder ihn aus justizpolitischen Motiven ignorieren, solange es geht. Unter diesem Umstand, daß eigentlich 'nicht sein kann, was nicht sein darf', ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen einerseits den Erwartungen an die Erfüllung seines Resozialisierungsauftrages[4] und andererseits den Realitäten eines verbreiteten Drogenkonsums vieler Gefangener und z.T. politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens.

Gegenüber diesen Entwicklungen existieren lediglich zwei Reaktionsmuster: zum einen kann versucht werden, den Strafvollzug noch weiter abzuschotten. Sofern dadurch Drogenzufuhr und -konsum überhaupt reduziert werden könnte, ist dies vor dem Hintergrund eines resozialisierenden Auftrags mit dem Ziel von weitgehender Außenorientierung des Strafvollzuges kritisch zu betrachten. Zudem würde dies zu Lasten auch Nicht-Betroffener Gefangener gehen. Zum anderen kann man innerhalb des Spannungsfeldes von Sicherheit und Ordnung auf der einen und Hilfsangebote auf der anderen Seite realitätsgerechte und bedürfnisgerechte Hilfen entwickeln. Diese sollten pragmatische Ziele verfolgen, machbar sowohl für den Vollzug als auch für die Gefangenen. Deutlich wird allerdings, daß die Arbeit mit Drogenkonsu-

---

3 siehe AIDS-Enquete-Kommission des Dt. BT

4 z.B. dokumentiert im Strafvollzugsgesetz: darin wird im §3 Abs. 1 eine möglichst umfassende Angleichung der Lebensverhältnisse im Vollzug an die in Freiheit gefordert. Andererseits bestehen Ansprüche an eine bedarfsgerechte Hilfe für Inhaftierte (Drogenabhängige). Diese wiederum müssen sich neben dem genannten Angleichungsgrundsatz auch dem Anspruch der Gegensteuerung stellen: Im § 3, Abs. 2 des Strafvollzugsgesetzes heißt es, daß den schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegenzuwirken sei. Dies bedeutet unter anderem, daß jedes risikoreiche Fortsetzen eines Drogenkonsums, jeder Neuanstieg dem eigentlichen Vollzugsauftrag entgegenläuft vgl. ausführlich Kap. 2.1.1).

mentInnen im Justizvollzug nur unter sehr eingeschränkten räumlichen und methodischen Bedingungen stattfinden kann. Drogenszene und Hilfeangebote fallen räumlich zusammen, es gibt keine Toleranz des Konsums: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren klar den Anstaltsalltag und die Umgehensweise mit den drogengebrauchenden Gefangenen.

Welche handlungsleitenden Zielorientierungen für ein entsprechendes Umgehen mit DrogengebraucherInnen im Rahmen einer vollzuglichen AIDS- und Drogen-Hilfe lassen sich aber trotzdem formulieren?
Zunächst ist der skizzierte Angleichungsgrundsatz für eine anstaltsinterne Anpassung an fachliche Standards der Drogenhilfe insgesamt von großer Bedeutung: die Ziele der AIDS- und Drogen-Hilfe im Vollzug sollen und können sich nicht grundsätzlich von denen in Freiheit unterscheiden. Allerdings ist die Phase der Haft ein denkbar ungünstiger Zeitpunkt, um einschneidende Verhaltensänderungen erwarten zu können. Drogenarbeit im Vollzug sollte lebensweltnahe Veränderungsangebote entwickeln, ohne unrealistische Forderungen nach abstinenter Lebensweise für jeden Gefangenen einzufordern: „AIDS- und Drogen-Hilfe setzt auf Eigenmotivation und Selbstverantwortung, diese gilt es im Vollzugsalltag zu wecken und zu stärken. Veränderungsversuche finden in kleinen Schritten statt. Diese gilt es zu verstärken und zu unterstützen durch eine Vielzahl differenzierter Angebote, die den Abhängigen helfen, für sich eine Alternative zu entwickeln“ (Borkenstein 1994, S. 80f).

Neben der klassischen Ausrichtung sollten deshalb auch pragmatische, erreichbare Ziele verfolgt werden, die sich zunächst auf Strategien der Schadensminimierung beziehen und damit eine hohe Priorität genießen. Diese Strategien basieren auf dem Gedanken, daß

- Drogenabhängigkeit heilbar ist,
- bestimmte Infektionskrankheiten, die im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen stehen (z.B. eine HIV oder eine Vielzahl chronifizierter Hepatitis B oder C-Infektionen), jedoch unheilbar und damit existentiell bedrohend sind; ‘harm reduction’-Strategien gewinnen dadurch größte Bedeutung.

Im folgenden wird Bezug genommen auf das Umgehen mit und die Vermeidung und Therapie von Infektionskrankheiten. Denn eines der vordringlichsten Ziele in der vollzuglichen Präventionsarbeit für i.v. Drogenabhängige muß es auch im Strafvollzug sein, existentiell lebensbedrohende Infektionen

zu vermeiden. Infektionsgefahren im Strafvollzug bestehen für die Gruppe von i.v. Drogenkonsumenten vor allem durch die Mehrfachbenutzung gebrauchten Spritzbestecks und ungeschützte Sexualkontakte.

Generell droht es so zu sein, daß das Gefängnisambiente vor allem unsauberes Spritzverhalten unterstützt: Insbesondere Neuzugänge scheinen, bevor sie im Haus Verbindungen aufgebaut haben, auf Spritzentausch angewiesen zu sein. Leudsen und Stark (1992, S. 715) berichteten, daß es unter dem Eindruck von AIDS bei vielen Drogenabhängigen zur signifikanten Risikoreduktion bei der Drogeninjektion gekommen sei. Allerdings bleibe als Problem, daß bei vielen i.v. Drogenabhängigen die präventiven Verhaltensweisen nicht konsequent durchgehalten würden. Von den Faktoren, die dabei zeitstabilen risikoarmen Verhaltensweisen entgegenstünden, treffen mehrere exakt auf die Situation zu Beginn der Inhaftierung zu: die Nichtverfügbarkeit von eigenem Spritzbesteck bei beginnenden Entzugserscheinungen, Nichtverfügbarkeit von Spritzbesteck zu Beginn der Haft, Angst vor Strafverfolgung bei Spritzenbesitz.

## 2.1 Lebensbedingungen von DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug

> „Von einer bestimmten Haftdauer an verliert das Gefängnis seinen Schrecken und wird zu einer Lebensform. Man wird zum ‚Insassen'. Die, die die Schlüssel haben, regeln, was man tun und lassen muß; im Gegenzug wird man von morgens bis abends versorgt" (Eisenberg 1996, S. 102)

Die Gefängniserfahrung ist für die meisten Gefangenen zunächst eine sehr einschneidende Lebenserfahrung. Beginnend mit der Aufnahme vor oder nach dem Verfahren, ohne Orientierung in der neuen räumlichen und sozialen Umgebung, in dieser Phase sind Gefangene besonders empfindlich und besonders Gesundheitsrisiken ausgesetzt: Depression, Gewalt- und Einschüchterungsversuche anderer Gefangener, Unvorsichtigkeiten beim Schutz bezüglich hygienischen Drogenkonsums und geschützter Sexualität. Psychisch auffällige oder gestörte Gefangene sind insbesondere sehr gefährdet.

Wenn im Rahmen dieser Arbeit lediglich auf den Konsum illegaler Drogen und der anstaltlichen Kontrollbemühungen eingegangen wird, so soll dies nicht heißen, daß Probleme mit legalen Drogen innerhalb des Vollzuges

nicht existieren. Während bundesrepublikanische Gesamtzahlen für diesen Bereich nicht vorliegen, so geben doch Schätzungen sowohl für die Gesamtsituation, als auch für einzelne Gefängnisse einen Eindruck vom Ausmaß des Alkoholkonsums in Gefängnissen. Küfner (1998, S. 406) geht davon aus, daß der Anteil Alkoholabhängiger ähnlich hoch ist, wie der der Abhängigen von illegalen Drogen: 20-50%. Die Verteilung derjenigen, die die von ihm untersuchte externe Suchtberatung im Rahmen eines Modellprojektes in Bayern in Anspruch nahmen zeigt, daß zwei Drittel der betreuten Klienten hauptsächlich wegen Drogenproblemen in die Beratung kamen und ein Drittel wegen Alkoholproblemen (N=1435).
Für einzelne Gefängnisse liegen Schätzungen vor, die vermuten lassen, daß die Gruppe der Alkoholabhängigen eine nicht unerhebliche Größe hat. Für Bremen geht man davon aus, daß ca. 30% (von ca. 500) Gefangenen rechtskräftig verurteilt worden ist wegen Straftaten, die sie begingen, während sie alkoholisiert waren (vgl. Sen. f. Frauen, Gesundheit 1997, S. 20f). Diese Gruppe von AlkoholkonsumentInnen mit z.T. vor der Inhaftierung chronischem Gebrauch fällt auf durch aggressiveres und enthemmtes Verhalten z.T. auch als Ursache für sexuelle Devianz. Auch die Verurteilungsbasis waren im wesentlichen Aggressionsdelikte wie Totschlag, Körperverletzung etc.
Eine Analyse der letzten Urteile der Gefangenen in der Sozialtherapeutischen JVA Kassel ergab an einem Stichtag im Jahre 1993, daß 40,4% ihre letzte Straftat unter Alkoholeinfluß begangen haben – mehr als die Hälfte stärker als 0,99 Promille (vgl. Breuer-Kreuzer 1997).

### 2.1.1 Die Situation Drogenabhängiger zwischen Verwahr- und Behandlungsvollzug

Der Gesetzgeber war sich offenbar dieser Widersprüchlichkeit des Strafvollzuges, von Hilfe und Kontrolle, Behandlung und Sicherung bei der Novellierung des Strafvollzugsgesetzes 1977 bewußt. Man könnte die im folgenden skizzierten gesetzgeberischen Absichten mit dem reformierten Strafvollzugsgesetz unter dem Begriff „Schadensbegrenzung“ subsumieren:

- Angleichungsgrundsatz (§ 3 Abs. 1): Dadurch sollen Besonderheiten des Anstaltslebens, die den Gefangenen lebensuntüchtig machen können, zurückgedrängt werden: Das Anstaltsleben soll den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden. Dabei sind die Standards der Gesellschaft außerhalb des Vollzuges zugrunde zu legen.

- Gegenwirkungsgrundsatz (§ 3 Abs. 2) beruht auf der Annahme daß Freiheitsentzug in der Regel schädliche Wirkungen hat – sowohl für die Gefangenen als auch für Dritte. Deshalb muß kompensatorisch diesen schädlichen Folgen durch Bemühungen um frühzeitige Entlassung, Lockerungen etc. entgegengewirkt werden. In allen Lebensbereichen (Arbeit, Wohnen, Freizeit) sollten diese Gegenwirkungen erfolgen.
- Eingliederungsgrundsatz (§ 3 Abs. 3): Vom Beginn an sollte die Vollzugsbehörde mit allen Maßnahmen die Entlassung im Auge behalten und den Übergang in die Freiheit erleichtern. Der Vollzug soll den Gefangenen helfen, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern (vgl. Feest 1989, 21ff).

Diese Grundsätze dienen als Richtschnur einer größtmöglichen Schadensbegrenzung: „Dazu gehört in erster Linie der Abbau von Strukturen der totalen Institution, die Normalisierung des Alltags im Gefängnis (Lesting 1988), die weitgehende Öffnung gegenüber der Außenwelt und das gezielte Anstreben einer möglichst frühzeitigen Entlassung“ (Feest 1989, S. 18).

Ist der Schaden durch den Vollzug der Freiheitsstrafe bereits für diejenigen Gefangenen sehr hoch, die mit dem Stigma „kriminell“ behaftet sind, wirkt sich der Gefängnisaufenthalt für diejenigen Gefangenen, die als „kriminell“ und/oder „krank“ definiert werden, noch schlimmer aus. Diese Doppelstigmatisierung schafft erhebliche Rollen- und Zielkonflikte und Verhaltensunsicherheiten – zunächst für die Gefangenen selbst, für die Bediensteten, aber auch für die Anstaltsärzte: Welche Identität darf gelebt werden, welche Rollenerwartung besteht, welche Interaktion kann realisiert werden?

Hier tut sich ein neues Widerspruchsfeld auf: Ist der/die Drogenabhängige krank, dann wird er/sie in der Haft nicht entsprechend behandelt. Für ihn/sie existiert lediglich die Regelung des § 35 BtMG, wonach er aus dem Strafvollzug eine stationäre drogenfreie Langzeittherapie beginnen kann.
Das drogenfreie Therapieangebot ist das überwiegend einzige Angebot für Drogenabhängige, die in Haft kommen. Während sich draußen eine Vielzahl verschiedenschwelliger Hilfen mit unterschiedlichen Zielsetzungen in den letzten 10 Jahren entwickelt haben (Suchtbegleitender Ansatz, ambulante Therapie, Substitutionsbehandlung etc.), so ist das Behandlungsangebot für Drogenabhängige im Vollzug immer noch reduziert auf die Abstinenz. Hat der/die Gefangene bereits mehrmals solche Therapie durchlaufen, kann eine stationäre drogenfreie Langzeittherapie nicht mehr als attraktiv gelten oder

wird von den Kostenträgern nicht mehr finanziert. Oftmals wird die Langzeittherapie lediglich als Fluchtmöglichkeit genutzt.
Zu diesem externen Behandlungsangebot gibt es innerhalb des Gefängnisses keine Alternative: Suchtbegleitung – als einer offensiv auf Schadensbegrenzung abzielenden Begleitung des Drogenabhängigen – ist innerhalb des Vollzuges so gut wie nicht entwickelt worden seit Beginn der durch das Auftreten von HIV und AIDS gekennzeichneten Phase vor 10 Jahren.

Ist der/die Drogenabhängige kriminell, dann wird die Drogenabhängigkeit und damit verbunden ein Behandlungs- und Hilfebedarf über die Standardangebote hinaus weitgehend ignoriert.

Die skizzierten Widersprüche der Inhaftierung Drogenabhängiger sollen kurz mit Beispielen verdeutlicht werden:

- Eine außerhalb des Vollzuges begonnene, ärztlich indizierte Substitutionsbehandlung wird immer noch in vielen Fällen drinnen abgebrochen, entweder im kalten Entzug oder fachgerecht herunterdosiert. Die Gründe für eine Substitutionsbehandlung werden mit Beginn der Haft jedoch nicht hinfällig, sondern aus den oben beschriebenen Gründen eher dringender. Ein ärztlicher Kunstfehler?
- Ein weiteres Beispiel für die Schwierigkeit des Umgangs mit Drogenabhängigkeit besteht darin, daß sie in der Regel nicht lockerungsgeeignet sind (vgl. bundeseinheitliche VV). Die Praxis in in einigen Bundesländern (Niedersachsen und Hamburg), besteht darin, Lockerungen nach Kriterien der Auffälligkeit zu handhaben. Offenbar besteht sowohl in dieser Frage, als auch in der Frage der Eignung bzw. Ungeeignetheit von DrogenkonsumentInnen für den Offenen Vollzug ein Nord-Süd-Gefälle (vgl. Mentz 1998, S. 13). Eine Allgemeine Verfügung der Hamburger Justizbehörde stellt diesbezüglich klar, „daß eine Nichteignung nur dann vorliegt, wenn die Suchtgefährdung eine Flucht- oder Mißbrauchsgefahr begründet“ (Thiel 1997, S. 161). Gerade der o.g. Eingliederungsgrundsatz (§ 3 Abs. 3 StVollzG), wonach Probehandeln in der Freiheit ermöglicht werden soll, wird mit dem Hinweis auf die bestehende Suchtgefährdung verunmöglicht.
- Dasselbe gilt in der Regel für die vorzeitige Haftentlassung: Drogenabhängige werden in der Regel nicht nach Verbüßung von 2/3 der Haftzeit entlassen.

Schließlich stehen für gefangene Drogenabhängige in fast allen deutschen Strafanstalten – trotz bekannter erheblicher Ansteckungsrisiken mit den Hepatitiden und HIV – nicht die Schutzmöglichkeiten zur Verfügung, zu denen Drogenabhängige außerhalb des Vollzuges in der Regeln einen leichten Zugang haben: Sterile Spritzen sind draußen in allen Apotheken und vielen Drogenberatungsstellen zugänglich. Auch diesem Problem wird in den Anstalten mit dem Abstinenzprimat begegnet: Der Verweis auf eine Unterlassung des risikoträchtigen Verhaltens stellt jedoch lediglich einen moralischen Appell dar, der in der Regel an der Realität völlig vorbeigeht, weil er die Lebenswirklichkeit vieler drogenabhängiger Gefangener und die Haftbedingungen ignoriert.

Die Strafvollzugsbehörde hat für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen. Diese haben die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene zu unterstützen. Die Verpflichtung der Vollzugsbehörde trägt dem Umstand Rechnung, daß der Gefangene nicht in gleicher Weise wie in Freiheit Beeinträchtigung und Gefahren für seine Gesundheit begegnen kann (vgl. Callies/Müller-Dietz 1992, S. 360ff). Aufgrund des engen Zusammenlebens einer größeren Zahl von Menschen auf eng umschlossenem Raum gewinnt der Gesundheitsschutz für die Gefangenen an enormer Bedeutung: Die Unausweichlichkeit begrenzt die Schutzmaßnahmen und fördert damit in gewissem Maße die Verbreitung bestimmter Krankheiten (v.a. Infektionen).

Strukturelle Widersprüche des Strafvollzuges liegen darin begründet, daß in der totalen Institution keine freie Arztwahl existiert, die Eigeninitiative der Gefangenen bei Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit beschränkt und die Unmittelbarkeit ihrer Kontaktaufnahme mit dem Arzt begrenzt sind. Das bedeutet, daß das besondere Dienstverhältnis des beamteten Anstaltsarztes zur Strafvollzugsbehörde das in Freiheit vorhandene Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient grundsätzlich belastet (vgl. Romkopf 1991, S. 399f) und eher von einem ‘Zwangsverhältnis’ gesprochen werden muß. Die gesundheitliche Betreuung des Gefangenen liegt in der ausschließlichen Zuständigkeit und Verantwortung des Anstaltsarztes (vgl. Callies/Müller-Dietz 1992, S. 361f). In den VV zu § 56 findet sich der Hinweis: „Der Anstaltsarzt achtet auf Vorgänge und Umstände, von denen Gefahren für die Gesundheit von Personen in der Anstalt ausgehen können“. Der Strafvollzug soll Freiheit nehmen, nicht aber durch schlechtere medizinische oder psychosoziale Versorgung zusätzlich bestrafen. Der Vollzug einer Freiheitsstrafe

soll keinen zusätzlichen Schaden und schon gar keine irreversiblen gesundheitlichen Schädigungen anrichten. Die Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, d.h. medizinische und psycho-soziale Standards und Leitlinien der Medizin und der psycho-sozialen Dienste, sollen im wesentlichen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen und sich damit den freiheitlichen Bedingungen anpassen. Je stärker sich eine extramurale Drogen- und AIDS-Hilfepraxis entwickelt und bewährt, desto weniger kann sich der Strafvollzug diesen Standards verschließen. Der Unterschied zwischen dem Leben in der Anstalt und dem Leben draußen soll „nicht stärker als unvermeidbar" sein. Vermeidbar ist allerdings, den Gefangenen Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten zu verwehren, die außerhalb des Vollzuges bereits seit 10-15 Jahren zum therapeutischen oder Versorgungsstandards gehören. Schließlich erfordert auch der Grundsatz der Gegensteuerung (§ 3, Abs. 2StVollzG) eine realistische Abschätzung der gesundheitlichen und sozialen Risiken für drogenabhängige Gefangene und anstaltlicher Maßnahmen und Mittel der Risikovorsorge. Eine Gegensteuerung ist allein deshalb geboten, um Gefangene nicht lebensuntüchtiger aus dem Vollzug zu entlassen, als sie zum Zeitpunkt des Haftantritts waren: „Das ist das Minimum an vorbeugender Gesundheitsfürsorge, das im Vollzug zu leisten ist" (Alm-Merk 1998, S. 20ff). Die hohe Verbreitung infektionsrelevanten Drogenkonsumverhaltens im Vollzug und die gegenwärtig fast ausschließliche anstaltliche Orientierung der Unterstützungen auf Abstinenz als einzigem Behandlungs- und letztlich auch als Vollzugsziel („zukünftig ein Leben ohne Straftaten führen zu können") – zeigt jedoch ein enormes Maß an Divergenz und Realitätsausblendung.

Wenn auch der Vollzug außer der Überleitung in externe Behandlungseinrichtungen (nach §§ 35ff BtMG) keine kausalen Therapie anbieten kann, sollte er wenigstens Schutzvorkehrungen für existentielle Bedrohungen zur Verfügung stellen. Denn von einer auch unter Haftbedingungen fortgesetzten intravenösen Drogenkonsum vieler Abhängiger gehen die Mehrzahl aller Experten, einschließlich des Bundesgesundheitsamtes aus (BMG 1995). Aus diesem Grund hat auch bereits die AIDS-Enquete-Kommission des Bundestages bereits 1990 empfohlen, Gefangenen steriles Spritzbesteck verfügbar zu machen.

### 2.1.2 Lebensbedingungen inhaftierter Drogenabhängiger

Der Vollzug der Freiheitsstrafe innerhalb des Systems Gefängnis ist ein höchst widersprüchliches Praxis- und Politikfeld. Einer der Grundwidersprüche manifestiert sich in dem Vollzugsziel, als dem zentralen Anspruch des Gesetzgebers an den Vollzug der Strafe. Es sieht vor, daß der/die Gefangene im Vollzug der Freiheitsstrafe befähigt werden soll, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen. Dieses Ziel widerspricht der Vollzugswirklichkeit und vielen Erfahrungen, nach denen der Aufenthalt im Gefängnis statt resozialisierende eher entsozialisierende Wirkungen hat. Strukturelle Bedingungen prägen den Haftaufenthalt: Zwangsgemeinschaft, das Erleben des Gefängnisses als Totalität der Lebenssituation (Arbeit, Wohnung und Freizeitgestaltung der InsassInnen vollziehen sich an einem Ort), Verlust wichtiger Freiheitsrechte (u.a. auch freie Arztwahl), die unfreiwillige Delegation von Eigenverantwortung an anstaltliche Gegebenheiten fördert Versorgungsmentalität, Unselbständigkeit, Langeweile und Passivität: Selbstverantwortliche Entscheidungen werden den Insassen abgenommen und für die täglichen Bedürfnisse wie Ernährung, Kleidung und Unterkunft wird von Amts wegen gesorgt. Auch ist die aktive Gestaltung des eigenen Lebensraumes stark begrenzt, selbst Langstrafler können ihre Zellen kaum den eigenen Wünschen entsprechen eingerichtet werden.

Die Beziehungen zwischen Gefangenen und Bediensteten schließlich wird als Machtgefälle erlebt, in dem Kontrolle und Sicherung die Hilfsansätze dominiert.

Eine Nachfrage nach Drogen besteht gerade bei vielen drogenabhängigen Inhaftierten nach wie vor. Nur wenige Gefangene nutzen längere Haftstrafen für ein Erproben eines drogenfreien Lebens. Drogen dienen hingegen oftmals als zentrales Medium für eine Bewältigung der Haftsituation, die im betäubten Zustand besser ertragen werden kann als in einem nüchternen – zumal die Betäubung eine Konfrontation mit eigenen, überdeckten Problemen vermeiden hilft – eine Coping-Strategie, die es vielen erlaubt, sich nicht gerade im Vollzug mit inneren Erkenntnisprozessen zu beschäftigen, sondern sich der Gefängniswirklichkeit anzupassen.
Dort wo eine Nachfrage besteht, wird auch ein Angebot organisiert: Trotz Verbots sehen sich die Drogenabhängigen einem Angebot von Drogen innerhalb der Mauern gegenüber, das in manchen Strafanstalten bzw. zu manchen Zeiten nicht weniger reichhaltig ist, als das außerhalb (vgl. Koch/Ehrenberg 1992). Wenn Sucht in den Haftanstalten gelebt, organisiert und finanziert

wird, dann geschieht dies in vielen Fällen unter hochriskanten, z.T. lebensgefährlichen Bedingungen. Drogenbedingte Risiken und der Beschaffungsmechanismus werden also durch die Inhaftierung nicht grundsätzlich unterbrochen. Neue Abhängigkeiten von DrogenverkäuferInnen, Schulden, erzwungener Prostitution, Gewalt und erzwungenen Diensten wie Drogentransport, Weiterverkauf oder Drogenverwahrung werden geschaffen (vgl. beispielhaft für die JVA Butzbach Winchenbach 1996): „Als Folge davon setzen sich diese Insassen vielfältigen Belastungen aus, die psychische und physische Schädigungen nach sich ziehen können und haben darüber hinaus neben dem Risiko von zusätzlichen Haftstrafen, interne Disziplinarmaßnahmen verschiedener Härte zu gegenwärtigen. Die repressive Gefängniskultur verbunden mit dem vorhandenen Drogenangebot führt außerdem dazu, daß auf bewährte Verhaltensweisen aus der Drogenszene zurückgegriffen wird. Insbesondere kann belastenden inneren und äußeren Realitäten mit Hilfe von Rauschdrogen ausgewichen werden. Die Beschäftigung mit inneren Erkenntnisprozessen, die als unangenehm empfunden werden, und die Beschäftigung mit grundlegenden persönlichen Problemen kann so wirksam vermieden werden“ (vgl. Borkenstein 1991).

Dabei ist die Zugehörigkeit und das Verhältnis zur InsassInnenkultur für Gefangene von großer Bedeutung: Hier wird der Handel und der Konsum organisiert, sie gibt außerdem Identität und Rückhalt, sie stellt eine Art Schutz unter den extremen und oftmals bedrohlich empfundenen Bedingungen des Haftalltags dar. InsassInnenkulturen müssen als Selbst- und Gegenorganisationen verstanden werden, die in Teilen oder insgesamt den offiziellen Vollzugszielen diametral entgegengesetzt sind. Das subkulturelle Wertesystem drogenabhängiger Gegenkulturen im Vollzug bietet vor allem in Bezug auf den Drogenkonsum, -handel und -finanzierung Konfliktpotential mit den offiziellen Werten. Selbststärkende und selbstlegitimatorische Bedeutung kommt dabei dem bei vielen Drogenabhängigen verbreiteten fehlenden Unrechtsbewußtsein zu, weil das Straffälligwerden als „notwendig“ zur Finanzierung der eigenen Sucht und nicht mit dem Ziel der eigenen Bereicherung verstanden wird. Die Häftlingssubkultur Drogenabhängiger mit ihren Regeln, Werten und Normen basiert zu weiten Teilen auf diesem ideologischen Konstrukt und reagiert zudem hochflexibel auf Haftdeprivationen. Der Streit in der Strafvollzugsforschung (vgl. Dünkel 1996), ob die Häftlingssubkultur im Sinne einer kulturellen Übertragungstheorie einen Import entsprechender, ‘vorinstitutioneller’ Werte und szenetypischen Verhaltensweisen (d.h. aus der Lebenswelt vor der Inhaftierung) darstellt, oder ob sie

im Sinne eines Haftreaktionsmodells anstaltsspezifische Ursachen hat, muß danach mit „sowohl als auch“ beantwortet werden: Lebensweltspezifische Merkmale und Strukturen, drogen- und suchtbedingte Dynamiken werden mit in die Anstalten gebracht, aber sie erhalten dort, unter verschärften Bedingungen nochmals wieder eigene Ausprägungen. Traditionelle Gefängnissubkulturen sind weitgehend von einer intramuralen Drogenszene abgelöst worden. Das noch Anfang der 70er Jahre festgestellte intramurale traditionelle subkulturelle Werte- und Normensystem (Harbordt 1972) ist aufgelöst und vom illegalen Drogenmarkt absorbiert worden (vgl. Kaulitzky 1993). Die Veränderungen des Drogenkonsums und der drogenbedingten Gefährdungen reflektieren auch in den neuereren Beiträgen über gefängnistypische Subkulturen eher die Situation in den späten 70er Jahren (vgl. auch Kreuzer 1998, S. 198ff).

Die Verarbeitung der Inhaftierungssituation äußert sich oftmals in psychischen und physischen Krankheitssymptomen und Verhaltensdispositionen, wie Regression, Realitätsflucht und Passivität. Drogenabhängige und -gefährdete Personen sind besonders mit diesen Inhaftierungsfolgen belastet, weil bei ihnen keine adäquate Behandlung der vorliegenden Krankheit stattfindet, stattfinden kann. Aber auch Gefangene, die bislang wenig mit illegalen Drogen zu tun hatten, sind oftmals gefährdet, mit dem Konsum illegaler Substanzen zu beginnen (vgl. Feest 1989, S. 17ff).

Inhaftierte Drogenabhängige sind im Vollzug zumeist als eine weitgehend geschlossene Untergruppe anzusehen, die zu den übrigen InsassInnen nur sehr sporadische Kontakte unterhalten (vgl. auch Knapp 1996, S. 149). Die Stellung Drogenabhängiger in der InsassInnen-Hierarchie ist zumeist unten angesiedelt: Die Organisation des Drogenkonsums, der Beschaffung, des Verkaufens von Gegenständen verbunden mit Schuldenmachen und -eintreiben, Erpressungen schafft ein Klima von Hektik, Dynamik, oftmals auch Gewalt, das als völlig von Drogen dominiert von nicht, oder noch nicht, oder nicht unmittelbar betroffenen Gefangenen wahrgenommen wird. Die Dominanz der Drogenökonomie im Vollzug hat natürlich Auswirkungen auch auf alle nicht-drogenkonsumierenden Gefangenen: schärfere Kontrollen der Zellen, des Besuchs, des eigenen Körpers, der Post, Pakete, Schwierigkeiten bei der Erlangung von Lockerungen, betreffen natürlich auch sie, weil sie ebenfalls verdächtigt werden, für auffällig gewordene Drogenabhängige Drogen in den Vollzug zu schmuggeln.

Im Rahmen unserer Studie „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ (s. Kapitel 4) haben wir in den Haftanstalten für Frauen in Vechta und der Männerhaftanstalt in Lingen I Abt. Groß-Hesepe u.a. auch Gruppengespräche mit nicht-drogenabhängigen Gefangenen geführt, um die innere Dynamik der Beziehungen zwischen ihnen und den drogenabhängigen Gefangenen zu analysieren. Auch hierin wird die Dominanz des Drogenproblems als zentral geschildert: Grundsätzliche Verängstigungen und Verunsicherungen stehen dem oftmals erstmalig im Leben erlebten Phänomen Drogenabhängigkeit gegenüber. Viele Gefangene hatten den Eindruck, daß mit DrogenkonsumentInnen im Vollzug und ihren Fehlhandlungen großzügiger umgegangen wird. Ein sehr negatives Menschenbild über Drogenabhängige herrschte bei vielen nicht-drogenabhängigen Gefangenen vor: destruktiv, desinteressiert, hygiene- und gesundheitsunbewußt bis selbstverantwortungslos und sozial unzuverlässig. Der universale Einfluß des Drogenkonsums und seine verdeckten Organisationsstrategien auf ihre Lebensmöglichkeiten im Vollzug wird deutlich an den Kontrolltätigkeiten und Sicherheitsvorkehrungen. Das Verhältnis zu den Drogenabhängigen ist durch Mißtrauen, Distanzierungswünsche, Gefühle des Ausgeliefertseins, Diskriminierungsgedanken und z.T. gewalttätige Ablehnung gekennzeichnet. Diese Beobachtungen werden auch für den Hamburger Strafvollzug bestätigt: Nicht-Drogenabhängige fühlen sich „beiseite geschoben“ und vernachlässigt. „Immer wieder ist zu hören: ‘Müssen wir denn erst Drogen nehmen, bis sich einer um uns kümmert?’ Diese subjektiven Wahrnehmungen mögen häufig überzogen sein; es lassen sich aber in der Tat nachprüfbare Veränderungen des Vollzugsalltags auch für nichtabhängige Insassen feststellen“ (Kommission 1995, S. 24).

Aber auch wenn Drogenabhängige einen Konsumpause einlegen wollten, können sie bzw. Ausstiegswillige in der totalen Institution Gefängnis der InsassInnen- und Drogensubkultur kaum ausweichen: Zwangsgemeinschaften, die durch destruktive und hierarchische Kommunikations- und Machtformen gekennzeichnet sind und die kein Milieu für eine so grundsätzliche Verhaltensänderung, wie die Aufgabe des Drogenkonsums sind. Die negativen Auswirkungen dieser Gefängniswelt, vor allem Unselbständigkeit und mit der Haftdauer zunehmende Lebensuntüchtigkeit, wirken eher verstärkend auf das Suchtverhalten, fördern eher Anpassung als Aufbruch aus

gewohnten – und in mancher Hinsicht auch funktionalen, die Haftsituation durch Drogenkonsum bewältigenden Verhaltensweisen.

Differenzierte Unterbringungsformen, die den unterschiedlichen Bedürfnissen (ehemals) drogenabhängiger Gefangener entgegenkommen, werden in mehreren Anstalten erprobt, weil diese z.T. auch von den Gefangenen selbst gewünscht werden. Für Gefangene, die überwiegend abstinent bleiben wollen (dies in sog. ‚drogenarmen oder drogenfreien Bereichen' durch negative Urin-Kontroll-Tests z.T. auch nachweisen), werden ebenso eigene Bereiche geschaffen werden, wie für etwa Behandlungsmotivierte, die sich für eine externe drogenfreie Therapie entscheiden oder sich über den offenen Vollzug auf die Entlassung vorbereiten. Oftmals handelt es sich bei der Belegung dieser Stationen um Drogenabhängige, die hoch verschuldet sind, und aus Gründen des Schutzes vor körperlichen Übergriffen von Drogenhändlern dort untergebracht sind.

Trotz antagonistischer Interessen und hierarchischer Strukturen entsteht notgedrungen eine weitere wichtige und intensive Beziehung der InsassenInnen zu den BeamtInnen des allgemeinen Vollzugsdienstes. Beide Seiten erleben die Notwendigkeit einer Kooperation und Kommunikation, die den Vollzugsalltag erträglich und weniger feindselig macht.

#### 2.1.2.1 Zur sozialen Lage drogenabhängiger Inhaftierter

Die wenigen sozialbiographischen Daten, die uns über Gefangene und dann über drogenabhängige Gefangene zur Verfügung stehen, zeigen, daß letztere über nochmals schlechtere Ausgangspositionen verfügen. Dünkel (1996) berichtet von seiner empirischen Studie über StrafvollzugsinsassInnen in Schleswig-Holstein und Berlin, daß 62% der Männer und 56% der Frauen ihr Einkommen überwiegend aus Arbeitslosengeld/-hilfe oder Sozialhilfe beziehen. In unserer eingangs erwähnten Studie zur 'Infektionsprophylaxe im Nds. Justizvollzug' liegen diese Zahlen bei drogenabhängigen Gefangenen noch höher: 75,6% der Männer waren unmittelbar vor Haftantritt abhängig von staatlichen Unterstützungsleistungen bzw. verfügten über keine regelmäßigen Einkünfte, bei den Frauen waren es 61,7%. Nur 21,6% der Männer und 11,7% der Frauen beziehen ein eigenes Einkommen.
Diese Zahlen verdeutlichen das hohe Maß an Ausgrenzung aus gesellschaftlich anerkannten Arbeits- und damit Lebensbezügen. Entsprechend desolat stellt sich auch die schulische und berufliche Ausbildungssituation dar: Wäh-

rend etwa die Hälfte der Frauen noch über einen Grundschulabschluß und ein Viertel sogar über einen Realschulabschluß verfügt, hat über zwei Drittel der Männer lediglich einen Hauptschulabschluß. Nur ein kleiner Teil hat eine Lehre abgeschlossen: 21,3% der Frauen, 28,5% der Männer.
Bei den Angaben zur Wohnsituation in unserer Studie offenbarte sich ein nicht unerheblicher Anteil von Männern (16,2%) und Frauen (22%), die unmittelbar vor Haftantritt entweder obdachlos, ohne festen Wohnsitz oder wechselnden Übernachtungsplätzen oder in betreuten Zusammenhängen lebten.
Indikatoren für eine soziale Eingebundenheit während der Haftzeit sind die sozialen Kontakte nach außen: Ein Hafturlaub wird von 1/3 der Befragten bestätigt, Besuch erhalten 50% der Insassinnen und 35% der Insassen.
Dünkel (1996, S. 37f) berichtet aus seiner empirischen Untersuchung von einer hohen durchschnittlichen Verschuldungssituation der Inhaftierten: ca. DM 25.000 bei den Frauen und DM 35.000 im Männervollzug. Zu dem hohen Schuldenaufkommen kommt hinzu, daß es in den meisten Anstalten an qualifiziertem Personal für eine Schldenregulierung fehlt, so daß die meisten Gefangenen keine Chance haben, jemals wieder in geordneten finanzielle Verhältnissen Lebensperspektiven zu entwickeln.

### 2.1.3 Drogensubkulturen und Kontrollpolitik im Strafvollzug

Der zunehmende Drogengebrauch hat erhebliche Auswirkungen auf das System Gefängnis: Drogen werden zur zentralen Währung und Medium der Gefangenensubkulturen; viele Alltagsaktivitäten der Gefangenen sind deshalb gerichtet auf: Beschaffung, Schmuggel, Konsum, Verkauf und Finanzierung von Drogen. Drogen sind knapp, meistens minderwertiger und teurer als draußen. Da der Arbeitsverdienst der Gefangenen zur Finanzierung der Drogen nicht ausreicht, und viele Drogenabhängige ohnehin nicht in den Arbeitsprozeß integriert sind, werden andere Wege der Drogenbeschaffung – bzw. Finanzierung gesucht (vgl. auch Stuhlmann 1997):

- Freunde, Angehörige, Bekannte außerhalb der Anstalt werden um Unterstützung gebeten,
- Dienste gegen Entgelt für andere: Drogenschmuggel, -verkauf und -verteilung innerhalb der Anstalt, Prostitution
- Geldleihen bei Mitgefangenen,
- Verkauf eigener Wertgegenstände,
- Diebstähle

- Gewalt
- Sexuelle Dienstleistungen als Gegenwert für Drogen.

Entsprechende Bemühungen zur Reduzierung des Drogenangebots erfolgen auf Seiten der Anstalt: Durchsuchung von Körpern, Haft- und Gemeinschaftsräumen, Kontrolle der Post, zum Teil mit Entkleidung verbundene Durchsuchungen von Gefangenen nach Rückkehr vom Ausgang oder Urlaub, sowie nach Besucherkontakten, streng kontrollierter und überwachter Besucherempfang, Urinkontrollen, der Einsatz von Drogenspürhunden. Trotz aller Maßnahmen zur Angebotsverknappung werden jedoch nur verschwindend geringe Mengen an Drogen sichergestellt[5]. VerfechterInnen eines liberalen Strafvollzugs geraten in einen Widerspruch zu ihren Ansprüchen: Drogenkonsum und die Bemühungen der Unterbindung des Handels machen ihre Öffnungsansätze z.T. problematisch. Überhaupt ist die vollzugliche Situation durch die hohe Anzahl von drogenabhängigen Gefangenen und ihrem szenetypischen Verhalten so nachhaltig verändert worden, daß nach neuen Wegen des Umgangs mit den Betroffenen gesucht werden mußte, da deutlich wurde, daß ihnen mit den traditionellen Behandlungsangeboten wie Arbeit, Ausbildung und Freizeit nicht geholfen werden konnte.

Verschärfte Kontrollen ziehen wieder differenzierte Gegenstrategien nach sich: Das Einschmuggeln wird zunehmend auf unverdächtige, nicht-drogenabhängige Gefangene verlagert (vgl. bestätigend Knapp 1996, S. 329), die unter Druck gesetzt werden, den Drogen als Mittelspersonen zu beschaffen und zu transportieren. „Diesem jedem Kontrollsystem mitgegebenen Verschiebungseffekt kann nur dadurch ansatzweise begegnet werden, daß die erforderlichen gezielten Maßnahmen möglichst weitgehend durch zufallsstichprobenartige Kontrollen flankiert werden“ (Justizminister Schleswig-Holstein 1995, 6f), d.h. eine Kontrolle der Kontrolle.
Die Wege der Drogen in die Anstalt sind jedoch vielfältig, so geben die Befragten in der Untersuchung von Knapp (S. 329) folgende Möglichkeiten an: Besuche, Urlaub, Ausgang, Ausführung, Freigänger, ‚Schlepper’ (nicht-drogenkonsumierende Gefangene), Reinigung, Mauer, Beamte, Staatsanwalt, Pakete/Post, Warenlieferung. Er kommt zu dem Schluß, „...daß wohl alle Umstände, aufgrund derer ein auch nur entfernter mittelbarer Kontakt zwischen Gefangenen und der freien Gesellschaft denkbar erscheint, geeignet

5 Das BKA gibt die Heroinfunde in Justizvollzugsanstalten für 1992 beispielsweise für Heroin mit 1185 g an, für Cannabis mit 6006 g (vgl. Walter 1994: 122)

sind, einen Weg für Drogen in Justizvollzugsanstalten zu eröffnen...“ (Dies ...läßt den Schluß zu, daß durch eine auch noch so intensive Forcierung restriktiver Maßnahmen zur Verhinderung des Einführens von Drogen in Justizvollzugsanstalten kaum ein Effekt zu erzielen sein wird, der in einer derart weitgehenden Reduzierung der Rauschmittelzufuhr besteht, daß man von einer faktischen Eliminierung des durch intravenösen Drogenkonsums verursachten HIV-Übertragungsrisikos im Strafvollzug wird ausgehen können.“ (S. 338)

## 2.2 Prävalenz und Bedingungen des Drogenkonsums

### 2.2.1 Prävalenz von Drogenkonsum

Die Verbreitung von hochriskantem Drogenkonsum und drogenbedingten Erkrankungen in Gefängnissen stellt in Europa und weltweit ein ernstes Problem für die Gesundheitsfürsorge und die Sicherheit in den Gefängnissen dar (vgl. Übersicht: Shewan/Davies 2000; Rotily/Weilandt 1999)[6] Die Kriminalisierung von DrogengebraucherInnen hat dazu geführt, daß viele von ihnen während ihrer Drogenkarriere einmal oder mehrfach aufgrund von Drogen- oder Drogenbeschaffungsdelikten inhaftiert werden.

Mehrere Studien für Deutschland (Koch/Ehrenberg 1992; 53; Kleiber/Pant 1996; Hartmann u.a. 1994, S. 180) weisen übereinstimmend aus, daß die von ihnen befragten DrogengebraucherInnen zu etwa zwei Dritteln Hafterfahrun-

---

6 Für die Schweiz wurde der durchschnittliche Insassenbestand aufgrund von Btm-Delikten von 1985-1991 zwischen 1170 und 1370 festgestellt, was 33-37% der Verurteilten (d.h. ohne U-Haft) entspricht (vgl. Bundesamt für Statistik 1998). Für einzelne andere Länder werden folgende Prozentzahlen für den geschätzten bzw. ermittelten Anteil von DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug genannt: in Canada berichten 11% einer Studie in verschiedenen Haftanstalten (N=4765) von intravenösem Drogenkonsum (Jürgens 1997, S. 55), Frankreich 35-40% (Gentilini 1997, S. 14), Italien 19 - 32%, Niederlande 33-50% (Hurk 1998, S. 6;), obwohl nur ca. 10-15% intravenös DrogenkonsumentInnen sind (De Jongh-Weith/Schepp-Beelen 1994), Norwegen 44%, Österreich 5-10% (Pont/Kahl/ Salzner 1994, S. 170), Schweiz 33-37% (Bundesamt für Statistik 1998, S. 57, Estermann 1997, S. 120; Nelles u.a. 1995, S. 28), Schottland 18 - 27,5% (Karger 1996, S. 5), Spanien 44% mit einem sehr hohen Anteil von HIV-infizierten drogenabhängigen Gefangenen (vgl. Balzer-Ickert 1997), Irland 30-40% der Männer und 60-70% der Frauen (Dooley 1998, S. 6) lt. Einer jüngeren Untersuchung geben 50% Opiatgebrauch im Vollzug an, davon 43% intravenösen Konsum (Ingle 1999). Für die Verbreitung von i.v. Drogenkonsums und needle sharing in den Gefängnissen von New South Wales/Australien führt Levy (1999, S.7) folgende Zahlen an: „...in 1996, 21% of men and 32% of women reported that they had injected drugs in prison ... Of those who had injected in prison, 69% of men and 64% of women reported that they had shared needles.“

gen hatten – durchschnittlich mehr als 12 Monate. Empirische Befunde zeigen auf, daß DrogengebraucherInnen längere Haft- als Therapiezeiten aufweisen (AMSEL-Studie 1991, 342 ff; Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1997/9).
Das Gefängnis wird also im Verlauf der Drogenkarriere unter den Bedingungen der selektiven Prohibition phasenweise zur dominanten Lebenswelt vieler der geschätzten 100-150.000 KonsumentInnen von Spritzdrogen (v.a. Heroin, Kokain).

Was die Entwicklung der Zahl der Drogenabhängigen im Vollzug angeht, so zeigt bereits die Auswertung der ausschließlich aufgrund von Drogendelikten einsitzenden Personen eine erhebliche Zunahme in den letzten 20 Jahren: Dünkel (1996) errechnete, daß die Strafvollzugspopulation 1970 nur einen Anteil von 0,2% drogenabhängiger Inhaftierter aufwies, während 1990 bereits 10,2% der Inhaftierten nur aufgrund von Drogendelikten einsaß.
Nach einer neueren Auswertung der Verurteilungsgrundlagen Inhaftierter durch das Statistische Bundesamt beträgt der Anteil derjenigen, die aufgrund eines Drogendeliktes verurteilt und in der Regel inhaftiert wurden am Stichtag 31.3.96 12,9% (6.277) der Strafvollzugspopulation von 48.728[7]. Diese Zahl wird nicht weiter spezifiziert. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, daß es sich bei dieser Zahl nur um DrogenkonsumentInnen bzw. -abhängige handelt – zum einen sind auch Händler/Kuriere erfaßt, zum anderen sind auch Verstöße im Zusammenhang mit diversen Drogen (Cannabis etc.) Gegenstand der Verurteilung, deren Konsum auch in Haft weniger gesundheitliche und soziale Schädigungen mit sich bringt, als Drogen, die ein hohes körperliches Abhängigkeitspotential besitzen (Heroin). Andererseits werden viele Drogenabhängige aufgrund ihrer Beschaffungskriminalität verurteilt, d.h. in den beiden größten Deliktarten Diebstahl (25,5%) und Raub/Erpressung (14%) findet sich eine unbekannte Zahl von DrogenkonsumentInnen wieder.

Genauere Bestimmungen dieser Dunkelziffer, d.h. des tatsächlichen Anteils Drogenabhängiger im Vollzug lassen sich aus unterschiedlichen Gründen für die gesamte Bundesrepublik nicht vornehmen. Zum einen ist unklar, wovon die Berechnungen in den Anstalten bzw. Justizministerien ausgehen: von der medizinischen Evidenz eines Drogenkonsums (welchen, mit welcher Häu-

---

7 Über die Zahl der Drogenabhängigen in den U-Haftanstalten Deutschlands liegen keine gesonderten Daten vor. Allgemein werden die Schätzungen bzgl. der Strafhaft auf die U-Haft übertragen.

figkeit und Intensität?) oder der Auswertung der Personalakten[8] – die Daten müssen nicht notwendigerweise übereinstimmen. Zum anderen gibt es keine kritisch reflektierte Zusammenschau aller Stichtags-Daten der einzelnen Bundesländer über die geschätzte bzw. ermittelte Zahl der Drogenabhängigen im Vollzug. Der Anteil Drogenabhängiger ist sehr unterschiedlich in den einzelnen Haftformen (Untersuchungshaft, Jugendhaft, Strafhaft für Erwachsene etc.), den Einzugsbereichen der Anstalten und in Hinblick auf Geschlechterspezifik – der Anteil drogenabhängiger Frauen in den Justizvollzugseinrichtungen macht oftmals über 50% aus, während der der Männer geringer zu sein scheint.
Schließlich muß ein ebenfalls unbekannter Anteil von GebraucherInnen erwähnt werden, die erst in der Haft mit ihrem Drogenkonsum beginnen[9]: Gore/Bird/Ross (1995) fanden in einer Untersuchung in zwei schottischen Gefängnissen heraus, daß 25% der i.v. Drogenkonsumeten in Glenochil und 6% derjenigen in Barlinnie berichteten, in Haft mit dem i.v. Drogenkonsum begonnen zu haben. Nach einer Studie in Vollzugsanstalten in mehreren europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien, Portugal, Schweden; 1-9 Befragungsorte) liegt die Zahl der Befragten, die angaben im Vollzug mit dem Spritzdrogengebrauch begonnen zu haben zwischen 5 und 15% (European Network ... 1998). Ingle (1999) berichtet aus einer Untersuchung irischer Gefangener, daß jeder fünfte Drogenkonsument angibt, im Gefängnis mit dem Drogenkonsum begonnen zu haben.

Insgesamt geht man von einer Zahl von etwa 10-20.000 inhaftierten Drogenabhängigen aus, d.h. etwa jede/r dritte bis sechste Gefangene in Deutschlands Strafhaftanstalten ist trotz scharfer Kontrollen entweder gegenwärtig noch (mit unterschiedlichen Konsummustern und -frequenzen) oder war bis vor kurzem KonsumentIn oder HändlerIn illegaler, und hier vor allem intravenös applizierter Drogen[10]. Das Drogenangebot ist dabei von Anstalt zu

---

8 Quensel/Kolte/Nolte (1995, S. 44) fanden bei einer Untersuchung der Deliktstruktur im Bremer Strafvollzug (einschl. U-Häftlinge), daß bei 24% von 396 Gefangenen unterschiedliche BtMG-Delikte die Grundlage der Inhaftierung bildeten. Damit erreichten die BtM-Fälle fast die Zahl der Diebstähle (26%) und übertrafen sämtliche andere Deliktsbereiche

9 In einer in fünf englischen Haftanstalten durchgeführten Studie mit 148 befragten Gefangenen, gab jeder Fünfte an, Heroin zum ersten Mal in Haft konsumiert zu haben (Edgar/O'Donnell 1998, S. 2)

10 Kreuzer (1994) schätzt den Anteil der Drogenabhängigen auf 20-50%. Kern (1997, S. 90) gibt an, daß das Justizministerium Baden-Württemberg für 1995 von einem Anteil drogenkonsumierender Gefangener zwischen 5-26% ausgeht. Hinzuzufügen ist allerdings, daß nach Angaben der Anstaltsärzte in Baden-Württemberg bereits ein Drittel aller zugehenden

Anstalt und z.T. auch innerhalb der Anstalt in verschiedenen Haftformen, etwa in der U-Haft verschieden (vgl. Knapp 1996, S. 271 u. 275).

Schätzungen des BMGs gehen dahin, daß ca. 40% der angenommenen 20.000 DrogengebraucherInnen den Konsum illegaler Drogen in Haft fortsetzen. Langjährigen Beobachtungen von Vollzugsverläufen in Berliner Haftanstalten zufolge wird der Anteil derjenigen Gefangenen, die auch während des Vollzuges regelmäßig weiter intravenöse Drogen konsumieren auf mindestens ein Drittel aller Gefangenen geschätzt (Peschel-Gutzeit 1997). Koch/Ehrenberg (1992), Weilandt (1997), Weild u.a. (1998) fanden übereinstimmend, daß etwa die Hälfte der von ihnen Befragten ihren Drogenkonsum in Haft fortsetzt (vgl. auch Knapp 1996, S. 269; hier: 2.2; bestätigend in der Untersuchung der Strafanstalt Realta/Schweiz auch: Nelles/Fuhrer/Vincenz 1999).

Eine Studie über Aktivitäten zur Nachfragereduzierung im Strafrechtssystem in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union kommt zu dem Schluß daß ein Drittel der gesamten Strafvollzugspopulation als problematische DrogenkonsumentInnen angesehen werden können (Turnbull/Webster 1997, S. 7).

Schließlich gehen internationale Gremien (UNO, WHO, European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison) davon aus, daß etwa ein Drittel bis die Hälfte der 300 000 InsassInnen europäischer Gefängnisse Erfahrungen mit problematischen Drogengebrauch besitzt. Berücksichtigt man die durchschnittlichen Durchlaufzahlen, dann ergibt sich eine Zahl von etwa 600.000 Menschen, die mit dem System Strafvollzug jährlich in Kontakt kommen (Kingma/Goos 1997, S. 5)

Mehrere Indikatoren sprechen seit Mitte der 80er Jahre für eine Zunahme der Zahl der DrogenkonsumentInnen außerhalb des Vollzuges[11]. Parallel dazu ist auch eine Zunahme der wegen Betäubungsmitteldelikten verurteilten Strafgefangenen in den Vollzugsanstalten Deutschlands festzustellen:

---

Gefangenen von illegalen Drogen abhängig ist und bei ca. 20% von ihnen ein Entzug durchgeführt werden muß (Kern 1997, S. 91).

11 V.a. die Zahl der erstmalig auffällig gewordenen ErstkonsumentInnen, Zahl der polizeilich ermittelten Drogendelikte, Sicherstellungsmengen (vgl. Jahrbuch Sucht 1997),

**Tab. 1: Strafgefangene und Sicherungsverwahrte nach dem BtMG verurteilt. Stichtagserhebung zum Strafvollzug (jeweils 31. März; bis 1991 auf das frühere Bundesgebiet; Ergebnisse für 1997 liegen noch nicht vor)[12]**

| Früheres Bundesgebiet | | | | Deutschland | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1977 | 1981 | 1986 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
| 1 869 | 3 778 | 3 604 | 4282 | 5 092 | 5 459 | 5 690 | 5 812 | 6 277 |

In den letzten 10 Jahren (1986-1996) ist eine Zunahme von 43% derjenigen Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten festzustellen, die nach dem BtMG verurteilt sind[13].

Die Zahl derjenigen Gefangenen, deren Strafvollstreckung nach dem § 35 im Zeitraum von 1985-1995 zurückgestellt worden ist, ist zwar um das dreifache angestiegen (von 855 im Jahre 1985 auf 2610 im Jahre 1995[14]), gleichwohl macht dies lediglich einen kleinen Teil derjenigen DrogenkonsumentInnen aus, die pro Jahr die Gefängnisse durchlaufen. Bei den Zahlen in Tab. 1 handelt es sich um eine Stichtagsuntersuchung, gegenüber einer Jahresstatistik bei den nach § 35 (Zurückstellung der Strafvollstreckung) aus dem Vollzug in die Therapieeinrichtung entlassenen DrogenkonsumentInnen.

**Tab. 2: Aussetzung des Strafrestes nach §35 BtMG (Zurückstellung der Strafvollstreckung) bei Gefangenen und Verwahrten in den Justizvollzugsanstalten (1985-1995); bis 1992 auf das frühere Bundesgebiet**

| 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992*# | 1993# | 1994 | 1995 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 855 | 882 | 924 | 1 104 | 1 228 | 1 280 | 1 608 | 1852 | 2 285 | 2 409 | 2 610 |

* einschl. Berlin-Ost
\# Für Hamburg Ergebnisse aus 1991

Krumsiek (1992) weist darauf hin, daß sich die Zahl der Drogenabhängigen im nordrhein-westfälischen Strafvollzug innerhalb der letzten 10 Jahre ver-

12 Quelle: Rechtspflegestatistik des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden

13 Der Einbezug der fünf neuen Bundesländer in die Statistik seit 1991 dürfte kaum ins Gewicht fallen, weil dort die Verurteiltenzahlen nach dem BtmG sehr gering sind.

14 Quelle: Statistisches Bundesamt: Jahresgeschäftsstatistik der Justizvollzugsanstalten zum 31.12.95 (Fachserie 10, Reihe 4.2 1995, Tab. 1.3: Bestand und Bewegung der Gefangenen und Verwahrten in den Justizvollzugsanstalten, 1.3. Art der Zugänge und Art der Abgänge 1985-1995.

doppelt hat. Laut dem Leitenden Arzt des JVK Fröndenberg Riekenbrauck (1996) wird für NRW zum Stichtdatum Dezember 1995 die Zahl der drogenabhängigen Männer in den Haftanstalten mit 25% und die Zahl der drogenabhängigen Frauen mit 38% angegeben.

In einzelnen Anstalten werden immer wieder Schätzungen, Analysen der Gesundheits- oder Personalakten durchgeführt, um den Anteil drogenkonsumierender zu ermitteln. Einen neuen methodischen Weg beschreitet Kern (1997) mit einer Informantenbefragung über den Drogenkonsum anderer Gefangener in der JVA Bruchsal: Danach waren ca. 60% der 400 Gefangenen Drogenkonsumenten, wobei ca. 85% weiche und 15% harte Drogen konsumierten.

Quensel/Kolte/Nolte (1995, S. 44) fanden bei einer Untersuchung der Deliktstruktur im Bremer Strafvollzug (einschl. U-Häftlinge), daß bei 24% von 396 Gefangenen unterschiedliche BtMG-Delikte die Grundlage der Inhaftierung bildeteten. Damit erreichten die BtM-Fälle fast die Zahl der Diebstähle (26%) und übertrafen sämtliche andere Deliktsbereiche. In Berlin geht man davon aus, daß sich annähernd 10% (d.h. etwa 600 bis 700) der Berliner Drogenabhängigen regelmäßig in Haft befinden. Mindestens ein Drittel der intravenös drogenabhängigen Gefangenen konsumiert langjährigen Beobachtungen von Vollzugsverläufen zufolge auch während des Vollzuges regelmäßig weiter (Peschel-Gutzeit 1997). Die Therapieeinrichtungen (nach § 35 BtMG) gehen in der Regel von der Fortsetzung des Drogengebrauchs aus: Sie verlangen eine Entzugsbehandlung vor Therpiebeginn.
Für die Justizvollzugsanstalt Hannover haben Göttinger u.a. (1994) Daten zusammengestellt: Danach waren von allen 1.057 Neuzugängen im Jahre 1992, 26% als KonsumentInnen illegaler Drogen diagnostiziert. Bestätigt wird diese Quote durch eine Stichtagserhebung am 12.7.93, wonach von insgesamt 838 Gefangenen 26,5% drogenabhängig waren. In der JVA für Frauen in Vechta ist der Anteil suchtmittelabhängiger oder -gefährdeter Frauen von 17,7% im Jahre 1987 auf ca. 50% im Dezember 1994[15] angestiegen. In der zweiten Anstalt, die am Pilotprojekt teilnimmt, der JVA für Männer Lingen I Abteilung Groß-Hesepe, wurden vom Suchtberatungsdienst am Stichtag 30.6.1994 insgesamt 144 Gefangene mit Suchtproblematik (von 205 Gefangenen insgesamt) gezählt, davon wiesen 103 eine Drogen-, drei eine Medikamenten- und 39 eine Problematik auf. Von den 103 Gefangenen mit

15 Laut Angabe des Anstaltsleiters bei 165 Inhaftierten.

allgemeiner Drogenproblematik konsumierten ca. 63% regelmäßig intravenös Heroin.

Diese Entwicklung einer zunehmenden Verbreitung intramuralen Konsums illegaler Drogen verändert zunehmend die Gefängniswelt: Das auch durch die Haftbedingungen induzierte Drogenkonsumverhalten und -setting im Vollzug ist die Ursache für eine Vielzahl gesundheitlicher aber auch sozialer Probleme der DrogenkonsumentInnen. Die Bundesministerien für Gesundheit und der Justiz (1995) gehen sogar bis zu der Einschätzung, daß die Drogenproblematik die Grundsätze des Behandlungsvollzuges erschüttert. Auch im Hamburger Kommissionsbericht „Infektionsprophylaxe im Strafvollzug" (1995) wird die Einschätzung geteilt, daß in vielen Anstalten das Drogenproblem so beherrschend ist, daß andere Vollzugsziele in den Hintergrund gedrängt werden.

Das Gefängnis bildet spiegelbildlich gesellschaftliche Probleme und individuelle Notlagen ab und muß im Rahmen seiner Möglichkeiten darauf reagieren. Z.B. auf die Verbreitung des Konsums illegaler Drogen mit all seinen Folgeerscheinungen: Drogentod, Drogennotfall, Zunahme der Zahl der DrogengebraucherInnen, Händlerhierarchien, Schulden, verunreinigte und gestreckte Stoffqualität mit unkalkulierbaren Reinheitsgehalten, Infektionsrisiken (HIV und die Hepatitiden) durch gemeinsamen Gebrauch insterilen Spritzbestecks, da offiziell keine sterilen Spritzen im Vollzug erhältlich sind. Das Gefängnisambiente unterstützt vor allem unsauberes Spritzverhalten: Insbesondere Neuzugänge scheinen, bevor sie im Haus Verbindungen aufgebaut haben, auf Spritzentausch angewiesen zu sein. Leudsen und Stark (1992, S. 715) berichteten, daß es unter dem Eindruck von AIDS bei vielen Drogenabhängigen zur signifikanten Risikoreduktion bei der Drogeninjektion gekommen sei. Allerdings bleibe als Problem, daß bei vielen i.v. Drogenabhängigen die präventiven Verhaltensweisen nicht konsequent durchgehalten würden. Von den Faktoren, die dabei zeitstabilen risikoarmen Verhaltensweisen entgegenstünden, treffen mehrere exakt auf die Situation zu Beginn der Inhaftierung zu: die Nichtverfügbarkeit von eigenem Spritzbesteck bei beginnenden Entzugserscheinungen, Nichtverfügbarkeit von Spritzbesteck zu Beginn der Haft, Angst vor Strafverfolgung bei Spritzenbesitz.

**Vorläufige Schlußfolgerungen:**

Die Diskrepanz zwischen hoher Haftbelastung und relativ geringer Therapieerfahrung bei Drogenabhängigen läßt mehrere Schlußfolgerungen zu:

1. Die gesetzgeberisch bezweckte Umsetzung des Mottos „Therapie statt Strafe“ kann gemessen an der Realität der DrogenkonsumentInnen in Haft als nur unvollkommen realisiert betrachtet werden. Die unter anderem bezweckte Entlastung von Strafvollzugseinrichtungen in Bezug auf drogenabhängige Inhaftierte konnte nicht umgesetzt werden.
2. Erfahrungen von repressivem Umgang mit den subjektiven Konsequenzen des Drogenkonsums überwiegen die hilfeorientierten Erfahrungen mit umfangreichen sozialen und gesundheitlichen Folgen.
3. Es kann davon ausgegangen werden, daß die enormen Haftbelastungen weitreichende gesundheitliche Belastungen zur Folge hatten und gegenwärtig möglicherweise noch haben. Die Erfahrungen der Fremdplazierung und -bestimmung während der Inhaftierung wirken sich auf das eigene Verantwortungsgefühl und -verhalten in Bezug auf Gesundheitshandeln und Körperwahrnehmung aus. Das kann sich sowohl ausdrükken in einem möglicherweise fortgesetzten Drogengebrauch unter unhygienischen und gesundheitsschädigenden Bedingungen, in dem Risiko einer Überdosierung und Drogentod unmittelbar nach Haftentlassung, als auch in Prozessen der Selbstaufgabe und fortgesetzter Selbstdestruktion und zunehmender sozialer Verelendung im eigenen Umgang mit den Folgen chronischer Erkrankungen (HIV/AIDS und Hepatitis-Infektionen). Fortgesetzte Kriminalität und anschließende Haftepisoden kumulieren diese Entwicklungsverläufe. Die genannten individuellen Bedingungen stellen wiederum eine differenzierte Anforderung an resozialisierende und behandlungsorientierte Maßnahmen im Vollzug dar. Damit eröffnet sich eine Spirale aus abweichendem Verhalten, sozialer Sanktionierung und mündet in einem Prozeß der ‘Prisonisierung’, der gekennzeichnet ist durch Enteignung individueller Ressourcen und Potentiale zur selbständigen Gestaltung und verantwortlichen Bewältigung eigener Lebensanforderungen.

### 2.2.2 Drogenkonsumbedingungen

Inhaftierte DrogenkonsumentInnen weisen oft langjährige und intensive Drogenkarrieren auf, z.T. mit Phasen starker Verelendung. Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill (1997/9) trafen in ihrer Untersuchung über Infektionsprophylaxe im Nds. Justizvollzug vor allem auf TeilnehmerInnen an Spritzentauschprogrammen in einer Haftanstalt für Frauen in Vechta und einer Männerhaftanstalt in Lingen I Abt. Groß Hesepe, die durchschnittlich am Ende

ihres dritten Lebensjahrzehnts auf langjährigen regelmäßigen Konsum verschiedenster Substanzen zurückblickten (in hohem Maße Heroin, Alkohol, Kokain, Methadon, Codein, Benzodiazepine, Barbiturate). Erfahrungen mit Überdosierungen und ambulanten Behandlungen hatten 40-50% der InsassInnen, ein großer Teil litt unter starken gesundheitlichen Belastungen (Infektionskrankheiten). Viele verfügen über langjährige Lebenserfahrungen in totalen Institutionen (Haft, Psychiatrie, Maßregelvollzug) – Drogenkonsumerfahrungen unter diesen Bedingungen sind weit gestreut. So muß davon ausgegangen werden, daß der Mischgebrauch unter den Anstaltsbedingungen und nach langer Erfahrungen vor oder zwischen den Inhaftierungen bei vielen Gefangenen verbreitet ist. Dieser Mischkonsum als eine Form der Selbstmedikation zur Bewältigung der Anforderungen des Haftalltages oder zur Linderung der Entzugssymptome, weist z.T. gesundheitsproblematische Muster auf. Weil die Zufuhr von bestimmten, bevorzugten oder bekannten Drogen entweder nicht immer oder nicht ununterbrochen erfolgt, wird häufig auf unbekannte, gerade verfügbare und finanzierbare Substanzen ausgewichen. Diese werden zum Teil wahllos in hohen Dosierungen konsumiert. Dazu kommt als gesundheitsabträglicher Effekt, eine oft unregelmäßige Ernährung und eine Vernachlässigung der Gesundheit bis zu einer Verwahrlosung der unmittelbaren Lebensumgebung. Zyklen von Drogenmischkonsum, (erzwungene) Abstinenzphasen, Inhaftierung, (erneuter) Drogenkonsum sind als Muster bei vielen DrogenkonsumentInnen festzustellen.

Es kann nicht von einem einzigen risikoträchtigen Verhalten ausgegangen werden, sondern von einer Multiplizität von Variablen. „So wird das Risikoverhalten von Drogengebrauchern vom sozialen Kontext, den sozialen Beziehungen und Netzwerken, der Verfügbarkeit und des Zugangs zu Drogen und dem Drogenhilfesystem, der Kultur des ‘Teilens’, ethnischer Zugehörigkeit und dem Geschlecht bestimmt“ (Reiter/Riedmann/Müller 1998, S. 42).

Der Konsum selbst muß als riskant in hygienischer Sicht beschrieben werden: needle sharing, selbstgebaute Spritzinstrumente, drug sharing, Resteverwertung aus Filtern. Generell scheint es so zu sein, daß das Gefängnisambiente unsauberes Spritzverhalten unterstützt: Insbesondere Neuzugänge scheinen, bevor sie im Haus Verbindungen aufgebaut haben, auf Spritzentausch angewiesen zu sein. Leudsen und Stark (1992, S. 715) berichteten, daß es unter dem Eindruck von AIDS bei vielen Drogenabhängigen zur signifikanten Risikoreduktion bei der Drogeninjektion gekommen sei. Allerdings bleibe als Problem, daß bei vielen i.v. Drogenabhängigen die präventiven

Verhaltensweisen nicht konsequent durchgehalten würden. Von den Faktoren, die dabei zeitstabilen Verhaltensweisen entgegenstünden, treffen mehrere exakt auf die Situation zu Beginn der Inhaftierung zu: die Nichtverfügbarkeit von eigenem Spritzbesteck bei beginnenden Entzugserscheinungen, Nichtverfügbarkeit von Spritzbesteck zu Beginn der Haft, Angst vor Strafverfolgung bei Spritzenbesitz.

Da der Schmuggel von Drogen in Kleinstmengen in Strafanstalten kaum zu unterbinden ist, besteht für die meisten drogenkonsumwilligen Inhaftierten vor allem das Problem, die Hilfsmittel für einen Konsum zu organisieren. Aus Berichten von Betroffenen ist bekannt (vgl. Stöver 1994, S. 18ff u. S. 41ff), daß der intravenöse Konsum mit Hilfe einer „Stationspumpe“ stattfindet, die dann bereits von mehreren KonsumentInnen benutzt wurde. Da diese Spritze in den meisten Anstalten aufgrund von mangelnden Möglichkeiten oder aufgrund suchtbedingter Dynamiken nicht adäquat gereinigt wird, bestehen durch das „needle sharing“ hohe Infektionsrisiken für HIV und/oder Hepatitiden. Nur notdürftig werden oftmals die Spritzen mit Leitungswasser gereinigt, was allerdings den Ansprüchen einer effektiven Spritzendesinfektion nicht genügt. Für einige Gefangenen tritt die Notwendigkeit zum needle sharing überhaupt oder mit einer fremden Person das erste Mal in ihrer Karriere in Haft auf. Die Generation jüngerer aktiver HeroinkonsumentInnen ist mit dem selbstverständlichen Angebot der freien Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck draußen völlig vertraut – gerade sie erleben oftmals einen erstmaligen „Hygiene-Einbruch“.
Weitere Risiken ergeben sich durch das „drug sharing“, d.h. die unmittelbare, gemeinsame Benutzung der Spritzutensilien, wie Wasser, Filter, Löffel. Dieser Problematik sind sich die meisten DrogenbenutzerInnen nicht bewußt – es existiert also auch kein Bewußtsein von Risiko (vgl. Koester u.a. 1991, S. 29).

## 2.3 Gesundheitliche Risiken drogenabhängiger Inhaftierter

Über die Verhaltensprävention hinaus, sind im folgenden Kapitel auch die Verhältnisse des Gefängnisaufenthaltes auf ihr Risikopotential hin zu überprüfen. Es stellt sich die Frage: Ist das Gefängnis mit den veränderten Verhaltensweisen der Gefangenen, geschlossene Umgebung, belasteten Gefangenen, Überbelegung und schlechter finanzieller Ausstattung eine Umgebung mit höherem Risiko als außerhalb? Mehrere Studien deuten darauf hin: So wird die Frage von Avert (1991) damit bejaht, daß das Gefängnis (in Eng-

land[16]) ein höheres Risiko insofern darstellt, als die Gefangenen sich hochrisikant verhalten, was sie außerhalb nicht tun würden. Als Beispiel führen sie an, daß zwar weniger Gefangene sexuelle Beziehungen eingehen als außerhalb, aber obwohl die Kondomnutzung außerhalb schon gering ist, ist sie praktisch nicht-existent im Vollzug. Ähnliche Entwicklungen wurden über DrogenkonsumentInnen berichtet: I.v. Drogenkonsum ist bei den Drogenabhängigen zwar weniger verbreitet als außerhalb, aber die die diese Form des Drogenkonsums im Gefängnis fortsetzten, taten dies eher mit einem Gemeinsamgebrauch an Nadeln. Zwar versuchten 78% derjenigen, die needle sharing betrieben, ihr Besteck zu säubern, jedoch von einem Großteil mit ineffektiven Methoden.

Für die Schweiz ist man in einer Vergleichsuntersuchung der Gesundheit der Gefangenenpopulation mit der allgemeinen Bevölkerung zu dem Schluß gekommen, daß der allgemeine Gesundheitszustand unter Gefangenen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, als deutlich schlechter zu bewerten ist (Bundesamt für Statistik der Schweiz 1998).

### 2.3.1 Morbiditätsrisiken

Zum Zeitpunkt der Inhaftierung blicken betroffene Drogenabhängige in der Regel auf eine lange Erfahrungszeit von Drogenkonsum mit all seinen sozialen und gesundheitlichen Begleiterscheinungen zurück: gesellschaftliches Randgruppendasein, Verschuldung, Verarmung, Obdachlosigkeit, Prostitution, Gewalt, allgemeine gesundheitliche Verelendung, HIV- und/oder Hepatitisbetroffenheit. Vor diesem Hintergrund bilden die Haftbedingungen weitere soziale und gesundheitliche Belastungsfaktoren. Vermehrte Haftaufenthalte steigern die individuellen Problemlagen: Fortführung des gesellschaftlichen Ausgrenzungsprozesses, Festigung eines Selbstbildes als Außenseiter/in, Verunselbständigung, Gesundheitsrisiko. Besonders deutlich wird die Spirale der Verelendung von Wedershoven (1998) beschrieben, die in ihrer katamnestischen Untersuchung HIV-infizierter Gefangener in einer nordrhein-westfälischen HIV-Ambulanz eines Justizvollzugskrankenhauses aufzeigt, daß psychische, soziale und gesundheitliche Krisen in den Lebensverläufen der untersuchten Gefangenen den Charakter einer Eskalation anneh-

16 Bellis u.a. (1997, S. 30-31) bestätigen dieses Phänomen in ihrer Untersuchung zumindest für englische Gefängnisse und kommen zum Schluß, daß obwohl Inhaftierung zu einem Rückgang von Drogen injizierenden Personen führen kann, ein steigendes Risiko für diejenigen besteht, die in Haft intravenös konsumieren

men, ein Prozeß in dem die HIV-Infektion allein für die praktische Lebensbewältigung der meisten Patienten zunächst nachrangig ist.

Die in unserer empirischen Studie zur „Infektionsprophylaxe im Nds. Justizvollzug“ (Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1997) gewonnen Daten zur gegenwärtigen Strafdauer und vorangegangenen Inhaftierungszeiten, weisen aus, daß die drogenkonsumierenden Frauen der JVA für Frauen (n= 42) durchschnittlich 15,8 Monate vorher inhaftiert waren (bei einer durchschnittlichen Länge der jetzigen Strafdauer von 22 Monaten). Rechnet man Aufenthalte in der Psychiatrie und im Maßregelvollzug hinzu betragen die Erfahrungen in totalen (Straf-) Institutionen insgesamt 25,8 Monate. Der Aufenthalt in Einrichtungen der stationären Langzeittherapie beträgt durchschnittlich 6,6 Monate. Bei den im Spritzenumtauschprojekt befindlichen drogenkonsumierenden Männern der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe sind die Haftbelastungen noch erheblich höher: die Summe vorheriger verbüßter Freiheitsstrafen beläuft sich auf 55 Monate[17], zählt man wie bei den Frauen Aufenthalte in der Psychiatrie und im Maßregelvollzug hinzu, dann kommt man auf 101,6 Monate, bzw. 8,5 Jahre. Der Durchschnitt der gegenwärtigen Strafzeit beträgt 34 Monate.

Diese langen Erfahrungen des Lebens und der Einschränkungen in totalen Institutionen müssen als prägend für die Lebensorientierung betrachtet werden. Es scheint, als seien Gefängnisaufenthalte ein nicht zu vermeidendes und oft erfahrener Begleitumstand der Abhängigkeit von illegalen Drogen. Gesundheitsorientierungen müssen als grundsätzlich geprägt und gebrochen von diesen Lebensumständen betrachtet werden.

An das System Gefängnis werden neue Anforderungen gestellt, insbesondere an eine vollzugsinterne, wie externe Drogen- und AIDS-Hilfe und die medizinische Abteilung. Es scheint jedoch, als gäbe es unterschiedliche Gesundheitspolitiken und Standards in der Behandlung und Betreuung Drogenabhängiger: eine „Public Health“ und eine „Prison Health“.

Bei der Darstellung der gesundheitlichen Lage beschränke ich mich vor allem auf die Verbreitung viraler Infektionen (HIV und Hepatitiden), weil insbesondere an diesen existentiell bedrohenden Infektionskrankheiten gesundheitliche Belastungen und Veränderungsbedarfe deutlich gemacht

17 Bestätigt werden die Ergebnisse zur Haftbelastung drogenabhängiger, HIV-infizierter Gefangener im JVK Fröndenberg (NRW) von Wedershoven (1998, S. 22f): Durchschnittlich waren die von ihr Befragten 52 Monate in Haft.

werden können. Außerdem liegen zur Mortalität und Morbidität drogenabhängiger Gefangener nur wenig Daten für Deutschland vor.

#### 2.3.1.1 Verbreitung viraler Infektionen: Gemeinsambenutzung gebrauchter Spritzen

Während insbesondere in osteuropäischen Gefängnissen Infektionskrankheiten wie die ‚vergessene Seuche' Tuberkulose[18] (vgl. Drobniewski 1995, S. 948f; vgl. m.w.N. International Seminar on the problem of Tuberculosis ... 1998; WHO 1997c), Diphtherie und sexuell übertragbare Krankheiten weit verbreitet sind (vgl. Bolli 1996; Curran 1997[19]), über die HIV-Problematik erst in jüngsten Berichten publiziert wird[20], stehen in westlichen Anstalten Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, und die Hepatitiden im Vordergrund[21]. Gleichwohl ergeben sich Verbindungen zwischen beiden Krankhei-

---

18 Die Verbreitung von Tuberkulose steht insbesondere im Zusammenhang mit Überbelegung, Armut, Infektionen mit HIV und intravenöser Drogenkonsum: Prisons are a reservoir for TB and non-infected individuals are likely to become infected here." (Coninx et al. 1995, p. 1238f; vgl. auch Drobniewski 1995, p. 948f). Tuberkulose stellt einen wesentlichen Grund für einen Tod im Gefängnis dar. (WHO/ICRC o.J.; vgl. auch: WHO/IUATLD 1995; WHO o.J.)

19 Curran (1997, S. 37) stellt in Bezug auf die Umwälzungen in den osteuropäischen Staaten für die Gefängnisse fest: „The increase of injecting drugs use and epidemics of STD's, diphteria, hepatitis, TB and HIV have reverberations within prisons. Imprisonment exacerbates this because of factors such as: behaviour, close confinement, nature of the population, and underfunding which results in large numbers of men being locked up together unsupervised in large groups without access to fresh air and sunlight. Instead many regimes in this part of the world as elsewhere are characterized by discrimination and needless isolation of inmates with infection. Such measures are generally unnecessary (an exception being active TB), counterproductive expensive and contribute to staff and inmates anxieties. As such, they exacerbate the problem, infringe on fundamental human rights and may be illegal."

20 Für Rußland etwa wurden im März 1999 12.362 HIV-Fälle registriert, davon entfielen etwa 25% (3.000) HIV-Infektionen auf Strafgefangene, die i.v. Drogenkonsumenten waren (Médecins Sans Frontières/Holland 1999, S. 5). In anderen GUS-Staaten wird über erste Pilotprojekte der HIV-Prävention für drogenkonsumierende Strafgefangene berichtet (UNAIDS 1999, S. 161f).

21 Eine Ausnahme stellt die Ukraine dar. Hier wird über einen dramatischen Anstieg der HIV-Infizierten, d.h. zum größten Teil Drogenabhängige außerhalb und auch im Strafvollzug berichtet, was eine Umorientierung der Politik in Bezug auf Infektionskrankheiten und besodners HIV zur Folge hatte: Aufgrund starker Verbreitung HIV-Infizierter war eine repressive orientierte Politik und Praxis (Zwangstests, Isolierung HIV-Infizierter etc.) nicht länger durchführbar. Die Umorientierung bezieht sich auf die Zurverfügungstellung von Präventionsmitteln (Kondome, bleach), verbesserte Aufklärung der InsassInnen, Ausbildung des Personals, Prä- und Posttestberatung, Verbot von Blutspenden durch Gefangene (vgl. Gunchenko 1998, S. 6)

ten und Drogenkonsum im Strafvollzug: Eine Studie aus einem Madrider Gefängnis zeigt, daß 84% der Tuberkulosepatienten HIV-positiv waren, im wesentlichen aufgrund des Infektionsrisikos ‘intravenöser Drogenkonsum’ (Sanchez et al. 1995).

Über die Gemeinsambenutzung von insterilem Spritzbesteck und dem ebenfalls riskanten Drogenteilen gibt es zunächst nur vereinzelte anekdotische Berichte. Darin kommt immer wieder zum Vorschein, daß es sehr grobe und unzuverlässige Vorsichtsmaßregeln gibt („Positive spritzen als letzte“), Spritzen unter klarem oder warmem Wasser ausgespült oder ausgekocht werden (geht praktisch nur dort, wo Tauchsieder zulässig sind) oder auf diese Vorsichtsmaßnahmen in der Dynamik der Situation völlig verzichtet und die „Stationspumpe“ schlechten Gewissens benutzt wird. Wedershoven (1998) bestätigt, daß unsterile Spritzutensilien die Hauptinfektionsquelle der von ihr untersuchten Gefangenen darstellten. Als Faktoren, die einem risikoarmen Drogenkonsum entgegenstehen, benennt sie: Probleme in der primären Sozialisation, Polytoxikomanie, Alltagsstressoren, lange Drogenkarriere und Haftaufenthalte (S. 92).

Knapp (1996, S. 303f) fand, daß bei den von ihm befragten 44 HIV-AK-positiven Strafgefangenen etwas mehr als die Hälfte angaben, daß bis zu neun Personen eine umlaufende Spritze gebrauchten. Etwas weniger als die Hälfte gab an, daß in der Regel mindestens zehn Gefangene je Spritze beteiligt seien. Davon gaben 32% an, daß mindestens 5 Personen beteiligt seien.
Bereits von Studien außerhalb wissen wir, daß die Drogeninjektion ein besonders kommunikativer und kooperativer Akt ist. Marcinko (1998) stellt in einer schweizer Studie fest, daß die von ihm befragten MethadonpatientInnen oftmals zusammen konsumieren, meist zu zweit oder dritt: „Bei der Drogenzubereitung wird ein hoher Grad an Kooperation beobachtet. Häufig werden die zum Zubereiten und Injizieren der Droge benutzten Utensilien (Löffel, Wasser zum Lösen der Drogen und Reinigen der Spritze, Filter und Rührwerk) geteilt. Filter werden oft mehrfach verwendet. 60-80% verwenden ihre eigene Spritze (oft ineffektiv sterilisiert, bzw. lediglich gereinigt) mehrmals. Mit diesen Spritzen werden Drogenlösungen aus gemeinsam verwendeten Löffeln durch gemeinsam verwendete Filter gezogen.“

Dolan/Donoghoe/Stimson untersuchten 183 i.v. DrogengebraucherInnen in 12 englischen Städten. Der größte Teil besaß Hafterfahrungen (79%). Dabei berichteten 23% berichteten von intravenösem Drogengebrauch in Haft und 75% davon gaben needle sharing an.

Die Berichte von selbstgebauten Spritzen verdeutlichen plastisch die Notlage und die Risikobedingungen von Drogenabhängigen im Strafvollzug.

Die folgende Schilderung eines Betroffenen beschreibt anschaulich die Situation in vielen Haftanstalten:

> „Sowohl in Tegel als auch in Moabit gab es immer Stoff. Es gibt mal einen Engpaß, aber irgendeiner hat dann doch immer was....
>
> Das Problem sind allerdings immer die Pumpen. In der U-Haft Moabit sind ja nur kurze Aufschlußzeiten, und du kannst dir mit keinem zusammen den Druck machen. Dann fragst du einen, von dem du weißt, daß er drückt, nach 'ner Pumpe. Die kriegst du dann. Meistens sind das ganz vergammelte Dinger mit stumpfer Nadel und bestimmt schon fünfzig Mal benutzt. Aber wenn man Heroin hat, dann will man sich auch den Druck machen, und es interessiert dich in dem Moment auch nicht, ob die Pumpe clean ist. Du drückst einfach...
>
> Als ich 1984 im Knast Tegel einsaß, wußten wir ja noch nichts über AIDS. Aber auch da war die Situation so, daß wir monatelang nur eine Spritze hatten, und alle Junkies in dem Haus haben sie benutzt. Das war wohl die Zeit, in der ich mich mit dem HIV-Virus infiziert haben muß. Und damit natürlich auch alle anderen, ich schätze ein gutes Dutzend. Einige davon sind inzwischen auch schon tot. Im vergangenen Jahr war ich wieder für einige Monate in Tegel. Es hat sich überhaupt nichts geändert, es wird genauso wie schon 1984 mit einer Spritze für alle rumhantiert" (Meyer 1989).

Absprachen bzgl. vorhandener HIV-Infektion müssen als unzuverlässig bezeichnet werden; sie vermitteln eine Scheinsicherheit – Reinigungen können zudem nicht mit der erforderlichen Sorgfalt vorgenommen werden. Insbesondere vor dem Bekanntwerden von HIV/AIDS existierte die Form des Drogenkonsums in Haft, die als klassisches needle sharing zu bezeichnen ist. So berichtet ein Gefangener in einem Gespräch: „Von früher kenne ich das schon: vier Leute, die entsprechende Menge auf dem Löffel, dann wurde das zusammen aufgezogen, jeder hat ganz kurz angezogen, daß nicht zuviel Blut reinkam, hat zugesehen, daß er sein Blut mit reindrückt; aber wenn das mal ein bißchen rosa war, hat das auch nicht weiter gestört." (Gespräch 1994, S. 43)

Bei der thermischen oder chemischen Desinfektion ist kein sicherer Umgang zu erwarten, denn es bestehen in den Strafvollzugsanstalten und bei den Gefangenen in der Regel keine Gebrauchsanweisungen für eine effektive

chemische (mit bleach, d.h. Haushaltsbleicher: Welche Mittel sind wie eingesetzt, geeignet, Viren abzutöten?) oder thermische Desinfektion (Auskochen: wie lange mit welchen Spritzen machbar?).
Ein weiterer Faktor, der in der HIV-Prophylaxe im Strafvollzug zu bedenken ist, ist die Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung vieler Gefangener, etwas an ihrer Lebenssituation dauerhaft verbessern zu können. Vor diesem Hintergrund werden gesundheitliche Risiken unter Verdrängung der Konsequenzen eher eingegangen.
Ein anderer Drogenabhängiger, ebenfalls aus Tegel und ebenfalls HIV-positiv, beschreibt diese Situation und die seiner Bekannten in ähnlicher Weise:

> „Die sind auch schon alle infiziert. Die Pumpen, die im Umlauf sind, sind alle verseucht. Das wissen wir alle, aber das stört niemanden, das stört absolut niemanden. Das ist so, als ob du einem Verhungernden ein Brot hinhältst und sagst, daß die Gelbsucht dran ist oder daß es vergiftet ist. Der beißt trotzdem rein“ (Kraushaar 1986; vgl. zum Knastalltag auch: taz-Bremen v. 30.1.88, 28; Gähner 1991, 27).

#### 2.3.1.1.1 Sexualität in Haft

Ebensowenig wie der Strafvollzug eine drogenfreie Zone ist, ist er ein sexualfreier Lebensraum. Sexuelle, partnerInnenorientierte Bedürfnisse sind nach wie vor bei den Gefangenen vorhanden, können allerdings in der Regel nicht mehr ausgelebt werden. Der Strafvollzug hat auch in diesem Bereich von Lebensäußerung schädliche Wirkungen. Zwar existieren vereinzelt Modelle in Strafanstalten, die im Rahmen von Langzeitbesuchen auf eine Ermöglichung auch sexueller Kontakte unter (Ehe)PartnerInnen zielen (z.B. JVA Werl, JVA für Frauen Vechta) und lockerungsberechtigte Häftlinge können im Urlaub sexuelle Kontakte haben. Doch dies sind vereinzelte und isolierte Möglichkeiten, partnerInnenorientierte Sexualität zu leben. Neben der bedürfnisorientierten Sicht von Sexualität in Haft stellt sich auch die Frage nach dem Recht auf Erfüllung eines Kinderwunsches für Inhaftierte und deshalb die Unterstützung sexueller Kontakte zu ihren Partnern.
In Haft ist Sexualität einem Tabu vergleichbar (vgl. Staib 1990): Symbolisierungen sind allgegenwärtig, eine sachliche Verbalisierung findet kaum statt. In Ermangelung heterosexueller Kontakte im Strafvollzug sind nur gleichgeschlechtliche soziale Sexualkontakte lebbar. Diese sind z.T. noch stärker als das Phänomen Drogenkonsum tabuisiert und verdrängt. „Unterschwellig scheint das ‘Verbot’ der Ausübung von Sexualität nach wie vor als Teil der

Strafe angesehen zu werden“ (Schwermer 1995, S. 55). Die Gefangenen werden mit den gleichen Mechanismen konfrontiert wie die Gesamtgesellschaft: Einer Sexualisierung vor allem des weiblichen Körpers in den Medien wird hauptsächlich mit einer ‚offensiven Strategie’ der Thematisierung von Sexualität begegnet. Durch eine Verobjektivierung des weiblichen, z.T. auch des männlichen Körpers in Form von Postern an den Zellenwänden und einer starken Präsenz sexualitätsbezogener Gesprächsinhalte drückt sich der entfremdete Umgang mit den eigenen sexuellen Bedürfnissen aus. Der Objektstatus des sexualisierten Körpers reduziert wiederum die eigene Empfindungsspanne und verleugnet die mit partnerInbezogener Sexualität assoziierten Bedürfnisse nach Nähe, Gemeinsamkeit, Entspannung, Befriedigung. Das Dilemma, vor allem im Männervollzug, besteht in der Allgegenwärtigkeit von Sexualität im Alltag und der stark eingeschränkten Befriedigung und letztlich erzwungenen Milieuanpassung sexueller Bedürfnisse. Daraus erwachsen Spannungen, Frustrationen, Aggressionen, sexualisierte Gewaltphantasien. Vorhandene Probleme mit diesem Dilemma können nicht besprochen werden, weil weder informelle noch offizielle Foren im Vollzug zur Verfügung stehen.
Weil Sexualität individuell abgespalten werden muß und die Thematik Sexualität im Vollzug offiziell ausgeblendet wird, finden alle Formen gelebter sozialer Sexualität verdeckt statt. Es gibt eine Realität von Homosexualität, die kaum thematisierbar ist. Der Geheimhaltungsdruck verstärkt sich vor allem dann, wenn die in Haft gelebten homosexuellen Kontakte nicht dem eigenen sexuellen Selbstverständnis „heterosexuell“ entsprechen, was bei vielen Inhaftierten der Fall sein wird, die in der Inhaftierungszeit in Ermangelung heterosexueller Möglichkeiten homosexuelle Kontakte als „Notlösung“ praktizieren. Sozio-kulturelle Barrieren einer Zwangsheterosexualität als gesellschaftliche Normalität und Homophobie wirken in dieser doppelten Realität der sexuellen Identität, die sich in der praktizierten Sexualität im Vollzug nicht wiederfindet. Wenn diese „Notlösungen“ über lange Zeit zur Gewohnheit sexueller Aktivität werden, repräsentieren sie Normalität unter den Inhaftierten, ohne offizielle Anerkenntnis und Verantwortungsübernahme. So entwickelt sich Homosexualität als Dunkelfeld, wo Prostitution z.B. zur Drogenbeschaffung oder Vergewaltigungen stattfinden ohne offen als Realität anerkannt zu werden.

Einige Charakteristika der Sexualität ohne eindeutige homosexuelle Orientierung seien hier noch schlagwortartig genannt:

- keine ausreichende oder keine eindeutige Bewußtheit, Akzeptanz oder Identität mit eigenen gleichgeschlechtlichen Praktiken
- kein positiv besetztes Muster für das eigene Verhalten oder Gefühlsleben, eher subjektive Verachtung

Gerade unter dem Aspekt „Infektionsschutz“ erhält die verdeckte Homosexualität Relevanz. Während weibliche Homosexualität als wenig infektionsrisikobehaftet gilt, ist männliche Homosexualität aufgrund hochriskanter Sexualpraktiken aus infektionsprophylaktischer Sicht als möglicher Transmissionszusammenhang zu bewerten.
Müller (1997, S. 356f) macht erhöhte HIV-Risiken für Männer aus, die gelegentlich mit Männern Sex haben aus, die auch auf andere sexuell übertragbare Krankheiten anzuwenden sind und gerade auch im Strafvollzug besondere Bedeutung erlangen:

- „es findet keine Identifikation mit den „schwulen Risiken“ der HIV-Infektion statt
- deshalb wird das konkrete HIV-Risiko oft unterschätzt oder negiert,
- insbesondere bei Jugendlichen kommen Lust am Abenteuer und Unverletzlichkeits-Phantasien dazu,
- zum defizitären Selbst-Bewußtsein kommen Selbst-Ablehnung, Selbst-Haß, starke Scham- und Schuldgefühle hinzu,
- was dann entscheidende Ursache für mangelnde Kommunikations -und Aushandlungsfähigkeit bezüglich Sexualität insgesamt und Safer Sex im besonderen sein kann,
- dies führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zur verstärkten Anpassung an Initiativen und Wünsche der Sexualpartner, z.B. nach dem unsafen Sex.“

Bereits außerhalb der Haft wird auf eine Kondomverwendung in einer Vielzahl von sexuellen Beziehungen verzichtet. Dies kann mit einer Störung der Situation aber auch mit der Unstrukturiertheit und gleichzeitigen Intimität der Situation erklärt werden, die erst von den Partnern eine schrittweise Annäherung mit indirekten Kommunikationsformen verlangt. Gerade für die klandestine Haftsituation muß für die Kondomverwendung der Sexualverkehr planvoll unterbrochen werden und gerät damit in seinem Ablauf in Widerspruch zu dem erwarteten Begehren und der lustvollen Stimulation (vgl. auch Gerhards 1990).

Selbst wenn Kondome in der Anstalt zur Verfügung stehen, was nicht durchgängig selbstverständlich, kostenlos, kostengünstig und anonym erfolgt, läßt sich angesichts der abgespaltenen und häufig verleugneten Realität von gelebter Sexualität von den einzelnen Inhaftierten ein formulierter Bedarf an Kondomen nicht erwarten. Allein ein niedrigschwelliger und anonymisierter Zugang zu Kondomen könnte den individuellen Konflikt mildern und eine Annahmebereitschaft als Infektionsschutz steigern. Dieser Zugang ist jedoch in den meisten Anstalten nicht umgesetzt: vorwiegend sind Kondome beim Drogenberater, Seelsorger, Sozialarbeiter, Sanitäter oder Kaufmann erhältlich (in der Regel alle zwei Wochen), oder sie sind beim Arzt verfügbar (setzt Arzttermin voraus). Vereinzelt werden Kondome auch beim Sozialdienst ausgelegt. Knapp (1996, S. 371) zeigt auf, daß ein Drittel der von ihm befragten Gefangenen eine Verfügbarkeit von Kondomen in den ihnen selbst bekannten Justizvollzugsanstalten verneint. (vgl. hier: O'Brien)

Personalkommunikative Präventionsmaßnahmen von z.B. safer-sex-Schulungen müssen sich zunächst mit der Barriere der Sprachlosigkeit über Sexualität und homosexuelle Praktiken und deren Verleugnung vor allem im Männervollzug auseinandersetzen. Bevor infektionsschutzwirksame Maßnahmen von risikoarmen sexuellen Praktiken thematisiert und bekanntgemacht werden können, gilt es unter anderem, eine Arbeitsatmosphäre herzustellen, in der sich Vertrauen, Offenheit und Annahmebereitschaft entwikkeln können. Dazu ist eine zielgruppenadäquate Sprache nötig, die nahe genug an die alltagspraktischen Erfahrungen der Inhaftierten heranführt, gleichzeitig aber auch eine sachliche, themenzentrierte Distanz wahrt. Es ist eine sensible Integration von intimen, z.T. schambesetzten individuellen Anteilen und versachlichten Informationen zu safer-sex-Praktiken und Schutzmethoden zu leisten.
Das Erfahrungsspektrum Sexualität bei inhaftierten Frauen durchzieht häufig, gerade bei Drogenkonsumentinnen, noch andere biographische Erlebnishintergründe: Prostitutionserfahrungen, sexuelle Gewalterlebnisse. Bei safer-sex-Angeboten ist immer davon auszugehen, daß diese Erlebensbereiche prägenden Einfluß auf die sexuellen Selbstverständnisse und Identitäten der betroffenen Frauen genommen haben und bei der Thematisierung von sexuellen Praktiken und Präferenzen unter dem Schwerpunkt Infektionsschutz mitschwingen und reaktivierende Auswirkungen für die betroffenen Frauen haben können. Es gehört zum Verantwortungsbereich von safer-sex-Schulungen, diese Zusammenhänge konzeptionell zu berücksichtigen und Formen

der Vermittlung zu entwickeln, die auffangende und stützende Anteile enthalten.

Müller (1997, S. 357) beschreibt, daß es „... kaum positiv besetzte, sichtbare und sozial ermutigende Beispiele von mann-männlicher Sexualität (gibt). Die Konsequenz ist, daß sich Gelegenheits-Homosexuelle darin nicht wiederfinden und wertgeschätzt fühlen: sich also auch nicht gemeint fühlen, was ihre homosexuellen Impulse angeht."

Die beschrieben Hintergründe von gelebter Sexualität im Vollzug, auf die sich die Anforderungen an eine Infektionsprophylaxe beziehen müssen, verdeutlichen, daß eine Schulungs- und Sensibilisierungsarbeit für risikovermeidende, -arme sexuelle Verhaltensweisen effektiv nur durch MitarbeiterInnen externer Dienste zu gestalten sind. Inhaltlich kommt es eher darauf an, Mann-Mann-Sex als Möglichkeit in einem breiter angelegten Verhaltenskanon zu thematisieren, statt direkt und explizit an homo- oder bisexuelle Adressaten, mit dem Ziel einer „unauffälligen Sichtbarmachung" und gleichwohl einer klaren ermutigenden und akzeptierenden Darstellung.

Strategien des Risikomanagements beziehen sich eher auf selektive Strategien, die darin bestehen, z.B. auf das Aussehen bestimmter Tauschpartner zu achten, d.h. auf Strategien, deren Effektivität eher illusionär ist. Die Selektivität bezieht sich auf Tauschpartner nicht auf Tauschpraktiken. Damit ist eine interessante Parallele zu einer Studie über den Informationsstand und präventive Vorkehrungen im Hinblick auf AIDS bei homosexuellen Männern der Unterschicht (Bochow 1997, S. 113).
Inwieweit sexuelle Nötigungen im Strafvollzug Realität sind, läßt sich nur aus einzelnen – anekdotenhaften – Berichten entnehmen. Wie auch immer die Verbreitung dieser Form von sexualisierter Gewalt ist, präventive Vorkehrungen werden meist nicht getroffen: Die Nicht-Verwendung von Kondomen ist gerade Ausdruck der Macht und Entwürdigung.

Der Zusammenhang von Drogenabhängigkeit, Sexualverhalten bei Gefangenen ist nur wenig erforscht. Eine Ausnahme bildet die Untersuchung von Antonietti/Romano (1997) mit 90 weiblichen Gefangenen, die einen anonymen Fragebogen selbst ausfüllten um Vertraulichkeit zu wahren. Dabei berichteten 40% der Gefangenen über ihre Zustimmung zu Sexualkontakte im Austausch für Waren oder Geld. All die Frauen, die über diesen Austausch berichteten, bezeichneten sich selbst als Drogenkonsumentinnen. 75% der Befragten nahmen an, daß dies gewöhnliche Ereignisse unter drogenabhängigen Gefangenen seien, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren.

Über Erfahrungen sexuellen Mißbrauchs berichten 43,3% der Frauen, die angaben jemals Sexualkontakte ohne Zustimmung gehabt zu haben. Diese Angaben bezogen sich nicht nur auf drogenkonsumierende Gefangene.

#### 2.3.1.1.2 Tätowieren

Die Verwendung von nicht-sterilen Nadeln beim Piercen oder Tätowieren kann ebenso wie die Verwendung unsteriler Nadeln beim i.v. Drogenkonsum zur Übertragung von Infektionskrankheiten führen. Welches Ausmaß Tätowieren als infektionsrelevantes Verhalten unter Strafgefangenen immer noch besitzt, wurde im Rahmen unserer Arbeit im Rahmen des Modellprojektes nicht erhoben. Auch andere Untersuchungen (Knapp 1996, S. 385) weisen zwar darauf hin, daß diese Praktiken der Tätowierung zwar nicht irrelevant sind für den Strafvollzug, daß aber kein Wissen über die Verbreitung der Tätowierung unter insbesondere insterilen Bedingungen bei den Gefangenen oder den Bediensteten herrscht. Eine Bereitstellung von Desinfektionsmitteln zum Sterilisieren oder Möglichkeiten zum Auskochen der Nadeln würde Ansteckungsgefahren drastisch reduzieren. „Da Tätowieren in der Regel eher akzeptiert wird als das Injizieren von Drogen (in Europa ist 30% des Gefängnispersonals selbst tätowiert), läßt sich diese Vorbeugungsmaßnahme leichter einführen als die Ausgabe von Bleichmittel zum Sterilisieren von Spritzen. Die Bereitstellung von Bleichmittel zum Reinigen der Tätowierinstrumente könnte sogar den Weg ebnen für die Ausgabe von Bleichmittel für Drogenabhängige“ (eig. Übers., UNAIDS, Point of View, 4/97).

### 2.3.1.2 Epidemiologie von HIV/AIDS und Hepatitis

#### 2.3.1.2.1 Probleme der Bestimmung der epidemiologischen Situation

Epidemiologische Informationen bilden die Grundlage für die gesundheitspolitischen Strategien im Bereich der Prävention der Übertragung von Infektionskrankheiten. Sie sind insbesondere von großer Bedeutung für folgende Maßnahmen:

- zielgruppen- und regionalspezifische Prävention
- Evaluation der Präventionsmaßnahmen
- Planung und Bereitstellung medizinischer und sozialer Dienste (vgl. Kirschner, 43).

In Deutschland folgt man in der Gesundheitspolitik gegenüber HIV/AIDS einer liberalen Strategie, die von den Vorteilen der Aufklärung, Information und entsprechender Verhaltensänderung ausgeht, statt eine seuchen- und strafrechtliche Kontrolle anzustreben. Um so wichtiger ist es, mit aussagekräftigen Prävalenz- und Inzidenzdaten, frühzeitig und rechtzeitig gesundheitspolitische Maßnahmen ergreifen zu können, die Neuinfektionen und damit weitere Ausbreitungen der Infektionskrankheiten verhindern.

Gegenwärtig stützt sich die systematische Überwachung (Surveillance) von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland zunächst auf zwei Datensysteme:

- das AIDS-Fallregister (seit 1982) in dem eine kontinuierliche Erfassung von an AIDS erkrankten Patienten durch ein freiwilliges, anonymisiertes Meldesystem erfolgt. Gemeldet werden die nach der CDC-Falldefinition 'AIDS-Erkrankung' diagnostizierten Fälle von Kliniken und niedergelassenen Ärzten. Die Daten des AIDS-Fallregisters können nur Erkrankungen registrieren, deren Übertragung lange zurückliegen (mittlere Inkubationszeit ca. 8 Jahre, siehe Kleiber/Pant 1996, S. 31), als das Infektionsgeschehen Ende der 80er Jahre widerspiegeln.
- Aussagekräftiger für das aktuelle Infektionsgeschehen sind die Daten der Laborberichtsverordnung, die seit 1988 alle Meldungen positiver Bestätigungstests erfaßt. Die nach der Laborberichtsverordnung erfaßten Daten geben zwar Auskünfte über den möglichen Infektionsweg, dies allerdings nur in etwa 30% der Meldungen (vgl. Kirschner, S. 19). Angaben etwa über den Infektionsort oder sonstige relevante anamnestische Risikovariablen fehlen.

Die beide Surveillance-Instrumente ergänzenden Daten der ANOMO-Studie liefern zwar differenziertere Ergebnisse, die soziodemographische und epidemiologische Analysen hinsichtlich der Gesamtheit, Struktur und Dynamik verbessert, doch für den Zusammenhang i.v. Drogenkonsum, Infektionen (HIV/AIDS und Hepatitiden) und Strafvollzug liefern alle drei Erfassungssysteme kaum Anhaltspunkte[22].

22 Darüberhinaus existieren noch weitere Datenquellen aus mehreren Teilpopulationen (z.B. Blutspenden des DRK, Serologie bei Bundeswehrangehörigen, Anonymes unverknüpftes Testen (AUT) bei Neugeborenen etc.), die aber für unseren Zusammenhang ebenfalls keine verwertbaren Daten liefern.

Nicht zuletzt aus einem grundsätzlichen Mangel an präventionsleitenden Daten hat der Stravollzugsausschuß der Länder 1988 ein einheitliches Vorgehen in der Datenauswertung der HIV/AIDS-Fälle beschlossen: In den meisten Bundesländern wird Gefangenen eine HIV-Testung bei der Eingangsuntersuchung auf freiwilliger Basis[23] angeraten. Die Testergebnisse werden zusammengefaßt in den Statistischen Quartalserhebungen über HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in den Landesjustizverwaltungen[24].
HIV-Testungen als Zwangstest würden der in Deutschland verfolgten liberalen Strategie in der Gesundheitspolitik gegenüber HIV/AIDS, die von den Vorteilen der Aufklärung, Information und entsprechender Verhaltensänderung ausgeht, statt eine seuchen- und strafrechtliche Kontrolle und Erfassung anzustreben, widersprechen. Die Praxis der Anstalten, HIV-Tests als freiwillig anzunehmendes Angebot vorzuhalten, steht also im Einklang mit der auch außerhalb geübten Praxis. Der Angebotscharakter beinhaltet gleichzeitig, daß ein Teil der Gefangenen dieses Angebot – wegen mitunter vollzuglicher Nachteile – nicht annimmt. In Niedersachsen stimmte im Jahre 1993 durchschnittlich etwa jeder zweite der männlichen Gefangenen einem HIV-Test zu: „Im Gegensatz zu anderen Bundesländern wurde in Niedersachsen nicht auf eine generelle Untersuchung gedrängt, sondern primär versucht, im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung die Risikogruppen zu identifizieren und diesen eine entsprechende Untersuchung nahezulegen“ (Göttinger 1994, S. 54).

Über die Entwicklung von viralen Infektionskrankheiten im Strafvollzug lassen sich keine präzisen Angaben machen: weder für die allgemeine Situation im Strafvollzug in der Bundesrepublik noch in einzelnen Anstalten. Die unterschiedliche HIV-Testpraxis der einzelnen Bundesländer (HIV-Test als fakultatives Angebot oder dringend angeratene Maßnahme) mit unterschiedlichen Testquoten lassen keine gesicherten Aussagen über die epidemiologische Faktenlage im Strafvollzug zu, sondern allenfalls Annäherungen (vgl. auch BMG/BMJ 1995, S. 6/7).

---

23 Mehrere Bundesländer (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Saarland) behandeln Testverweigerer so, als seien sie positiv. Die Testpraxis innerhalb der Anstalten in den einzelnen Bundesländern schwankt erheblich. In manchen Bundesländern wurden Testraten von über 90% erreicht (z.B. Hamburg), während sich in Anstalten anderer Bundesländer (Bremen) kein gesichertes Zahlenmaterial ergibt, weil der Test außerhalb und anonym erfolgt.

24 Fünf Bundesländer (Berlin, Brandenburg, Freie Hansestadt Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen) beteiligen sich gegenwärtig nicht an dieser statistischen Erhebung.

In manchen Bundesländern werden Gefangene bei der Eingangsuntersuchung einer HIV-Testung unterzogen, jedoch lassen sich nicht alle Gefangenen testen – es existiert also ein erhebliches Dunkelfeld von Gefangenen auch aus Hauptrisikogruppen, über deren Infektionsstatus nichts ausgesagt werden kann (vgl. Müller-Dietz, O. 1991, S. 233).
In den meisten Bundesländern wird Gefangenen eine HIV-Testung bei der Eingangsuntersuchung auf freiwilliger Basis angeraten. In einigen Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Saarland) werden Testverweigerer so behandelt, als seien sie positiv. Die Handhabung der HIV-Testpraxis schwankt erheblich zwischen den einzelnen Bundesländern, als auch innerhalb der Länder von Anstalt zu Anstalt. In manchen Bundesländern wurden sehr hohe Testraten erreicht (in Bayern lag 1995 der Anteil der Neuaufnahmen, die einen HIV-Test akzeptierten bei 96,4%, im Saarland bei 95%, in Baden Württemberg bei 81%, in Hessen bei 77,7%[25]), während aus den Anstalten anderer Bundesländern (z.B. Bremen) kein gesichertes Zahlenmaterial verfügbar ist, da der Test außerhalb und anonym durchgeführt wird. Vor allem auch in den neuen Bundesländern ist der Anteil der auf HIV-Antikörper bei Neuaufnahme getesteten Inhaftierten wesentlich niedriger: in Brandenburg lag 1995 der Anteil nur bei 15,7%, in Sachsen-Anhalt waren es 19% und in Sachsen 21%.
Die Testergebnisse wurden bisher vierteljährlich in den Landesjustizverwaltungen zusammengefaßt in statistischen Quartalserhebungen über HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen. Ab 1997 werden diese Daten nur noch einmal pro Jahr zu einem Stichtag erhoben. Fünf Bundesländer (Berlin, Brandenburg, Freie Hansestadt Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen) beteiligen sich gegenwärtig nicht an dieser statistischen Erhebung, so daß die Zahlen (abgesehen von den im folgenden beschriebenen methodischen Problemen) kein vollständiges Bild des Infektionsgeschehens wiedergeben können.
Die Ergebnisse dieser Erhebungen müssen vor dem Hintergrund betrachtet werden, daß ein erheblicher Teil der Gefangenen einen HIV-Test ablehnt: Zum Stichtag des 1. Quartals 1996 wiesen die Quartalserhebungen bundes-

25 Diese und nachfolgende Angaben, sofern sie nicht durch andere Quellenangaben gekennzeichnet sind, basieren auf einer in 1996 vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) durchgeführten schriftlichen Befragung aller Landesjustitzverwaltungen und ausgewählter Vollzugsanstalten zu HIV/AIDS und Hepatitis im Strafvollzug. Vollständige Rückmeldungen kamen von allen Bundesländern außer den drei Stadtstaaten sowie Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern (vgl. auch: Stöver/Weilandt 1997).

weit einen Bestand von 58.857 Gefangenen aus, wovon weniger als die Hälfte der Gefangenen (46%) auf HIV-Antikörper untersucht war. Von der auf HIV getesteten Population war 1% HIV-AK positiv. Da keine weiteren Informationen über die Testverweigerer verfügbar sind, können keine Aussagen über mögliche (Selbst-) Selektionseffekte gemacht werden. Für mehr als die Hälfte der im deutschen Justizvollzug einsitzenden Gefangenen (wozu natürlich auch Zugehörige der Hauptbetroffenengruppen zählen) können also keine Aussagen über deren Infektionsstatus getroffen werden.
Die Position mancher Justizbehörden, die Situation über eine ausgedehnte Testpraxis „im Griff“ zu haben, erweist sich als Trugschluß. Kontrollillusionen solcherart über Handhabbarkeit und Begrenzbarkeit viraler Infektionskrankheiten sind wiederum selbst risikoträchtig: Sie verhindern eine sachliche Auseinandersetzung über Risiken, die nicht allein von Personen (Mitgefangenen) ausgehen, sondern die strukturell angelegt sind: Hygienische Verhältnisse, hohe Dichte belasteter Gefangener und eine Subkulturbildung mit festen risikoträchtigen Verhaltensgewohnheiten. Eine effektive Prävention muß das Verhalten ebenso wie die Verhältnisse mit einschließen. Übertragungswege und besonders Übertragungsrisiken im Vollzug sind deutlich. Es käme für alle Beteiligten darauf an, sich so zu verhalten, als wären alle positiv. Dabei müssen zielgruppenspezifische, lebensweltnahe und glaubwürdige Aufklärungs- und Informationsstrategien sowohl für Gefangene, als auch für Bedienstete entwickelt werden (vgl. umfassend: Jacob/Keppler/Stöver 1997).
Zusammenfassend läßt sich sagen: Der Test ist als Kontrolle des Infektionsgeschehens konzipiert, in seiner Anwendung im Haftalltag ist er auch eine Kontrolle Einzelner und liefert damit die Grundlage ihrer Stigmatisierung.
Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse dieser Quartalsuntersuchungen werden einige Lücken der Erhebung deutlich: Bei Addition der Anzahl der pro Quartal durchgeführten HIV-Tests und der dokumentierten Testverweigerer erhält man weder die Anzahl der Neuaufnahmen pro Quartal noch den Bestand der Gefangenen zum Stichtag, so daß zu vermuten ist, daß ein nicht weiter zu kontrollierender Anteil der Gefangenen überhaupt nicht in diesen Statistiken erscheint. Zudem ist es in der Justizadministration nicht unüblich, die Anzahl der positiven HIV-Tests auf die Gesamtzahl der Gefangenen und nicht auf die Anzahl der tatsächlich getesteten Gefangenen zu beziehen, was zu einer Unterschätzung der Infektionsraten führen kann. Das folgende Beispiel ist entnommen aus Göttinger, 1994, S.53: Man nehme einen Stichtag (z.B. 30.06.1996), eine Zahl durchgeführter HIV Antikörpertests (z.B. 1.870), nimmt die Absolutzahl der positiven Befunde (z.B. 22) und setzt sie in Rela-

tion zur Gesamtzahl der zum Stichtag einsitzenden Gefangenen (z.B. 5.390) und erhält eine Prävalenzrate von 0,4, statt einer Rate von 1,2 wenn man die positiven Befunde, wie üblich, auf die Gesamtzahl der Tests beziehen würde. Denn sinnvollerweise kann man die Zahl der positiven Tests nur in Relation zur Gesamtzahl der Tests setzen (weil man bei den anderen eben nicht weiß, wieviel positive sich darunter noch befinden), so erhält man eine Prävalenzrate von ca. 1,8%). Beispiel entnommen: Göttinger 1994, S. 53.
Eine weitere Schwierigkeit, im besonderen Untersuchungsfeld 'Justizvollzug' zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, betrifft die angewandte Methode. Die oben genannten Quartalserhebungen sind Querschnittsuntersuchungen (Stichtag), die keine Aussagen über die Qualität und innere Dynamik von Infektionsgeschehen innerhalb der Gesamtpopulation oder stark betroffener Subgruppen wie z.B. Drogenabhängige treffen können. Prävalenzveränderungen in den Untersuchungsgruppen können ebensowenig gezeigt werden, wie eine schnelle und exakte Erfassung der Dynamiken von Übertragungen von Infektionskrankheiten und widersprüchliche Prävalenz (einzelner Untergruppen, die stark von der Durchschnittsprävalenz abweichen). Dies gilt insbesondere für Serokonversionen und spontan auftretende Infektionsketten (vgl. z.B. Taylor et al. 1994). Insofern bilden diese Querschnittsuntersuchungen, weil sie am Beginn der Inhaftierung durchgeführt werden, lediglich die 'Morbiditätslast' (vgl. Kirschner 1993, S. 101), der Gefangenen ab. Des weiteren werden neben den Testergebnissen keine weiteren soziodemographischen oder gar behavioralen Faktoren (abgesehen von der Risikogruppenzugehörigkeit, die allerdings auch mit einer erheblichen Dunkelziffer behaftet ist) erhoben, so daß die Aussagefähigkeit dieser Daten sehr eingeschränkt ist.

In aller Regel unterbleiben Nachtestungen bei der Abschlußuntersuchung, so daß für die Haftzeit möglicherweise aufgetretene Serokonversionen nicht erfaßt werden können[26]. Und selbst zwei Testungen würden nicht ausreichen, um das 'diagnostische Fenster' der Inkubationszeiten zu schließen.

Die Daten der seit 1988 durchgeführten Quartalserhebungen des Strafvollzugsausschusses der Länder beziehen sich einseitig auf das Zusammentragen von HIV-Infektionsraten und AIDS-Erkrankten – letztlich sind sie jedoch aus den eingangs genannten Testpolitiken der Länder ausschnitthaft und

26 Lediglich Baden-Württemberg hat in einer knapp zweijährigen Testreihe zumindestens Wiederholungstest mit wenigen Testverweigerern durchgeführt (siehe auch Kapitel „HIV/AIDS")

nicht vergleichbar: Eine etwa auf diese Art und Weise festgestellte geringe Verbreitung oder Rückläufigkeit von HIV-Infektionen im Strafvollzug (vgl. Göttinger 1994, S. 55f) beispielsweise wird oftmals jedoch von Strafvollzugsbehörden zum Anlaß genommen, das HIV- und AIDS-Geschehen im Strafvollzug als ein quantitativ geringfügiges Problem zu betrachten und eine mögliche Kontrolle über das Infektionsgeschehen zu unterstellen.
Der undifferenzierte Umgang mit fragmentarischen und nicht repräsentativen Daten kann allerdings sowohl eine falsche und möglicherweise gefährliche Sicherheit der fachlich Zuständigen und politisch Verantwortlichen produzieren, als auch in der Verallgemeinerung von Einzelfällen über Sensationsberichte eine massenmediale Aufbereitung erfahren, die ggf. Stigmatisierungen von Drogenabhängigen im Gefängnis zur Folge haben kann (Tomasevski 1992, S. 94f).
Allgemeine Testergebnisse lassen schließlich keine Aussagen über die innere Dynamik einer Infektion innerhalb der Hauptbetroffenengruppen der Drogenabhängigen zu. Hier können sich durchaus widersprüchliche Infiziertenraten bei Untergruppen gegenüber der durchschnittlichen Prävalenz finden[27]. Auch können durch allgemein-epidemiologische Quartalsuntersuchungen Dynamiken von Übertragungen von Infektionskrankheiten nicht schnell und exakt genug erfaßt werden.
Über das Spritzhygiene-Verhalten drogenabhängiger Gefangener liegen wenig wissenschaftlich erhobene Daten vor. Außerhalb des Strafvollzugs durchgeführte Studien und Berichte von Betroffenen legen jedoch die Vermutung nahe, daß es in der Haft durchaus zu erheblichen Risikosituationen, was die Übertragung von existentiell bedrohlichen Infektionskrankheiten anbelangt, über die Gemeinsambenutzung insterilen Spritzbestecks kommt.

Mit der Fokussierung und Reduktion der gesamten Aufmerksamkeit auf das HI-Virus ist zudem das Infektionsrisiko Hepatitis-Infektion in den letzten Jahren massiv ausgeblendet und unterschätzt worden: Doch gerade die rasche und bereits als ‘gefängnistypische’ Verbreitung von Hepatitisinfektionen (vgl. Gaube u.a. 1993) hat massive gesundheitliche Gefährdungen vor allem von i.v. DrogenkonsumentInnen zur Folge. Insbesondere bei Hepatitis B und C in chronifizierter Form bestehen erhebliche Morbiditäts- und Morta-

---

27 Kleiber (1995, 13) stellt in seiner epidemiologischen „HIV-needle-sharing-Sex“-Studie (N=2443) fest, daß die HIV-AK-Prävalenz bei den drei Erhebungswellen in der Gesamtstichprobe von zunächst 19,4% (1988/89) über 16,4% (1990/91) auf 12,7% (1992/93) zurückging: „Dennoch lag zu jedem Erhebungszeitpunkt die Infiziertenrate im Nicht-Therapiebereich deutlich höher als im Therapie-Sample“

litätsrisiken (vgl. m.w.N. Keppler/Nolte/Stöver 1996). Zur Zeit existieren keine wirksamen Impfstoffe oder/und ausheilende Therapiemöglichkeiten gegen zumindest Hepatitis C. Auch im Vollzug vollzieht sich die Verbreitung dieser beiden Infektionskrankheiten parallel zu der Entwicklung 'draußen': Einem leichten Rückgang bei HIV-Infektionen steht ein enormer Anstieg der Hepatitis-Infektionen gegenüber.
Eindrücklich belegen läßt sich diese Tendenz durch Hämmigs (1996, S. 5) Testresultate, die sich auf eine Berner Projektgruppe als TeilnehmerInnen am PROVE-Projekt – Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige (N = 114) beziehen: Die besondere epidemische Bedeutung von Hepatitiserkrankungen im Verhältnis zu HIV/AIDS bei intravenösem Drogenkonsum stellt sich in der Untersuchung so dar, daß in o.a. Stichprobe eine HIV-Infektion nur bei gleichzeitiger Betroffenheit von Hepatitis C oder in Kombination mit Hepatitis B und C vorkommt und die größte Betroffenheit mit 60% bei einer kombinierten Hepatitis B und C-Infektion lag.
Demnach erfordern infektionsprophylaktische Interessen eine über die Beachtung und Eindämmung einer HIV-Verbreitung hinausgehende Realisierung des Infektionsrisikos 'Hepatitis' unter i.v. DrogenkonsumentInnen in Bezug auf Präventionsmöglichkeiten besonders im Strafvollzug.

Epidemiologische Aussagen über die Prävalenz von HIV und Hepatitis-Infektionen im Strafvollzug können getroffen werden zum einen aufgrund von Studien und Dokumentationen, die innerhalb des Strafvollzuges erarbeitet wurden. Zum anderen können Forschungsergebnisse über die Verbreitung beider Infektionskrankheiten außerhalb des Strafvollzuges darauf geprüft werden, ob der Faktor Strafvollzug ein Prädiktor für Infektionen mit HIV und Hepatitiden darstellt.

#### 2.3.1.2.2 HIV/AIDS

Die Daten des AIDS-Fallregisters und Meldungen nach der Laborberichtsverordnung über HIV Infektionen beim Robert-Koch-Institut (RKI) bestätigen sowohl eine Stabilisierung der AIDS-Inzidenz unter i.v. DrogenkonsumentInnen in den letzten Jahren. Auch die Rate der Neuinfektionen bei i.v. Drogenabhängigen nimmt leicht ab (RKI 1998, S. 20). Während es also bei einem großen Teil der i.v. DrogenkonsumentInnen offenbar zu erheblichen Verhaltensänderungen gekommen ist, lebt und konsumiert gleichwohl ein nicht unbeträchtlicher Teil nach wie vor riskant, insbesondere an Orten, wo

saubere Spritzbestecke nicht uneingeschränkt verfügbar sind (Hamouda et al. 1996, S. 12).

Die im folgenden vorgestellte Datenlage über HIV-Prävalenz und HIV-Transmission im Vollzug ist jedoch widersprüchlich: Die Landesjustizverwaltungen gehen von einer überwiegend geringen bis rückläufigen Anzahl HIV-Antikörper-positiver Gefangener und einer geringen Dunkelziffer mit einigen wenigen bekannten Fällen von Serokonversionen aus. Demgegenüber kommen externe Untersuchungen bezüglich HIV-Infektion und Haftaufenthalt (bei dort fortgesetztem intravenösen Drogenkonsum) zu abweichenden empirischen Ergebnissen, mit eindeutig höheren Betroffenenzahlen und statistisch signifikanten Korrelationen von HIV-Infektion und Haftaufenthalt (und dort fortgesetzten intravenösen Drogenkonsum).

Die Zahl der mit HIV-infizierten Inhaftierten wird in Deutschland von offizieller Stelle (BMG 1995, S. 6) bei den Männern zwischen 0,12%-2,8% und bei den Frauen zwischen 0,48% und 8% der Gefängnisbelegung angegeben (am Stichtag: 31.12.93 bzw. 31.3.94 waren den Justizbehörden bekannt: 406 Männer, 55 Frauen als HIV-positiv und 42 Männer und 15 Frauen als an AIDS erkrankt; BMG/BMJ 1995, S. 6).

Dabei ist in Deutschland wie in den übrigen westlichen Industriestaaten HIV/AIDS im Gefängnis im wesentlichen unter i.v. DrogenkonsumentInnen verbreitet (vgl. Harding 1996).

Die genannten Zahlen müssen mit den oben skizzierten Einschränkungen bzgl. der Dunkelziffern versehen werden. Nur wenig empirische Befunde lassen sich zur Verbreitung von HIV in der Hauptbetroffenengruppe der drogenabhängigen Gefangenen anführen, die ebenso den oben ausgeführten Einschränkungen in der Aussagekraft unterliegen.

Gbordzoe (1997) bestätigt in ihrer Bewertung der HIV-Prävalenz im baden-württembergischen Justizvollzug die eingangs vorgestellt These der Landesjustizverwaltungen in Deutschland: bei einer hohen Testrate von 85% der Gefangenen, ist die Zahl positiver HIV-AK-Tests im Zeitraum von 1991-1996 (1. Halbjahr) kontinuierlich rückläufig und wird nun mit 1% angenommen[28]. Bei einer knapp zweijährigen Testreihe, die sich speziell auf ‘i.v. drogengefährdete Gefangene’ in Baden-Württemberg (N=6255) bezog, wurde

28 Im Jahre 1996 waren von den 52 HIV-infizierten Gefangenen 60% ohne Krankheitsanzeichen, bei 31% bestanden bereits Krankheitssymptome und 9% sind AIDS-krank

eine HIV-Prävalenz von 5,3% festgestellt worden. Ein Drittel davon waren systematische Wiederholungsuntersuchungen vormals negativ getesteter Gefangener, wobei keine Serokonversion festgestellt wurde (Justizministerium Baden-Württemberg 1994).

Keppler/Nolte/Stöver (1996, S. 102) fanden bei 255 HIV-getesteten i.v. drogenabhängigen Gefangenen in der Frauenhaftanstalt in Vechta in 13 Fällen (5,1%) einen positiven Befund. Albota (1993, S. 8) fand in ihrer Analyse der HIV-Epidemiologie im Hamburger Strafvollzug eine HIV-Prävalenz von 2,2% (69/3194), in 4,2% der Fälle (34) wurde von den Befragten ein i.v. Drogenkonsum angegeben. Ein Jahresvergleich 1992-1993 der HIV-Prävalenz intravenös Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug wird ein Rückgang der HIV-Prävalenz der inhaftierten i.v. Drogenabhängigen von 4,3% (1992) auf 2,1% (1993) festgestellt. Begründet wird dieser Rückgang mit dem vermehrten Eintritt und der überproportionalen Repräsentanz von HIV-positiven Drogenabhängigen in Hamburger Substitutionsprogrammen (und durch deren geringere Straffälligkeit sind sie auch weniger im Strafvollzug vertreten), und dem jüngeren Altersdurchschnitt (Albota u.a. 1995:131f). Eine weitere Studie zur HIV-Prävalenz im Hamburger Justizvollzug der Jahre 1993-1995 (n=19482) zeigt eine konstante Verbreitung zwischen 1,1% und 1,6%, allerdings einen Anstieg bei den i.v. drogenkonsumierenden Gefangenen (Koops u.a. 1997). Die Autoren zeigen in ihrer Vergleichsuntersuchung zur HIV-Prävalenz im stationären Drogenentzug (n=1817) deutlich, daß bei einer durchschnittlichen HIV-Prävalenz von 3,2% in den Jahren 1993-95) diejenigen DrogenkonsumentInnen mit zurückliegenden Haftaufenthalten jedoch signifkant höher mit HIV belastet waren gegenüber denen ohne Hafterfahrung: 5,8% vs. 1,2% in den Jahren 1993-95[29]. Die Autoren kommen zum Schluß: „Die in externen Drogenhilfeeinrichtungen abgefragte Hafterfahrungen der i.v. DrogenkonsumentInnen stellte sich als signifikanter Risikofaktor für eine HIV-Infektion dar. Bezüglich der Hepatitis B zeigt sich eine steigende Zahl akuter Infektionen, und die Hepatitis C weit mit knapp 20% in der Gesamthäftlingszahl bzw. fast 60% unter den IVDA eine erschreckend hohe Prävalenz auf“ (Koops, S. 6f).

Mehrere Studien außerhalb des Strafvollzuges belegen eine enge Korrelation zwischen dem ehemaligen Aufenthalt im Strafvollzug und der Verbreitung

---

29 Signifkant höher liegt die HIV-Prävalenz auch bei einer weiteren Vergleichsgruppe von Drogenabhängigen aus der ambulanten Therapiehilfe e.V.. HIV-Prävalenz gesamt: 1,7% vs. 2,9% mit Hafterfahrung.

o.g. Infektionskrankheiten[30] (Kleiber 1991, S. 35; Müller u.a. 1995). Stark/ Müller (1994, S. 2) weisen in ihrer Studie mit über 1.000 befragten Drogenabhängigen aus, daß „bei Personen, die während der Haft häufig fremde Spritzen benutzten, (war) das HIV-Infektionsrisiko um über das 10-fache höher als bei denen, die niemals inhaftiert waren. Von denjenigen Fixern, die in Haft häufiger als 50-mal fremde Spritzen benutzt hatten, waren 50% mit HIV und 97% mit dem Hepatitis C-Virus infiziert, während die entsprechenden Infektionsraten bei denjenigen, die nie inhaftiert gewesen waren, bei 5% bzw. 71% lagen".
Kleiber (1991, S. 35) hat ebenfalls einen zwingenden Zusammenhang zwischen dem Aufenthalt im Strafvollzug und der Verbreitung der HIV-Infektion hergestellt: In seiner differentiell-epidemiologischen Untersuchung der HIV-Prävalenz bei DrogengebraucherInnen (N=1253) stellte er eine Prävalenzrate von 19,9% fest. Eine vertiefende Analyse ergab, daß DrogengebraucherInnen ohne Hafterfahrung (N=499) zu 10% HIV-AK-positiv waren, mit Hafterfahrungen waren bereits zu 26% und diejenigen, die darüber hinaus noch angaben, auch in der Haft intravenös appliziert zu haben, waren zu 33,7% HIV-positiv. Mit den Haftepisoden steigt die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion, bei den untersuchten Frauen war dies am ausgeprägtesten: „Über 40% (29/70) der mehr als dreimal inhaftierten Fixerinnen waren mit HIV infiziert. Dieses Ergebnis stellt den deutlichsten Einzelzusammenhang zwischen HIV und einer anderen Variable dar" (Kleiber 1995:16).
Diese Ergebnisse werden von Koch/Ehrenberg (1992:48) in ihrer Untersuchung (N=660) bestätigt: Sie fanden eine doppelt so hohe HIV-Prävalenz bei Befragten i.v. DrogenkonsumentInnen mit Hafterfahrung (23,7%) gegenüber Nicht-Hafterfahrenen (12,5%). Die HIV-Prävalenz von Frauen mit Hafterfahrung war dreimal höher als bei Frauen, die nie im Gefängnis waren.

Die Vergleichbarkeit empirischer Ergebnisse und vor allem deren Interpretationen aus unterschiedlich angelegten Studien bleibt fraglich angesichts differenter Forschungsanlagen und -interessen. Bedenkenswert ist, daß abweichende Ergebnisse bei Untersuchungen innerhalb des Vollzuges zu

30 Cayla u.a. 1995 finden in ihrer Vergleichsuntersuchung von AIDS-PatientInnen in Barcelona mit und ohne Inhaftierung, daß mehr AIDS-PatientInnen i.v. DrogenkonsummentInnen waren, als homosexuell und eine extra-pulmonary tuberculosis häufiger die AIDS-definierende Krankheit darstellte, als Pneumocystis carinii pneumonia.

außerhalb durchgeführten Studien von unterschiedlichen Stichprobenverhältnissen ausgehen können.
Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu klären, ob eine deskriptive Langzeitstudie als Verlaufsuntersuchung die Grundlage bildet oder eine stichtagsbezogene Datensammlung, die einen zwischenzeitlichen „Durchlauf", eine Fluktuation der Untersuchungsgruppe unberücksichtigt läßt.
Mit einer entsprechenden Analyse des vorhandenen Datenmaterials ließen sich u.U. die innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs gewonnenen Ergebnisunterschiede zur HIV-Betroffenheit erhellen und überprüfen.

In dem oben genannten Schätzrahmen zur Verbreitung von HIV in den Vollzugsanstalten Deutschlands bewegen sich auch die Angaben zur HIV-Verbreitung in JVAs in anderen Ländern. In England und Wales wurden 1997 in 8 englischen Gefängnissen HIV-Tests an 3942 InsassInnen durchgeführt: Die Verbreitung von HIV-Antikörpern betrug danach 0,29% (6/2100) bei den erwachsenen Männern, 0,0% bei den Jugendlichen und 1,2% (5/410) bei den Frauen (vgl. Weild u.a. 1998). Trotz dieser geringen Prävalenzraten kommen die AutorInnen zu dem Schluß, daß angesichts der Verbreitung des intravenösen Drogenkonsums im Strafvollzug (von 36% aller i.v. DrogenkonsumentInnen und 5,4% aller männlichen Befragten) große Risikopotentiale für Infektionsrisiken liegen.

1993 wurde in Großbritannien der erste Ausbruch von HIV-Infektionen im Gefängnis berichtet (Glenochil Prison in Schottland). Ursprünglich wurde bei 8 Gefangenen eine Hepatitis-B-Infektion und bei zwei Gefangenen eine HIV-Infektion diagnostiziert. Allen betroffenen Gefangenen wurden vertrauliche HIV-Tests und -Beratungen angeboten. Von den 227 Gefangenen, die die Beratung annahmen, gaben 76 (33%) an, jemals im Leben Drogen injiziert zu haben, 33 gaben dies auch für ihren Aufenthalt in der Haftanstalt Glonochil zu. 43 sagten, irgendwann im Leben injiziert zu haben, aber nicht in Glenochil. Von letzteren wurden 34 Gefangenen getestet – jedoch alle negativ. Von den 33, die in Glenochil gespritzt hatten, wurden 27 getestet, 12 davon waren HIV-positiv, die verbleibenden 15 waren zwar negativ, aber befanden sich immer noch in der Fensterperiode. Zwei weitere Gefangene mit Spritzdrogenkonsum in Glenochil wurden zwei Monate vorher HIV-positiv getestet. Zusammen waren also 14 HIV-positive Gefangenen innerhalb kürzester Zeit getestet worden. Mit defitiver Sicherheit ließ sich für 8 Gefangene sagen, daß sie sich in der Haft angesteckt haben mußten. Die übrigen 6 könnten sich ebenfalls in Haft infiziert haben, die HIV-Übertra-

gung außerhalb konnten jedoch nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden.
In den Beratungssitzungen wurden die Gefangenen über ihre Injektions- und needle-sharing-Praktiken sowohl innerhalb des Vollzuges als auch außerhalb befragt: Sieben der Spritzdrogengebraucher begannen in der Haftanstalt Glenochil zu injizieren. Für die anderen war die Frequenz des Spritzdrogenkonsums in Haft geringer als außerhalb. Außerhalb wurde täglich, in Glenochil eher wöchentlich oder monatlich gespritzt.

Obwohl die Frequenz des Spritzdrogenkonsums in Haft stark reduziert wurde, entwickelt sich die Spritzenteilungspraxis gegenläufig: nur zwei Gefangene spritzten immer mit benutzten Nadeln außerhalb des Vollzuges, hingegen 20 in der Haftanstalt. Alle in Glenochil befragten Spritzdrogenkonsumenten haben wenigstens manchmal Spritzen getauscht.
Fast alle Befragten gaben an, ihr Spritzbesteck vor dem Konsum gereinigt zu haben. Die angewandten Methoden waren dabei jedoch meistens ineffektiv (siehe auch unsere Studie). Die Mehrheit benutzte kaltes Wasser Einer, derjenigen, der sich HIV zuzog, gab an, die Spritze und die Nadel immer mit Bleach vor dem Gebrauch gereinigt zu haben.

Die Gründe für diesen Ausbruch von HIV-Infektionen wurden von den Autoren folgendermaßen beschrieben: „In Scottish prisons, bleach tablets are now available and detoxification programs have been implemented in some establishments, including Glenochil. But the two principal and highly successful means of HIV-prevention – needle and syringe exchange schemes and methadone maintenance – are not available. If HIV transmission is to be most effectively prevented, however, harm reduction methods that are implemented in the community should also be implemented in prisons“ (vgl. Taylor/Goldberg 1996, S. 13f).

Es gibt Aussagen von einer Reihe von Studien, die aussagen, daß ein kleiner bedeutsamer Teil von Gefangenen entweder im Gefängnis damit beginnen oder dazu zurückkehren, Drogen zu injizieren und von diesen teilen einige wiederum das Spritzbesteck, einige von ihnen zum ersten Mal.

Für Deutschland existieren aufgrund des Mangels an längsschnittlich erhobenen Seroprävalenzdaten für den Vollzug kaum Daten über Infektionsausbrüche: In den meisten Bundesländern sind Serokonversionen in Haft auch nicht bekannt; lediglich in Berlin und Hessen wurden drei bzw. zwei Fälle in den letzten Jahren dokumentiert (Breedek 1997, S. 15; BMG 1995, S. 9).

Aber auch die Effektivität von Bleach als ein Dekontaminationsmittel wurde sowohl auch bio-chemischer, als auch aus verhaltensperspektive hinterfragt: SpritzdrogenkonsumentInnen unterschätzen die für einen Sterilisationsprozeß benötigte Zeit. Zusätzlich müssen die klandestinen Bedingungen der Haft berücksichtigt werden, die oftmals keine umsichtige, aufwendige Desinfektion zulassen. (vgl. auch Dolan 1995).

In Canada und den Vereinigten Staaten von Amerika sieht die Situation der Verbreitung von Infektionskrankheiten unter vornehmlich drogenabhängigen aber auch nicht-drogenabhängigen Gefangenen ebenfalls sehr bedrohlich aus: In einem Strategiepapier zu Drogen, Infektionsgefahren im Strafvollzug des 'Correctional Service of Canada' wird davon ausgegangen, daß die HIV/AIDS-Infektionsrate unter den Gefangenen 10 Mal höher ist als in der Normalbevölkerung. Zwischen 25-40% aller Gefangenen und 90% der injizierenden drogengebrauchenden Gefangenen sind mit Hep. C belastet (The Ottawa Citzen 1999).

Ganz andere Dimensionen hat die HIV-Verbreitung offenbar in US-amerikanischen Gefängnissen erreicht: allein in den New York State Gefängnissen wird der Anteil der HIV-positiven Gefangenen an den 63.000 InsassInnen auf zwischen 17,8 und 80% geschätzt Mahon/Machon 1993).

Nimmt man für Deutschland schließlich eine HIV-Prävalenz unter den Gefangenen von 1% an, bedeutet dies eine 25mal höhere HIV-Verbreitung in der Gefangenenpopulation als in der Durchschnittsbevölkerung angenommen wird[31].

#### 2.3.1.2.3 Hepatitis

Die endemische Verbreitung von Hepatitis B und C vor allem unter KonsumentInnen von Spritzdrogen ist aus vielen Untersuchungen aus verschiedenen Ländern bekannt. Dies ist z.T. darauf zurückzuführen, daß die Hepatitis-Viren sehr viel resistenter gegenüber Umwelteinflüssen und demgemäß sehr viel leichter übertragbar sind als etwa das HI-Virus. Die hohe Verbreitung kann aber auch ein Anzeichen dafür sein, daß nach wie vor unter bestimmten DrogengebraucherInnen eine mangelnde Hygiene bei der intravenösen Injektion besteht (needle sharing und drug sharing). Zudem ist das Risiko

31 Bei einer Bevölkerungszahl in Deutschland von etwa 80 000 000 werden ca. 32 000 HIV-Infizierte angenommen, d.h. 0,04%

einer Infektion schon bei vereinzelter oder auch einmaliger Unachtsamkeit bzgl. des hygienischen Verhaltens enorm hoch aufgrund der hohen Hepatitis-Durchseuchungsrate bei i.v. Drogenabhängigen. Hepatitis-Infektionen haben sich außerhalb des Vollzuges unter i.v. Drogenkonsumenten trotz bereitstehender infektionsprophylaktischer Hilfsangebote massiv verbreitet. Die Europäischen Beobachtungs- und Dokumentationsstelle (EBDD, 1998, S. 4) zählt die Hepatitis-Infektion, die hinsichtlich der Morbidität und Mortalität mit HIV/AIDS verglichen wird, zu den gravierendsten gesundheitlichen Problemen i.v. Drogenabhängiger in ganz Europa. Die Zahl der infizierten i.v. konsumierenden Drogenabhängigen wird in der EU auf 500 000 angegeben. Eine gesamteuropäische Reaktion auf die massive Ausbreitung der Hepatitis steht bisher aus.

Mit der Focussierung und Reduktion der gesamten Aufmerksamkeit auf das HI-Virus ist das Infektionsrisiko Hepatitis in den letzten Jahren massiv unterschätzt worden: Doch gerade hier bestehen erhebliche – vielfach auch von den Landesjustizbehörden total unterschätzte – Risiken einer schon als 'gefängnistypisch' zu bezeichnenden Verbreitung vor allem bei i.v. DrogenkonsumentInnen. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts sind in Deutschland etwa 600 000 Menschen mit Hepatitis B infiziert (d.h. etwa 0,75%[32]). Die Hepatitis-B-Impfung wurde zwar in den Impfkatalog für Kinder und Jugendliche aufgenommen, doch die Erreichbarkeit gerade dieser Zielgruppe ist schwer. Insgesamt leben etwa eine Million Menschen in Deutschland mit einer Hepatitis C-Infektion (d.h. etwa 1,25%).

Insbesondere bei Hepatitis B und C in chronifizierter Form bestehen erhebliche Mortalitätsrisiken. Die Infektion kann ebenso wie bei HIV lange Zeit asymptomatisch verlaufen: es kann bis zu 20 Jahren dauern bis es zu einem Leberversagen kommt. Zyka-Menhorn (1999) berichtet, daß Doppelinfektionen mit HIV und HCV, die vor allem bei Drogenabhängigen zu finden sind, zu einer eigenständigen Mortalität und schnelleren Entwicklung zur Zirrhose führen.

Zur Zeit existieren keine wirksamen Impfstoffe gegen zumindest Hepatitis C. Zwar kann Hepatitis C medikamentös (Interferon) behandelt werden, aber die Erfolge sind nicht sehr befriedigend, nur etwa die Hälfte bis ein Drittel der Patienten spricht auf eine Therapie an (vgl. www.HEPfinder.de).

---

32 Gaube et al. (1993) gehen von einer Durchseuchungsrate von Hepatitis B zwischen 1,5% und 5% in Abhängigkeit von Alter und Berufsgruppen aus

Auch im Vollzug vollzieht sich die Verbreitung dieser beiden Infektionskrankheiten parallel zu der Entwicklung in Freiheit: einem leichter Rückgang bei HIV-Infektionen steht ein enormer Anstieg der Hepatitis-Infektionen gegenüber.

Als unmittelbar mit dem intravenösen Drogenkonsum zusammenhängende Verhaltensweisen mit Infektionsrisiken für Hepatitiserreger vermuten Holbach et al. (1998, S. 391) den Tausch von Kanülen und Spritzen, den Gebrauch von Löffeln/Dosen und Filtern, die zuvor von anderen Personen für die Drogenaufbereitung benutzt worden waren, die Verwendung von potentiell mit Blut kontaminierten Wasser sowie gemeinsames Aufziehen und Teilen von injektionsfertigen Drogen: „Als unabhängige Determinante wurde für die Hepatitis C der Tausch von Kanülen signifikant“ (Holbach et al. 1998, 391). Deutlich wird, daß die Präventionsbotschaft der AIDS-Hilfen („Für jeden Druck, ‘ne neue Spritze – Deutsche AIDS-Hilfe) für die Hepatitisinfektionen zu kurz greift. Denn einige Studie zeigen, daß Infektionsgefahren auch von dem Gemeinsamgebrauch kontaminierter Spritzutensilien ausgehen können: Löffel, Dosen, Wasser, Filter, sowie auch das gemeinsame Aufziehen oder das Teilen von injektionsfertigen Drogen als potentielle Übertragungsmedien und Risikopraktiken (‘drug sharing’; vgl. auch Holbach et al. 1998, S. 395). Diese Risikobedingungen sind im Vollzug als verbreitet anzunehmen. Stark u.a. (1996, S. 311ff) weisen in ihrer Untersuchung über das ‘frontloading’[33] bei i.v. DrogenkonsumentInnen in Berlin (n=324) darauf hin, daß ein unabhängiger Risikofaktor für die Infektion mit HIV, HBV und HCV ‘needle sharing’ im Gefängnis war. Holsen u.a. (1993) kommen in ihrer Untersuchung über die Prävalenz von HCV in einem nationalen Gefängnis in Norwegen zu den Ergebnissen, daß 46% der untersuchten Gesamtgruppe, davon in der Untergruppe der i.v. DrogenkonsumentInnen jedoch 73% HCV positiv waren, damit ergibt sich eine 400fach höhrere Verbreitung als in einer Untersuchung über Blutspender. Nur etwa die Hälfte (47%) der HCV-positiven Gefangenen waren sich über die Hepatitiserkrankung im Klaren, was für die Autoren ein Beleg für die Notwendigkeit extensiver Testung und Informierung der Risikogruppen darstellt.

---

33 D.h. zwei oder mehrere DrogenkonsumentInnen benutzen eine Spritze um die Drogenlösung vorzubereiten und teilen sie dann in die entsprechenden Teilmengen in die Spritzen der anderen NutzerInnen auf. Je nach Spritzentyp werden dabei entweder die Nadel oder der Kolben der Spritze entfernt (vgl. Bornemann/Stöver 1990).

Einzelne in Deutschland ausgeführte Prävalenzstudien ermittelten in ihren Kollektiven eine Hepatitis-B-Verbreitung von 36,6% bis 90% (vgl. Holbach et al. 1998; Heckmann 1993; Stark et al., 1995; Gößling 1997) und eine Hepatitis-C-Verbreitung zwischen 43,9% und 90% (vgl. Holbach et al. 1998; Backmund et al. 1998; Heckmann et al., 1993; Stark et al. 1995; Gößling 1997; Advisory Council 1996, S.106). Aber auch in anderen europäischen Strafvollzugseinrichtungen wird eine ähnlich hohe Verbreitung von Hepatitis B und C berichtet (Übersicht: Heinemann/Püschel 1998, S. 72ff)

Bei einer Analyse der amtlich gemeldeten Hepatitisinfektionen außerhalb des Justizvollzuges stellten Rieger-Ndakorerwa et al. (1994) eine relative und absolute Zunahme vor allem der infektiösen Hepatitis B in den Risikogruppen 'i.v. Drogenabhängige' und 'Insassen von Haftanstalten' fest – ihr Anteil liegt jeweils um ein Vielfaches über deren vermuteten Anteil in der Gesamtbevölkerung. Auch bei den von Laufs et al. (1994) untersuchten 4.659 HCV-infizierten Personen aus dem Hamburger Raum war das Risiko 'i.v. Drogenkonsum' (23,4% aller Fälle) und „Haftaufenthalt" (12,5%) enorm hoch. Diese Zahlen müssen vor dem Hintergrund eines großen Dunkelfeldes nicht-gemeldeter Hepatitis-Infektionen betrachtet werden: Rieger-Ndakorerwa (1994) schätzt einen Anteil von ca. 80-90%.

In der Studie von Kleiber/Pant (1996:146) berichtete etwas mehr als die Hälfte aller InterviewteilnehmerInnen von einer durchgemachten Gelbsucht, unter den HIV-Seropositiven waren es 78,5%.

Die Verbreitung von der nicht zur Chronizität neigenden Hepatitis A unter DrogengebraucherInnen ist hingegen wenig dokumentiert.

Im Justizvollzug hingegen scheinen Hepatitis-Infektionen sehr viel stärker verbreitet zu sein als außerhalb. Dies hängt mit den oben genannten Risikofaktoren, die im Vollzug gehäuft auftreten, zusammen. Mittlerweile ist auch der Strafvollzug für diese Infektionskrankheit sensibilisiert. Dazu haben verschiedenen Forschungs- und Dokumentationsarbeiten über Prävalenz und Serokonversionen beigetragen. Gaube et al. (1993) fanden in der JVA Wolfenbüttel eine 100-200fach erhöhte Häufigkeit der Verbreitung der drei Hepatitiden A, B und C im Justizvollzug als in der Normalbevölkerung. Keppler/Nolte/Stöver (1996:104) fanden bei einer Untersuchung in der niedersächsischen Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta Infektionsraten von 78% (Hep. B) und 74,8% (Hep. C) bei drogenkonsumierenden Frauen. Dabei wurden Serokonversionen während der Haftzeit in nicht unerheblichem Umfang festgestellt: Von den 41 serokonvertierten Patientinnen hatten

sich 20 (48,8%) ihre Hepatitisinfektion während der Inhaftierungszeit erworben (siehe unten).

Gbordzoe (1997) fand bei ihrer HIV/Hepatitis-Untersuchung in der JVA Heilbronn eine relativ geringe Verbreitung von Hepatitis B (3,12%) und 17% Hepatitis C unter allen Gefangenen. Untersucht man jedoch die Verteilung innerhalb der Gefangenengruppen genauer, kann in der Gruppe der i.v. DrogenkonsumentInnen eine Verbreitung von 77% ermittelt werden.

Bredeek et al. (1997) fanden bei 621 HIV-Positiven, die zwischen 1983 und 1995 im Berliner Justizvollzug serologisch auf Hepatitis B untersucht wurden, daß 95,8% eine Hepatitis B durchgemacht hatten. Von den 271 seit Einführung des Hepatitis C-Tests in der JVA (1990) auf HCV-Antikörper untersuchten HIV-positiven Insassen erwiesen sich 97% als positiv.

Die medizinische Begleitforschung des 'Pilotprojektes zur Infektionsprophylaxe für Drogenabhängige in der Anstalt des offenen Vollzugs in Vierland (Anstalt XII)' erbrachte Gesamtprävalenzen für Hepatitis B und C bei allen untersuchten Gefangenen von etwa 50% zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (Heinemann/Püschel 1998, S. 48f). Bei genauerer Betrachtung von Untergruppen wurde festgestellt, daß die Gruppe der Heroin-/Kokaingebraucher in Haft wesentlich höhere Prävalenzen zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten aufwiesen (Hepatitis B 64 bzw. 80%; Hepatitis C 89% bzw. 81%).

Die bereits erwähnte schriftliche Befragung der Landesjustizbehörden (Weilandt/Rotily 1997) verdeutlichte, daß Eingangsuntersuchungen auf Hepatitiden entweder gar nicht oder nur bei medizinischer Indikation durchgeführt werden. Positive Hepatitis-Befunde werden bisher von keiner der Landesbehörden erfaßt. Eine Ausnahme bildet die Praxis in Baden-Württemberg: Auf Veranlassung des Justizministeriums Baden-Württembergs gehört seit 1995 die Hepatitis C-Serologie grundsätzlich zur Eingangsuntersuchung der Gefangenen. Nach den vorliegenden Erkenntnissen weisen etwa 17% der Gefangenen einen positiven Hepatitis-C-Befund auf – der Anteil Drogenabhängiger darunter beträgt etwa 70%, wobei die Hälfte dieser Gefangener als infektiös eingestuft wird. Zwei Strafgefangenen haben sich wahrscheinlich während der Inhaftierung neu mit HCV infiziert[34] (Goll 1997).

---

34 Der Justizminister berichtet von einer wahrscheinlichen HIV-Serokonversion aus der Justizvollzugsanstalt Bruchsal im Jahre 1996 (Goll 1997).

Demnach erfordern infektionsprophylaktische Bemühungen insbesondere im Justizvollzug eine über die Beachtung und Eindämmung einer HIV-Verbreitung hinausgehende Realisierung des erheblichen Infektionsrisikos ‘Hepatitis’ unter i.v. Drogenkonsumenten.

Untersuchungen in anderen Staaten belegen eine z.T. hohe Verbreitung von Hepatitiden in Gefängnissen, z.B. Crofts u.a. (1995, S. 288) für Australien (Victoria): „Hepatitis B and C are spreading rapidly through some populations of injecting drug users in Victoria, particularly among men aged less than 30 years at risk of imprisonment in whom rates of spread are extreme; this group constitutes a sizable at risk population for spread of HIV. This spread is occuring in a context of integrated harm reduction measures outside prisons for prevention of viral spread but few programmes wihin or on transition from prisons, it poses an urgent challenge to these programmes.“

Insgesamt kann festgehalten werden, daß während in der Normalbevölkerung eine Durchseuchungsrate mit Hepatitis B von 0,75% und mit Hepatitis C von 1,25% besteht, sich diese Raten bei intravenös Drogenabhängigen im Strafvollzug in vielen Untersuchungen z.T. erheblich jenseits der 50% liegen.

Darüber hinaus sind auch die Justizvollzugsbeamten in einem höheren Maße gefährdet als die Allgemeinbevölkerung. Czeschinski (1998, S. 79f) weist auf Hepatitis A und B-Infektionsgefährdungen hin, die aus dem intensiven Kontakt mit Risikogruppen in enger, räumlicher und persönlicher Nähe entstehen. Verletzungsgefahren bei Zellen- und Leibesvisitationen oder bei tätlichen Auseinandersetzungen, Erst-Hilfe-Maßnahmen sind risikoträchtige Bereiche: „Untersuchungen in italienischen Gefängnissen haben gezeigt, daß die Hepatitis-B-Durchseuchung bei Insassen und Wärtern mehr als doppelt so hoch lag, wie bei der Allgemeinbevölkerung.“

#### 2.3.1.3 Übertragungen von Infektionskrankheiten in der JVA für Frauen/Vechta – Eine Querschnittsanalyse von Infektionstests[35]

Infektionsprophylaxe im Strafvollzug kann nicht gleichgesetzt werden mit HIV/AIDS-Prophylaxe. Die Auswirkungen der Hepatitiserkrankungen und hierbei insbesondere die extrem schlechte Prognose der Hepatitiden B und C sind, wenn auch mit größerer zeitlicher Latenz, denen der HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung vergleichbar (Lit. zur Prognose: Frösner 1994; Grob 1994; Wiese 1991; Pape 1994a, Roggendorf 1994; Caselmann 1994; Blum 1993; Laufs 1994; Kamps 1990). Leider wird die Sicht auf diese dramatische Situation verstellt durch die größere Latenzzeit, obwohl der Blick eigentlich geschärft sein sollte wegen der offensichtlich wesentlich höheren Anzahl der betroffenen Personen. Wird Infektionsprophylaxe im Strafvollzug nicht nur auf HIV/AIDS verkürzt, sondern werden Hepatitiserkrankungen mit einbezogen, so wird die Gesamtsituation Hepatitis A, B, C im Strafvollzug interessant. Unglücklicherweise ist Strafvollzug in weiten Teilen eine klassische 'black box'.

Unter infektionsprophylaktischen Gesichtspunkten ist die Erkenntnis wichtig, ob, wie und gegebenenfalls in welchem Umfang die für Drogenabhängige und Gefängnisinsassen einschlägigen viralen Infektionskrankheiten HIV, Hep. A und B und C innerhalb einer JVA weitergegeben werden (vgl. dazu Gaube u.a. 1993, Keppler 1994). Generell stehen bei den angesprochenen viralen Infektionskrankheiten die Übertragungswege 'ungeschützter Sexualkontakt' und gemeinsame Benutzung kontaminierter Spritzbestecke ('needle sharing') im Vordergrund. Will man diese beiden Infektionsschienen trennen und gezielt die Übertragung per needle sharing untersuchen, so bietet sich aus verschiedenen Gründen eine Untersuchung in einem Frauengefängnis an: relativ wenige heterosexuelle Kontakte (wie auch im Männergefängnis), niedrige Infektionsrisiken bei gleichgeschlechtlicher Sexualität.

Generell scheint es so zu sein, daß das Gefängnisambiente unsauberes Spritzverhalten nachgerade unterstützt: Befragt man inhaftierte Patientinnen über den Umfang der jeweils im Haus verfügbaren Spritzen, variiert dieser zwar – gemeinsam ist aber immer, daß ein unterschiedlich großer Anteil der

---

35 Diese Studie wurde durchgeführt zusammen mit Karlheinz Keppler und Frank Nolte, und erschien in ausführlicher Form in: Sucht 42 (2) 1996, S. 98-107. Sie konnte nur durchgeführt werden aufgrund der finanziellen Unterstützung von Frau Dorothea Klieber. Dafür bedanke ich mich an dieser Stelle sehr herzlich.

Inhaftierten eigene, gleichwohl alte Spritzen besitzt. Stereotyp taucht aber immer wieder auf, daß gerade Neuzugänge, bevor sie im Haus Verbindungen aufgebaut haben, auf Spritzentausch angewiesen sind, in der Regel mit Mitgefangenen, deren serologischen Status sie noch nicht einmal gerüchteweise kennen. Leudsen und Stark (1992, S. 715) berichteten, daß es unter dem Eindruck von AIDS bei vielen Drogenabhängigen zur signifikanten Risikoreduktion bei der Drogeninjektion gekommen sei. Allerdings bleibe als Problem, daß bei vielen i.v. Drogenabhängigen die präventiven Verhaltensweisen nicht konsequent durchgehalten würden. Von den Faktoren, die dabei zeitstabilen Verhaltensweisen entgegenstünden, treffen mehrere exakt auf die Situation zu Beginn der Inhaftierung zu: die Nichtverfügbarkeit von eigenem Spritzbesteck bei beginnenden Entzugserscheinungen, Nichtverfügbarkeit von Spritzbesteck zu Beginn der Haft, Angst vor Strafverfolgung bei Spritzenbesitz.

Diese drei Faktoren in Verbindung mit der weiter oben beschriebenen Situation der noch fehlenden Szenekontakte im Gefängnis macht gerade zu Beginn der Haft die Übertragung einer viralen Infektionserkrankung besonders wahrscheinlich. Gleichwohl fällt der Nachweis einer im Vollzug stattgefundenen Infektion gerade bei diesen Erkrankungsszenarien besonders schwer (Inkubationszeit, Testverhalten, Testgewohnheiten).

Offensichtlich ist eine Sensibilisierung für das Thema ‘Verbreitung von Infektionsgefahren im Gefängnis’ erfolgt: auch bei unsystematischem Herangehen werden relativ Infektionen festgestellt, die während der Inhaftierungszeit weitergegeben wurden. So schätzt Rex (pers. Mitteil. 1995) die Zahl der im Vollzug übertragenen Infektionskrankheiten auf etwa ein Drittel. Vahjen (1995) findet, als er danach sucht, sofort Nachweise für im Vollzug übertragene Infektionen. So berichtet er, daß bei der retrospektiven Auswertung von 68 Gesundheitsakten in 24 Fällen eine Hep. C Infektion nachweisbar war. Von diesen 24 Patienten sind 18 mit einer chronischen Hep. C behaftet. Von diesen 24 Patienten sind weiterhin 10 vor der Inhaftierung infiziert gewesen. Bei 7 Patienten ist eine Infizierung in Haft möglich, aber nicht sicher beweisbar. Bei weiteren 7 Patienten ist demgegenüber sicher eine Hep. C Virusinfektion innerhalb der JVA nachweisbar. Das entspräche einem Anteil von 29.1%, also einem knappen Drittel.

Auch unsere Studie untersucht retrospektiv von dokumentierten Infektionen nach Aktenlage festzustellen, ob und wieviele virale Infektionen während

der Inhaftierungszeit übertragen wurden. Darüber hinaus soll festgestellt werden, wie die Prävalenz für HIV, Hep. A, B, C und Lues in der JVA für Frauen überhaupt aussieht.

**JVA Vechta**

Kriminalität und Strafvollzug sind vorrangig Männersache. Gesichert ist, daß Frauen in unserer Gesellschaft mehr als Männer dazu neigen, ihre Konflikte nach innen gerichtet und passiv zu bewältigen: Alkohol und Drogenabhängigkeit, Suizidversuche, Depressionen, psychosomatische und neurotische Krankheiten sind Symptome und Anzeichen hierfür. Seltener fallen Frauen aus ihrer Rolle und werden straffällig.
So hat Niedersachsen knapp 6000 Haftplätze für männliche Gefangene, aber nur 220 für Frauen. Die allermeisten dieser in Niedersachsen inhaftierten Frauen sind in der für diesen Zweck zentralen Hafteinrichtung des Landes, der JVA für Frauen in Vechta (165 Haftplätze), untergebracht. Hier werden sämtliche Haftarten vollzogen: Geschlossener Vollzug, offener Vollzug, Freigang und Mutter-Kind-Einrichtung existieren parallel unter einem Dach. Die Strafdauer reicht von kurzen Ersatzfreiheitsstrafen bis hin zu lebenslangen Freiheitsstrafen. Insofern ist die dort einsitzende Klientel in keiner Weise vollzuglich vordifferenziert, sondern repräsentiert die Gesamtheit der in Niedersachsen inhaftierten Frauen.

**Auswertung der serologischen Befunde in den Gesundheitsakten**

In dieser Untersuchung sollte zunächst der Frage nachgegangen werden, wie stark die Krankheiten HIV/AIDS und Hepatitis A, B und C unter den Insassen im Strafvollzug verbreitet sind – insbesondere unter den i.v. Drogengebrauchern. Zu diesem Zweck wurde eine Querschnittsuntersuchung in der Frauenvollzugsanstalt Vechta durchgeführt. Untersucht wurden die Gesundheitsakten aller Insassinnen, die zwischen 1992 und 1994 mindestens einen Tag dort inhaftiert waren. Dies ergab eine Gesamtzahl von 1032 Akten, wobei allerdings erwähnt werden muß, daß eine geringe Anzahl von Akten nicht zur Verfügung stand (z.B. wegen Verlegung der Insassin).
Die Akten wurden ausgewertet a) unter dem Gesichtspunkt einer eventuellen i.v. Drogenabhängigkeit, und b) nach serologischen Befunden zu HIV sowie Hepatitis A (HAV), B (HBV), C (HCV) und Lues. Das Merkmal Lues war deshalb interessant, weil Lues nach derzeitigem Wissensstand wohl ausschließlich durch Geschlechtsverkehr übertragen wird – ein Umstand, der

helfen könnte, die Übertragungswege der anderen Infektionskrankheiten besser abzuschätzen.

Von den untersuchten 1032 Insassinnen konsumierten lt. ärztlicher Diagnose nach Analyse der Gesundheitsakten 358 i.v. Drogen (= 34,7%).[36]
Da es hier vor allem um die Verbreitung von Infektionskrankheiten ging, die insbesondere durch 'needle sharing' übertragen werden, schien es sinnvoll nur die intravenös drogengebrauchenden Frauen als Kategorie zu erfassen. In der Vergleichsgruppe der nicht i.v. Drogenkonsumentinnen befinden sich also unter Umständen auch Frauen, die Drogen auf eine andere Art zu sich nehmen.

Insgesamt unterzogen sich 481 Frauen mindestens einem Test (HIV oder Hep. A oder Hep. B etc.). Das entspricht 46,6% der Gesamtstichprobe. Von den i.v. Drogenkonsumierenden ließen sich 74% (=265) mindestens einmal zu einer der o.g. Infektionen testen; bei den nicht i.v. Drogengebrauchenden (n= 674) waren es nur 32% (= 216). Insgesamt läßt sich eine sehr viel größere Testbereitschaft bei den Drogenkonsumentinnen feststellen.

36 Der relativ niedrige Anteil i.v. drogenkonsumierender Frauen – man geht sonst in der Literatur von einem Anteil von 40-50% im Frauen-Strafvollzug aus – ergibt sich durch die Anlage der Untersuchung: die Wahl eines sehr „breiten" Querschnitts der Jahre 1992 bis 1994 verhinderte eine Übersicht darüber, wie die JVA *täglich*, d.h. im Tagesquerschnitt belegt war. Somit traten kürzere Haftzeiten (z.B. bis zu drei Monaten zur Sicherung der Abschiebung ins Ausland) gegenüber den – in der Regel – längeren BtmG-Haftzeiten in den Vordergrund. Laut Angabe der Anstaltsleitung betrug der Anteil der i.v. Drogenkonsumentinnen bei den rund 165 Haftplätzen während der Untersuchung (Dezember 1994) ca. 50%. Diese Zahl wird von einer früheren Untersuchung gestützt, die jeweils die Anzahl der i.v. Drogengebraucherinnen in der JVA für Frauen in Vechta an bestimmten Stichtagen überprüfte. Diese Zählungen ergaben am 3.11.1992 einen Anteil von 43,8% drogenkonsumierender Frauen (n= 176) sowie am 7.3.1994 einen Anteil von 50,3% (n= 173) (vgl. Keppler 1994: 65).

| **Tabelle 1: Anzahl der Tests bei den i.v. drogenkonsumierenden Frauen** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | HIV | HepA | HepB | HepC | Lues |
| ein Test | 130 | 136 | 134 | 142 | 134 |
| zwei Tests | 73 | 61 | 62 | 51 | 44 |
| drei Tests | 29 | 18 | 22 | 16 | 11 |
| vier Tests | 15 | 10 | 11 | 4 | 4 |
| fünf Tests | 3 | 1 | 5 | — | — |
| sechs Tests | 4 | 1 | — | — | — |
| sieben Tests | 1 | — | — | 1 | — |
| acht Tests | — | — | 1 | — | — |
| Gesamtzahl der Tests | 470 | 363 | 401 | 315 | 271 |
| Anzahl der getest. Personen | 265 | 227 | 235 | 214 | 193 |
| Anzahl der nicht gestesten i.v. drogenkonsumierenden Frauen: 93 | | | | | |

*a) HIV*

Der HIV-Test ist der am häufigsten vorgenommene; insgesamt ließen sich 469 Frauen mindestens einmal auf HIV untersuchen (= 45,4%). Die Anzahl der getesteten Frauen liegt bei der Gruppe der i.v. drogengebrauchenden mit 74% (= 265 = Anzahl aller getesteten i.v. Drogenkonsumentinnen) deutlich über dem Vergleichswert in der Gruppe der nicht i.v. Drogengebraucherinnen (30,3%). Auch in der durchschnittlichen Testhäufigkeit liegt die Gruppe der i.v. Konsumentinnen weit vorn: Die 265 getesteten i.v. drogengebrauchenden Frauen ließen sich durchschnittlich 1,8 mal testen; bei den nicht konsumierenden getesteten Frauen lag die Testhäufigkeit nur bei 1,2 mal im Durchschnitt.
Ein positiver Befund lag bei 14 Frauen vor, das sind 3% aller HIV-Getesteten. Wieder zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen i.v. Drogengebraucherinnen und Nichtkonsumentinnen: Nur bei 0,5% (= 1) der getesteten nicht i.v. konsumierenden Frauen lag ein positiver HIV-Befund vor – hingegen waren es bei den getesteten i.v. Drogengebraucherinnen 4,9% (= 13).

| **Tabelle 2: Anzahl der Tests bei nicht i.v. drogenkonsumierenden Frauen** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | HIV | HepA | HepB | HepC | Lues |
| ein Test | 174 | 168 | 171 | 158 | 151 |
| zwei Tests | 25 | 19 | 21 | 14 | 14 |
| drei Tests | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| vier Tests | — | — | — | — | — |
| fünf Tests | 1 | — | — | — | — |
| | | | | | |
| Acht Tests | — | — | — | — | 1 |
| Gesamtzahl der Tests | 236 | 208 | 225 | 192 | 183 |
| Anzahl der getest. Personen | 204 | 191 | 296 | 174 | 167 |
| Anzahl der nicht getesteten nicht i.v. drogenkonsumierenden Frauen: 458. | | | | | |

*b) Hepatitis A*

Von der Gesamtzahl der Frauen (n= 1032) ließen sich insgesamt 418 (40,5%) auf Hepatitis A untersuchen. Auch hier sind die Unterschiede von i.v. Drogenkonsumentinnen und Nicht-Konsumentinnen auffällig: 63,4% der Drogengebraucherinnen ließen sich testen, jedoch nur 28,3% der Nicht-Konsumentinnen. Die Zahlen bezüglich positiver Befunde sind zu relativieren, da nicht bei jeder Untersuchung alle notwendigen serologischen Marker getestet wurden. Bei der Gruppe der i.v. Drogenkonsumentinnen wurden z.B. 105 Frauen lediglich auf eine akute Hep A (Anti-HAV IgM) hin getestet. Ob diese Frauen jedoch bereits eine Hep. A durchgemacht hatten, blieb unklar (Anti-HAV IgG nicht getestet). Eine definitive Aussage, ob eine Hepatitis A vorlag – akut oder vorangegangen – konnte für 125 Frauen aus der Gruppe der Drogengebraucherinnen gemacht werden. Davon waren 82 (65,6%) seropositiv; der Vergleichswert bei den Nicht-Drogenkonsumentinnen lag bei 34,7%.

*c) Hepatitis B*

Insgesamt 41,8% aller Frauen ließen sich auf Hepatitis B hin untersuchen (n= 1032) – ein fast identischer Wert wie bei Hepatitis A. Auch was die Testbereitschaft in den Gruppen i.v. Drogenkonsumentinnen/Nicht-Konsumentinnen anbelangt, kommt man zu ähnlichen Resultaten: 65,6% der Drogenkonsumentinnen ließen sich testen, jedoch nur 29,1% der Nicht-Konsu-

mentinnen. Ebenso wie bei der Hepatitis A wurden auch bei Hepatitis B nicht immer alle serologischen Marker getestet. Eine definitive Aussage darüber, ob eine Hepatitis B vorlag, konnte für 150 der getesteten i.v. drogenkonsumierenden Frauen getroffen werden. Davon waren 117 (78%) seropositiv; der Vergleichswert bei den Nicht-Drogenkonsumentinnen lag bei 12,7%.

*d) Hepatitis C*

Insgesamt 388 Frauen unterzogen sich mindestens einem Hepatitis C-Test (= 37,6%). Wie beim HIV-Test liegt auch hier die Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden deutlich über der der nicht i.v. Konsumierenden: 214 der 358 i.v. Drogengebraucherinnen ließen sich mindestens einmal testen (= 59,8%); bei den nicht i.v. drogengebrauchenden waren es nur 25,8% (= 174 von 674). Durchschnittlich ließ sich jede Frau aus der Gruppe *aller* i.v. Drogenkonsumenten 0,9 mal testen, bei *allen* nicht i.v. drogengebrauchenden Frauen waren es nur 0,3 mal.

Ein positiver Hepatitis C-Befund lag bei 165 Frauen vor, das sind 16,0% des Gesamt-Samples. Bei fünf der nicht i.v. drogenkonsumierenden Frauen lag ein positiver Befund vor, das ergibt 2,9% aller getesteten nicht i.v. Drogengebraucherinnen – hingegen waren es in der Gruppe der getesteten i.v. drogenkonsumierenden Frauen 74,8% (= 160) die einen positiven Befund hatten. Bezogen auf die Anzahl der Tests ergibt dies, daß fast jeder zweite durchgeführte Test bei den i.v. Drogengebraucherinnen einen positiven Befund hatte (= 160 von 315). Die Tatsache, daß Hepatitis-C-Infektionen fast ausschließlich bei drogenabhängigen Gefangenen verbreitet sind, wird von Heinemann/Püschel (1998, S. 82ff) für die JVA Vierland/Hamburg) bestätigt.

*e) Lues*

Die oben aufgezeigten enormen Unterschiede zwischen i.v. Drogenkonsumentinnen und Nichtkonsumentinnen deuten darauf hin, daß die Übertragung der Infektionskrankheiten auf das needle sharing zurückzuführen ist. Gestützt wird dieses Ergebnis, wenn man sich das Vorkommen der Geschlechtskrankheit Lues in beiden Gruppen anschaut: Diese Krankheit, die ausschließlich durch den Geschlechtsverkehr übertragen wird, kommt in beiden Gruppen nahezu gleich häufig vor. Bei den Nicht-Konsumentinnen lag

bei 5,1% (n=193) der getesteten Frauen ein positiver Befund vor, bei den i.v. drogenkonsumierenden Insassinnen waren es *4,5% (n=167).*

**Erfassung von Serokonversionen**

Nach Abschluß der Arbeiten zur Feststellung der Prävalenzraten (s. 3.1) wurden die erhobenen serologischen Befunde zunächst auf Serokonversionen durchgesehen. Serokonversion ist in diesem Zusammenhang definiert als erstmaliges Auftreten von erregerspezifischen Antikörpern im Serum nach erfolgter Infektion. Erstmaliges Auftreten in diesem Zusammenhang setzte voraus, daß ein negativer Vor-Befund vor der Serokonversion auch dokumentiert war.

Bei dieser Vorgehensweise waren also zur Feststellung einer Serokonversion mindestens 2 Befunde erforderlich. Diese Bedingung erfüllten von den drogenkonsumierenden Patientinnen für HIV noch 125 Patientinnen, für Hep. A noch 91 Patientinnen, für Hep. B noch 101 Patientinnen, für Hep. C noch 72 Patientinnen.

Erfaßt wurden unter der Voraussetzung 41 drogenkonsumierende Patientinnen, bei denen eine Serokonversion im Beobachtungszeitraum aufgetreten war. Da bei einigen Patientinnen auch 2- und 3-fach-Kombinationen von Hepatitiden aufgetreten waren, also Mehrfachnennungen möglich sind, gliedern sich die einzelnen Serokonversionen wie folgt: HIV: 1, Hep. A: 9, Hep. B: 23, Hep. C: 19. Zusammen ergaben sich also bei 41 Patientinnen 52 Serokonversionen im Beobachtungszeitraum.

Bei den nicht drogenabhängigen Patientinnen zeigten sich 3 Serokonversionen, davon zweimal Hep. A und einmal Hep. B.

Zwei oder mehr Vorbefunde hatten für HIV 29 Patientinnen, für Hep. A 23 Patientinnen, für Hep. B 25 Patientinnen, für Hep. C 16 Patientinnen.

Im nächsten Schritt wurde dann der Frage nachgegangen, bei welcher der beobachteten serokonvertierten Patientinnen hinsichtlich ununterbrochener Inhaftierungszeit sowie hinsichtlich Inkubationszeit der betreffenden Erkrankung und unter Berücksichtigung der medizinischen Daten in der Gesundheitsakte, die entsprechende Erkrankung während der Inhaftierungszeit übertragen worden war.

Ununterbrochene Inhaftierungszeit war in dieser Untersuchung so definiert: Die Zeit zwischen den, die Serokonversion definierenden Befunden (serone-

gativer Vorbefund, seropositiver Befund bei der Untersuchung danach) war weder durch Entlassung auf eine Therapie im Sinne des § 35 BtMG noch durch Flucht unterbrochen. Kürzere legale Unterbrechungen wie z.B. stundenweise Ausgänge oder Kurzurlaube von z.B. einem Tag wurden nicht als Unterbrechung gezählt. Sie sind es weder juristisch (die Person gilt weiter als inhaftiert, die Gesundheitsfürsorge als auch die allgemeine Fürsorgepflicht laufen weiter über die Anstalten etc.), noch ist infektionsepidemiologisch anzunehmen, daß die Gefangenen sich nun gerade in der kurzen Zeit ihrer Urlaube/Ausgänge besonders riskanten Verhaltensweisen zuwenden, zumal sie bei ordnungsgemäßer Rückkehr auch mit einer Kontrolle und Drogenurinscreening bedacht werden. Schließlich stehen ihnen außerhalb der Anstalt – der Möglichkeit nach – bessere instrumentelle Präventionsmittel zur Verfügung (z.B. sterile Spritzen). Keine oder nicht ordnungsgemäße Rückkehr, oft vergesellschaftet mit einem Rückfall, wurde als Flucht und damit Unterbrechung der Inhaftierungszeit gewertet.

Inkubationszeiten sind in der Literatur zum Teil unterschiedlich angegeben:

*HIV:* 2 bis 6 Wochen nach Infektion in der Regel Auftreten der sog. akuten HIV-Krankheit. Ab der 3. Woche nach Infektion Auftreten der ersten HIV Antikörper, zum Teil aber auch später (4 Monate). Bei den meisten Infizierten sind nach 12 Wochen Antikörper nachweisbar. Non Responder sind ein sehr kleiner Anteil der Betroffenen (Non Responder heißt, daß keine Antikörper nachweisbar sind, obwohl im Blut HIV-infektiöses Material isoliert werden kann) (vgl.: Steigleder u.a. 1987; Kamps 1990).

*Hep. A:* Inkubationszeit beträgt im Mittel etwa 4 Wochen, d.h. 28 Tage bei einer Schwankungsbreite von etwa 14 bis 40 Tagen (vgl. Frösner 1994).

*Hep. B:* Inkubationszeit beträgt 30-180 Tage (und mehr). Nach ca. 60 Tagen haben die meisten Betroffenen mit der Antikörperbildung begonnen. Ca. 40 Tage nach der Infektion ist bei den meisten Patientinnen das infektiöse Agens (HBsAG) im Serum nachweisbar (vgl. Herold 1983: 247 f.).

*Hep. C:* Die Hepatitis C ist die jüngste der drei hier erwähnten Hepatitiden (Virusisolation 1989). Entsprechend schwanken die Angaben zur Inkubationszeit in der Literatur zwischen 4 und 18O Tagen. Die umfangreichsten und genauesten Angaben zur Inkubationszeit der Hep. C finden sich bei Wiese (1992). Hier ergab sich zusammenfassend eine mittlere Inkubationszeit von 45 Tagen.

Werden dann im letzten Schritt die Serokonversionen unter Berücksichtigung von ununterbrochener Inhaftierungszeit und angegebenen Inkubationszeiten daraufhin ausgewertet, ob die Infektionen während der Inhaftierungszeit übertragen wurden, ergab sich folgendes Bild: Von den 41 serokonvertierten Patientinnen hatten sich 20 (= 48.8%) ihre Hepatitiserkrankung während der Inhaftierungszeit erworben. 4 von diesen Patientinnen hatten sich 2 Hepatitiden erworben, 1 Patientin sogar die Kombination aller drei Hepatitiden. Eine HIV-Übertragung im Vollzug konnte nicht konstatiert werden.

Untergliedert man in Einzelerkrankungen, zeigt sich folgende Situation:

| | HIV | HAV | HBV | HCV | Gesamt |
|---|---|---|---|---|---|
| Serokonversionen | 1 | 9 | 23 | 19 | 52 |
| davon in Haft übertragen | 0 | 5 (=55,6%) | 13 (=56,5%) | 8 (=42,1%) | 26 (=50%) |

Bei den nicht drogenkonsumierenden getesteten Patientinnen sah die Situation wie folgt aus:

| | HIV | HAV | HBV | HCV | Gesamt |
|---|---|---|---|---|---|
| Serokonversionen | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| davon in Haft übertragen | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |

**Einzelfalldarstellungen**

Die folgenden Einzelfalldarstellungen sollen vor allem für den Aussenstehenden illustrieren, was sich hinter den zuvor erfaßten, nüchtern statistisch aufgearbeiteten Fallzahlen verbirgt.

*Kombinationsübertragungen*

Die folgenden Beispiele verdeutlichen, daß nicht nur eine der in Frage kommenden Infektionskrankheiten in der Haft übertragen werden kann (vgl. Patientin A). Vielmehr sind Haftkarrieren nachvollziehbar, in deren Verlauf auch 2 (vgl. Pat. B) oder sogar 3 (vgl. Pat. C) der in Frage kommenden Infektionskrankheiten während der Inhaftierungszeit übertragen wurden.

Pat. A: Die intravenös drogenabhängige Patientin kommt Mitte Februar 1992 in Haft. Im Rahmen einer Küchentauglichkeitsuntersuchung (nach §§ 17, 18

BSeuchG) wird sie Ende Juli 1992 getestet und ist HIV, HAV, HBV und HCV-seronegativ. Eineinhalb Monate später, ungefähr 6 Monate nach ihrer Inhaftierung, erkrankt sie Anfang September 1992, entwickelt eine Gelbsucht und zeigt bei der Testung eine akute Hepatitis B, erworben während ihrer Inhaftierungszeit.

Pat. B: Die intravenös drogenabhängige Patientin wird Mitte Dezember 1991 inhaftiert. Eine Testung Mitte Januar 1992 ergibt negative HIV-, HAV-, HBV-, HCV-Befunde. Anfang Mai 1992 ist sie Hepatitis C positiv. Mitte August 1992 ist sie auch noch Hepatitis B positiv. Beide Hepatitiden wurden mit Sicherheit während der Inhaftierungszeit übertragen.

Pat. C: Die intravenös drogenabhängige Pat. wird Ende Oktober 1992 inhaftiert. Mitte Dezember zeigt sie die Zeichen einer akuten Hepatitis C. HIV, HAV und HBV sind zu diesem Zeitpunkt seronegativ. Mitte Januar 1993 wird die Patientin in die Therapie entlassen (nach § 35 BtMG). Nach einem Rückfall wird sie Ende September 1993 wieder inhaftiert. Ende November 1993 zeigt sie serologisch eine akute Hepatitis B und eine subakute abklingende Hepatitis A.

In Einzelfällen sind auch Infektionsketten nachweisbar, bei denen eine oder mehrere Hepatitiserkrankungen über mehrere Patientinnen weitergegeben wurden (z.B. von Pat. X über Pat. Y auf Pat. Z).

*Anfixsituationen bei Erstkonsumentinnen und Erwerb von Hepatitiden*

Angesichts der Drogensituation in den Anstalten kommt es in Einzelfällen immer wieder zum intravenösen Drogenkonsum von zunächst nicht illegaldrogenabhängigen Inhaftierten. Offensichtlich sind aufgrund der Naivität und Unkenntnis dieser Klientel, diese besonders anfällig für risikobehaftetes Spritzdrogenverhalten (d.h. gemeinsame Benutzung von Spritzbestecken) wie folgendes besonders bedauernswertes Beispiel zeigt: Pat. D wird Ende Oktober 1990 inhaftiert. Sie ist bei Aufnahme nicht drogenabhängig. Sie bringt als Diagnosen mit: 1. chronischer Alkoholismus 2. sozial abgeglittene Persönlichkeit, 3. depressive Verstimmung. Während der Haft entwickelt sie eine Bulimie. Ihre Delikte: Verletzung der Fürsorgepflicht, Diebstahl, Betrug. Anfang Oktober ist sie HIV, HAV und HBV negativ. Im Mai 1992 berichtet sie von ‘Anfixsituationen’ und zweimaligem intravenösen Drogenkonsum. Mitte Juli 1992, wenige Tage vor ihrer Entlassung, entwickelt sie eine Gelbsucht und zeigt serologisch eine akute Hepatitis B. Leider ist dieses Beispiel kein Einzelfall geblieben.

*Testverhalten*

Vielfach ist es schwierig, den Nachweis einer Übertragung während der Inhaftierungszeit zu führen, da das bisherige Testverhalten (auch anderer Anstalten) darauf ausgerichtet ist, inhaftierte Patienten im Zusammenhang mit der Aufnahmeuntersuchung zu einer Testung zu bewegen. Niemand wirkt aber auf die Patienten ein, sich kurz vor Entlassung erneut testen zu lassen. Exemplarisch hierfür der im folgenden beschriebene Ablauf bei einer Patientin, die im Beobachtungszeitraum sowohl eine Serokonversion bezüglich einer Hepatitis B, als auch einer Hepatitis C aufwies: Festnahme Anfang Dezember 1992, Testung 3 Tage nach Festnahme. Erneute Inhaftierung Anfang März 1993, Testung 7 Tage danach. Festnahme Ende April 1993, Testung 19 Tage später. Festnahme Anfang Februar 1994, Testung nach 4 Tagen.

Die Unterschiede im Testverhalten von i.v. Drogenabhängigen im Vergleich zu nicht i.v. drogenkonsumierenden inhaftierten Frauen zeigt deutlich, daß offensichtlich bei drogengebrauchenden Frauen eine weit größere Sensibilität in diesem Bereich entstanden ist als bei den nicht i.v. drogenkonsumierenden. Leider ist das Testverhalten sehr ungerichtet. Viele Patientinnen lassen sich relativ unmittelbar nach Zugang in der Haftanstalt testen, aber leider nicht bei der Entlassung

*Prävalenzen*

Bezüglich der Prävalenzen ist klar geworden, daß das inhaftierte Klientel höhere Prävalenzen der Erkrankungen aufweist als die nicht inhaftierte, nicht drogenabhängige Normalbevölkerung. Im Vergleich von nicht i.v. drogenabhängigen Inhaftierten und i.v. drogenkonsumierenden inhaftierten Frauen weisen Drogenabhängige eine deutlich höhere Prävalenz aller Erkrankungen auf. Auch Mehrfachkombinationen von Erkrankungen waren deutlich häufiger. Es scheint eine Reihung dahingehend zu geben, daß Inhaftierte mehr betroffen sind als nicht Inhaftierte, und drogenabhängige Inhaftierte mehr als nicht drogenabhängige Inhaftierte.

*Übertragungsweg Sexualität oder Spritze?*

Offensichtlich ist der Hauptübertragungsweg für HIV, HBV und HCV bei Frauen nicht so sehr der ungeschützte Geschlechtsverkehr, sondern die gemeinsame Benutzung kontaminierter Spritzen. Neben vielen Indizien für diese These in der Literatur (Maas/Stück 1994; Wiese 1991), spricht auch

die Tatsache dafür, daß sich die Prävalenzen der ausschließlich über ungeschützten Sexualkontakt übertragenen Lues bei i.v. Drogenkonsumierenden und nicht Konsumierenden nur ganz unwesentlich unterschieden.

Die hier nachgewiesenen Serokonversionen bei den Hepatitiden A, B und C innerhalb des Strafvollzuges weisen auf erhebliche Defizite in der Infektionsprophylaxe für die Zielgruppe der i.v. Drogengebraucher hin.

### 2.3.2 Mortalitätsrisiken

In einer Untersuchung der Drogennot- und -todesfälle in den Städten Berlin, Bremen und Hamburg (Heckmann u.a. 1993) wird festgestellt, daß Haftaufenthalte für die Erklärung des Drogentodes eine wesentliche Rolle spielen: „Hierbei sind die gesunkene Toleranz des Körpers, verändertes Drogenkonsumverhalten aber auch soziale Stressoren infolge eines Haftaufenthaltes wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit und fehlende soziale Bezüge ausschlaggebend“ (S. 110) Von den 545 untersuchten Drogentoten konnten für 343 Informationen bezüglich früherer Inhaftierungen gewonnen werden, 192 (56%) hatten mindestens einen Haftaufenthalt durchlebt. 55 Verstorbene waren innerhalb der letzten 30 Tage vor ihrem Tod inhaftiert gewesen: 22 verstarben in Haft bzw. am Tag ihrer Entlassung, 14 Abhängige verstarben innerhalb der ersten Woche nach der Haft. Insgesamt wiesen 16%. (55/345) der Drogentoten das Risiko Haft oder unmittelbare Haftentlassung auf. Die Autoren halten eine Überprüfung der Bedingungen für Drogenabhängige im Rahmen der Strafrechtspflege für dringend erforderlich: „Eindeutig besteht hier ein Versorgungsdefizit nach der Haft bzw. in bezug auf eine adäquate Vorbereitung auf die Situation ‘draußen’ mit der ihr inhärenten Gefahr eines Rückfalls, respektive einer Überdosierung im Zusammenhang veränderter körperlicher Toleranz“. (S. 111).

Überdosierung mit Todesfolge unmittelbar nach Haftentlassung scheint ein zentrales Mortalitätsrisiko zu sein: Seaman u.a. (1998) fanden in einer retrospektiven Untersuchung haftentlassener HIV-infizierter Drogenabhängiger in Schottland, daß das Risiko eines Todes durch Überdosierung innerhalb der ersten zwei Wochen nach Haftentlassung 8 Mal höher als in den nächsten 10 Wochen nach der Entlassung war. Die Autoren schlagen u.a. intensive Gespräche zwischen den Gefangenen und dem ärztlichen Dienst unmittelbar vor Haftentlassung und weitere aktive Interventionen vor.

Bestätigt wird die Dringlichkeit des Handelns durch Behandlungsergebnisse aus der Schweiz. Uchtenhagen (1987, S. 76) verglich die Mortalitätsrate von Drogenabhängigen, die ein Abstinenzprogramm durchlaufen haben (0,3% pro Jahr der Nachuntersuchungsperiode), mit denen, die ein Methadonprogramm absolvierten (0,9%) und den unbehandelten Drogenabhängigen die in Gefängnisse waren (3,5%), d.h. mehr als zehnmal soviel wie die Drogenabhängigen in stationären Drogenfreiheitsprogrammen.

Drogentod in der Haft heißt nicht nur akzidentielle Überdosierung, sondern darunter sind gemäß BKA-Definition 'Rauschgifttodesfall' (v. 1979 in: Heckmann u.a. S. 16) auch Selbsttötungen aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen zu fassen. Betrachtet man Untersuchungen zum Suizid in der Haft stellt man fest, daß allein die Deliktgruppe 'BtMG'[37] in höchstem Maße (31%) bei Selbstmördern in Haft zu finden ist[38] (vgl. Pecher, Nöldner, Postpischil 1995, S. 348).

Drogenabhängige sind nach vorausgegangenen Entzügen, vor allem während und nach einer Haftstrafe enorm gefährdet. Der Strafvollzug bearbeitet jedoch den absehbaren Rückfall nicht entsprechend dieses Gefährdungspotentials. Eine Bereitschaft vorausgesetzt liegen Hemmschwellen darin, mit dem Scheitern der Drogenabhängigkeit aktiv umzugehen, die Möglichkeit des Rückfalls konkret in Betracht zu ziehen und in Gesprächen mit drogengefährdeten Gefangenen zu thematisieren. Man geht nach wie vor davon aus, wie es sein müßte, nicht wie es ist. Der Grund mag darin liegen, nicht mit dazu beitragen wollen, daß das unbedingte Ziel der Drogenfreiheit überhaupt in Zweifel gezogen und dadurch ggf. für unerreichbar oder in seiner Absolutheit entwertet wird.

Zudem endet die Drogenhilfe mit dem Tag der Haftentlassung, eine notwendige und intensive Verschränkung mit der Hilfe draußen ist oftmals nicht gegeben. Dies ist jedoch angesichts der Verletzlichkeit und der Instabilität der Lebenslage Haftentlassener in viel höherem Maße als bisher erforderlich (vgl. auch Heckmann, S. 154).

Wie hoch insgesamt die Sterbewahrscheinlichkeit unter Gefangenen und insbesondere unter drogenabhängigen Gefangenen ist, konnte aufgrund feh-

---

37 (ohne eigentlich dazugehörige andere Deliktgruppe wie Diebstahl oder Raub)

38 Dieser Befund deckt sich mit Untersuchungen in der JVA Nürnberg, wo Gefangene mit BtmG-Delikten 26,4% der Suizidenten bildeten (Malik 1991)

lenden Datenmaterials nicht ermittelt werden. Als Vergleichswert können ggf. Daten aus der Schweiz dienen. Das Bundesamt für Statistik der Schweiz (1998, S. 15) hat in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung der Insassen in Schweizer Gefängnissen 1993 erhoben, daß die Sterbewahrscheinlichkeit im Gefängnis nahezu achtmal höher als in der Gesamtbevölkerung ist.

# 3 Traditionelle Reaktionen auf Drogenkonsum und Infektionskrankheiten

> „Drug use is prevalent in all sections of society, but harmful dependent use is social class related ... Similarily, a number of risk factors associated with harmful use are also class related. It is cheaper however to punish individuals than to address the risk factors“
>
> (Davies/Shewan 2000, S. 238)

## 3.1 Traditionelle Reaktionen auf Drogenkonsum

### 3.1.1 Reduzierung des Angebots: Kontrollmaßnahmen

Die Sicherheitskonzepte der Strafanstalten sind darauf angelegt, mit einem engmaschigen Netz von Kontrollen, Überwachungen, das Einbringen von Drogen zu unterbinden bzw. auf ein Mindestmaß zu reduzieren (vgl. m.w.N. Schäfer/Schoppe 1998, S. 1401ff). Eine Vielzahl von Maßnahmen dieser Sicherheitskonzepte rufen wiederum Gegenmaßnahmen seitens der Gefangenen auf den Plan, so daß Dynamiken von Kontrolle und Widerstand entstehen.

Es ist unklar und von Anstalt zu Anstalt unterschiedlich, wie die Drogenzufuhr jeweils organisiert bzw. praktiziert wird. Ein Teil der Drogen wird systematisch von außen eingebracht, ein anderer Teil über den Kleinschmuggel durch Freigänger, Urlauber, Besucher, in Warenlieferungen, Einwerfen, z.T. auch von Strafvollzugsbediensteten etc.

Die Drogenfunde in den Anstalten sind in der Regel relativ klein, weil die Substanzen meist unmittelbar nach Erhalt konsumiert werden (vgl. Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1997; Walter 1994), so daß kaum Rückschlüsse auf die Verbreitung von Drogen in den Anstalten gezogen werden können. Werden Drogen gefunden, vor allem im Außenbereich oder in Gemeinschaftsbereichen, dann sind diese oftmals den Gefangenen nicht zuzuordnen. Die überwiegende Zahl von Drogenfunden erfolgt bei Besuchern und Gefangenen selbst nach Besuchen.

Dem erfolgreichen Einsatz von Spürhunden sind Grenzen gesetzt insofern, als daß die Gefangenen Gegenmaßnahmen ergreifen, um den Geruchssinn der Tiere zu stören. Sie werden vor allem eingesetzt, um die BesucherInnen auf möglichen Drogenschmuggel zu überprüfen.

Dem intestinalen Einbringen von Drogen in die Anstalt durch Besucher kann kaum wirksam begegnet werden, weil dies rechtlich nur bei „zureichenden tatsächlichen Anhaltspunkten" und dann nicht von Vollzugsbeamten, sondern von Hilfsbeamten der Staatsanwaltschaft (Polizeibeamte im Vollzugsdienst) jeweils im Einzelfall angeordnet werden" (Kommission 1995, S. 54f).

Gleichwohl differieren die Kontrollstile in den einzelnen Bundesländern. In Bayern etwa werden über die traditionellen Kontrollmethoden hinaus Gespräche mit den Angehörigen von DrogenkonsumentInnen geführt, die Ausgang/Urlaub erhalten, bei Verdacht auf Drogenschmuggel werden Besuche mit Trennscheibe durchgeführt. Schließlich erfolgt eine Überwachung der Darmabführung. Dazu wird der Gefangene in einem sog. 'Trockenraum' untergebracht. „Aber trotzdem ist der Erfolg nicht immer gewiß, da der Gefangene das ausgeschiedene Ergebnis wieder verstecken kann und die unmittelbare Überwachung für die eingesetzten Beamten sehr schwierig ist" (Böhm/Möbius 1990).

#### 3.1.1.1 Urinkontrollen

Urinkontrollen werden aus medizinisch/ärztlichen und aus vollzuglichen Gründen angeordnet. Letztere haben seit der Zunahme des Drogenproblems in Justizvollzugseinrichtungen erheblich zugenommmen, weil sie als Indikatoren eines vorhandenen/nicht-vorhandenen Drogenkonsums gewertet werden. In der Folge werden positive Urinkontrollen zum Anlaß genommen, Vollzugslockerungen oder sonstige Vergünstigungen (Rückverlegung vom offenen in den geschlossenen Vollzug) zu sperren bzw. zu revidieren. Mehr noch: sie werden von den Anstalten als Beleg gebraucht, Maßnahmen der Lockerung und Freizügigkeit zu gewähren oder zu streichen und sie nach außen legitimieren zu können (Langzeitbesuche, Verlegungen in andere Haftanstalten, Zwei-Drittel-Entscheidungen, Antrag auf § 35 „Therapie statt Strafe").

Die Anwendung und die Höhe von Sanktionen hängt jedoch stark von dem Ziel der einzelnen Haftanstalten und der individuellen Vorgeschichte des Gefangenen (z.B. Wiederholungsfall) ab. Böhm/Möbius (1990, S. 97) be-

schreiben die folgenden Sanktionsmaßnahmen für bayrisches Justizvollzugsanstalten:

- „Verhängung von Disziplinarmaßnahmen
- Ablehnung von Vollzugslockerungen
- Paket nur mehr über den Kaufmann
- Einzelbesuch in Verbindung mit Trennscheibe
- Erstattung einer Strafanzeige.

Verweigert der Gefangene den Urintest, erfolgt eine Vorführung zum Abteilungsleiter, der ihn belehrt. Bei hinreichendem Verdacht wird der Gefangene von Lockerungen ausgeschlossen."

Auch werden unterschiedliche Sanktionen bei nachgewiesener Einnahme verschiedener Substanzen ausgesprochen (Cannabis oder Heroin). Die Reaktionen können sein: persönliches Gespräch, Verweis oder Arrest).

In einigen Anstalten wird nicht mehr der Nachweis von Cannabiskonsum geführt. Ähnlich abgestufte Sanktionen erfolgen bei Utensilien zum Drogengebrauch bzw. beim Fund geringer Drogenmengen (vgl. Kommission 1995).

Allerdings wird kritisiert, daß die positive Urinprobe allein als objektiver Indikator zum Stand der Resozialisierungsfortschritte herangezogen wird. Gefordert wird, die Gesamtsituation des Gefangenen und andere Resozialisierungserfolge zu betrachten, die sich an mehreren Faktoren festmachen lassen: Arbeitsleistung etc. Dadurch entsteht bei den Vollzugsbeamten ein nur scheinbar präzise und objektives Instrumentarium der Vollzugsmitarbeit und der persönlichen Eignung.

Darüber hinaus werde oft Urin gefälscht (er besitzt sogar einen bestimmten Marktwert), insbesondere wenn der Abnahmezeitpunkt von den Gefangenen kalkulierbar ist, kann die Validität der Ergebnisse von Urinkontrollen nicht garantiert werden. Bei den Manipulationen komme es z.T zu gefährlichen Risiken. Schließlich sei das Verfahren finanziell enorm aufwendig[1].

Da bei den positiven Urinproben vor allem bereits bekannte Drogenkonsumenten auffällig werden, ist der Zweifel an der Sinnhaftigkeit positiver Urinkontrollen offenbar, denn diese sind den Vollzugsbeamten bereits aus ihrer

---

1 Allein für den Hamburger Strafvollzug beläuft sich die Kalkulation für ein Jahr auf ca. 800.000 DM, ohne den zeitlichen Aufwand bei Abnahme der Urinproben zu berücksichtigen (vgl. Kommission 1995, S. 58)

täglichen Arbeit bekannt. Verwunderlich ist eher, wenn diese bekannten Drogenabhängigen „sauberen“ Urin abgeben. Aber weder daraus läßt sich eine Bereitschaft oder das Vorhandensein von Abstinenz ablesen, noch durch die negativen Urinkontrollen bislang unerkannter Drogengebraucher. Die Krankheit Drogenabhängigkeit wird mit diesen punktuellen Interventionen nicht in ihrer Prozeßhaftigkeit begriffen, die von Rückfällen, kleinen Fortschritten etc. gekennzeichnet ist. Stattdessen wird die manipulierte oder tatsächliche Drogenfreiheit als Indikator einer Abstinenz bewertet. „Überspitzt formuliert schafft der Vollzug jedoch folgende paradoxe Situation: Das Ergebnis eines langfristigen Heilungsprozesses wird zur Voraussetzung gemacht, ihn überhaupt einschlagen zu können. Entsprechend wird die Urinkontrolle als Prognoselement zukünftigen Verhaltens überschätzt, während alle anderen Indikatoren der Resozialisierung – wie etwa das Arbeits- und Sozialverhalten oder förderliche Beziehungsstrukturen – in den Hintergrund geraten“ (Kommission 1995, S. 59).

Unklar bleibt, in welchem Maße ein Umsteigen von dem länger nachweisbaren Cannabis (30 Tage) auf das kürzer nachweisbare Heroin erfolgt. Vereinzelt werden solche Umstiege berichtet. In der Schweizer Haftanstalt Oberschöngrün wurde beobachtet, daß Inhaftierte vor einer anstehenden Urlaubsgewährung vom Konsum von Cannabis auf Heroinkonsum umsteigen, um ihren Urlaub nicht zu gefährden. Um diesen Umstieg nicht weiter zu unterstützen, werden in dieser Anstalt Urinuntersuchungen auf Cannabis und anknüpfende Sanktionen eingestellt (vgl. Weibel/Nelles 1998, S. 3). Dieselbe Praxis wird auch aus der Haftanstalt Hindelbank berichtet (De Santis 1998, S. 7).

Wenn es jedoch zutrifft, daß der Umgang mit geringen Mengen an Drogen zum Eigenkonsum nicht mehr zur Anklage kommt, dann verlieren die Urinkontrollen ihre Bedeutung und die Motivation der Beamten wird gesenkt. Vor allem aber ist es eine Desillusionierung, die um sich greift: „Die Vorstellung, mit Hilfe der Urinkontrollen einen objektiven Indikator für die Fortschritte inhaftierter Drogenabhängiger zu erhalten, gehen an der Kernproblematik vorbei und erliegen der Verführung der Einfachheit des Kontrollmittels.“ (Kommission 1995, S. 60). Dementsprechend empfiehlt die Kommission Urinkontrollen entweder nur noch aufgrund ärztlicher Indikation durchzuführen, oder auf freiwilliger Basis zur Selbstunterstützung der eigenen therapeutischen Bemühungen („Geländerfunktion“).

**Exkurs: Mandatory Drug Testing in England und Wales (MDT)**

Inwieweit ausschließlich kontrollorientierte Maßnahmen zur Nachfragereduzierung oder gar zur Abstinenz von Drogen beitragen, ist strittig, muß aber bei einer vorhandenen Abhängigkeitsstruktur bei vielen drogenerfahrenen Gefangenen eher bezweifelt werden. Die Praxis in England und Wales seit März 1996 obligatorische Drogentestprogramme bei 10% der Gefangenen (nach dem Zufallsprinzip und bei Verhaltensauffälligkeit) einmal im Monat durchzuführen und bei positivem Befund bis zu 35 Tage Sonderhaft anzuordnen, wird in der englischen Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert. Die Zahlen der in 8 englischen Vollzugsanstalten durchgeführten Tests von 1995-96 zeigen einen Anstieg der positiven Testergebnisse für Opiate und eine Reduktion der auf Cannabis positiven Testergebnisse. „Das könnte als Bestätigung der Ansicht verstanden werden, daß das Testprogramm die Insassen dazu bewegt, von Cannabis, das mehrere Wochen lang festgestellt werden kann, auf Opiate umzusteigen, die nur höchstens zwei oder drei Tage im Körper bleiben." (Druglink 1996; vgl. auch: Chadwick 1996). Eine Untersuchung von 148 Gefangenen in mehreren englischen Haftanstalten hat ergeben, daß 10% der drogenkonsumierenden Gefangenen angab, Heroin (mit einer kürzeren Halbwertzeit als Cannabis, das über einen Monat nachweisbar ist) nach Einführung der Urintests entweder erstmalig probiert oder ausschließlich weiterkonsumiert zu haben (bei gleichzeitiger Aufgabe des Cannabisgebrauchs), um einer positiven Urin-Kontrolle zu entgehen (Edgar/ O'Donnell 1998, vgl. auch Lee 1996). Während fast die Häfte der befragten DrogenkonsumentInnen angab, ihren Drogengebrauch nicht geändert zu haben, beendeten 27% ihren Drogenkonsum vollständig

Die jüngste Entwicklung zeigt, daß diese Form der Drogentestung sowohl zu teuer, als auch zu ineffizient die Verhaltensgewohnheiten von drogenabhängigen Gefangenen beeinflussen kann: „Prison service officials have been concerned that the large-scale use of mandatory drugs-testing has led to thousands of drug-using inmates being given up to 35 „extra days" on their sentence. More than 16,500 prisoners mostly cannabis users – were given punishments of extra days in the last financial year. This is equivalent to filling one and a half jails for a year at a cost of over Englis Pounds 10m. (Independent 9.5.1998). Deutlich wird in der Begründung, diese Form von massenhaften Drogentests einzuschränken, auch, daß die intramurale Drogenpolitik sich nicht von den Veränderungen drogenpolitischer Realitäten – vor allem der Akzeptanz eines Cannabiskonsums – außerhalb abkoppeln

kann: „We do still accept that prisoners who use cannabis are breaking the law and they will be treated accordingly, but we are reflecting the way world is outside prisons." (The Scotsman 13.5.98) Gefängnisleitungen sollen zukünftig stärker differenzieren zwischen den einzelnen Drogengruppen (Cannabis vs. Opiate), und sollen alternative Sanktionen aussprechen (Verlust von Privilegien, Einschränkungen von Besuch etc.). Deutlich wird in einer jetzt veröffentlichten Bewertung des obligatorischen Drogentestprogramms, daß eine hohe Mehrheit bei den Gefangenen (82%) und fast die Hälfte der Bediensteten (44%) dafür plädiert, Cannabiskonsum im Gefängnis zu tolerieren bzw. keine negativen Effekte von Eigenverbrauch auf Ordnung und Disziplin befürchtet.

Schließlich wird noch ein weiterer Effekt dieses kontroll-dominierten Vorgehens deutlich: Die von Edgar/O'donell (1998) befragten Gefangenen meinten, daß die Urinkontrollprogramme zu folgenden Entwicklungen geführt haben:

- Anstieg der Spannungen in der Anstalt
- Erhöhung der Ressentiments der Gefangenen gegenüber den Bediensteten
- Umstieg auf harte Drogen
- Förderung von Mißtrauen bei den Gefangenen

Diese Wahrnehmungen der Gefangenen drücken ihre Sicht aus, nur Nachteile über diese Kontrollmaßnahmen zu erfahren: Weder wird der rekreative Gebrauch von Cannabis als auch außerhalb des Vollzuges akzeptiert oder angemessen beurteilt, noch führt das MDT zu einer Erhöhung der Lockerungen oder von Privilegien. Diese Kontrollprogramme werden eindeutig mit Strafe statt Behandlung assoziiert.

### 3.1.2 Reduzierung der Nachfrage: Gesundheitspraktische Maßnahmen

Die Nachfragereduktion sollte sich nach Meinung von ExpertInnen darauf beziehen, die Lebenskompetenz zu fördern und die Widerstandsfähigkeit gegenüber Drogenangeboten zu stärken: „Gefangene sehen in Drogen eine Art Problemlöser. Daher gilt es, ihnen Selbstvertrauen und Konfliktfähigkeit zu vermitteln, ihnen Lebenskompetenz zu vermitteln, ihre Lebenskompetenz und ihre Frustrationstoleranz zu stärken, ihnen Sinnperspektiven zu entwikkeln und lohnende Aufgaben zu unterbreiten. Daneben ist aber auch die

Vermittlung von Bezugspersonen wichtig, an die sich Gefangene in Krisensituationen wenden können. Wenn diese Bezugspersonen bei der Krisenbewältigung behilflich sind, wird eine solche Situation seltener im Drogenkonsum enden. Die Verbesserung der beruflichen Perspektiven und ein ansprechendes Freizeitangebot sind ebenfalls einem leben ohne Drogen förderlich“ (Kern 1997, S. 91f)

Dies sind allerdings weitreichende Forderungen an die Sozialarbeit im Vollzug, die angesichts der Rahmenbedingungen von Überbelegung mit der Aussetzung eines Behandlungsvollzuges zugunsten eines Verwahrvollzuges, Belastung des Personals, hoher Anteil von Kurzstrafen unter den drogenabhängigen Gefangenen (siehe Kapitel 1.3) etwas illusionär wirken.

Ein Anlaß zur offenen Konfrontation drogenabhängiger Inhaftierter mit den gesundheitlichen/somatischen und psychosozialen Dimensionen von Drogenabhängigkeit innerhalb des Justizvollzuges ist der Kontakt mit dem medizinischen Dienst. Gemäß der im Rahmen des Strafvollzugsgesetzes festgelegten Fürsorgepflicht für die körperliche und geistige Gesundheit der Inhaftierten sollte die Anstaltsmedizin für drogenabhängige Inhaftierte ein Spektrum von allgemeinmedizinischer Grundversorgung (Wundversorgung, Drogennotfall) über spezifische Angebote für Drogenabhängige (Drogenentzug, Substitutionsbehandlung, Testung und Beobachtung des Infektionsgeschehens, Behandlung von Infektionskrankheiten etc.) bis hin zu präventiven, infektionsprohylaktischen Angeboten (Impfschutz gegen Infektionserkrankungen, Aufklärung und Information) vorhalten.

Die WHO erhebt für die medizinische Versorgung von Inhaftierten ein Äquivalenzprinzip, das innerhalb des Vollzuges extramuralen Standards vergleichbare Leistungen sichern soll. Ob dieser Vorsatz inhaltlich ausgeführt werden kann, hängt von den jeweiligen fachlichen Möglichkeiten des Anstaltsarztes/der Anstaltsärztin ab und deren Bereitschaft zur Kooperation mit externen FachärztInnen. Formal läßt sich das Äquivalenzprinzip sicherlich nicht auf die Anstaltsmedizin anwenden: Eine freie Arztwahl kann nicht stattfinden, das Verhältnis Arzt/Ärztin – PatientIn ist eine Zwangskonstellation. „Anstaltsmedizin arbeitet immer in einem ambivalenten Spannungsfeld zwischen ärztlicher, also patientenorientierter Aufgabe auf der einen Seite und justiziell, vollzuglichen Vorgaben/Zwängen auf der anderen Seite“ (Keppler 1996, 172).

Drogenabhängige Inhaftierte fühlen sich von diesen Strukturen in ihrem Haftalltag besonders betroffen, weil sie in einer Atmosphäre der Enge und

Kontrollierbarkeit ihren illegalen Drogenkonsum gestalten müssen und gleichzeitig einen erheblichen medizinischen Versorgungsbedarf haben. Sie bewegen sich im Kontakt zum medizinischen Dienst zwischen Hilfserwartung und Kontrollangst. Trotz ärztlicher Schweigepflicht und vertrauensbildender Kommunikation wirkt sich das beschriebene Spannungsfeld beiderseitig auf die Möglichkeiten der Kooperation aus.

Deutlich erkennbar ist in vielen medizinischen Abteilungen von Haftanstalten das Fehlen von Systematiken, Behandlungsschemata und deren Dokumentation: Eingangs-/Ausgangsuntersuchungen bei Infektionskrankheiten, Untersuchungen der typischen übrigen Begleiterkrankungen von Opiatkonsum auf dem Schwarzmarkt wie etwa TBC.

Ein Mangel an systematischer Sammlung und Erfassung der medizinisch zugänglichen Daten verstellt den Blick auf die real existierende gesundheitliche und psychosoziale Problematik der Drogenabhängigkeit im Vollzug. Die Erarbeitung einer empirisch fundierten Grundlage für die Weiterentwicklung praxisrelevanter und problemadäquater medizinischer Versorgungsroutinen inhaftierter Drogenabhängiger steht bislang weitgehend aus.

### 3.1.3 Aufklärung, Information und Beratung

Der Aufklärungs- und Informationsstandard über die Gefährdungen des Konsums illegaler Drogen und der ungeschützten Sexualkontakte und damit verbundener Infektionsrisiken ist in den meisten Haftanstalten auf einem niedrigen Niveau (vgl. für Hamburg Kommission 1995, S. 50). Oftmals existieren bezüglich des Wissenstandes veraltete Info-Broschüren, die wenig ansprechend gestaltet sind und maximalistische Abstinenzanforderungen an das Verhalten innerhalb der Haft stellen. Diese gehen oftmals an der Lebensrealität der Gefangenen vorbei – eine Tatsache, die sich nicht nur auf drogenabhängige, sondern auch auf ausländische Gefangene bezieht (vgl. ausführlich Kap. 5.2.3f).

### 3.1.4 Entzugsbehandlung von drogenabhängigen (U-Haft-) Gefangenen

Ein erheblicher Teil der Zuführungen an Gefangenen muß als drogenabhängig bezeichnet werden. Für Hamburg ergab eine Stichtagserhebung aus dem Jahre 1992, daß etwa 50% der Inhaftierten einen Bezug zu Betäubungsmit-

teln aufwiesen (Konsumenten, Dealer, Beschaffungstäter oder Mischformen). Insbesondere die Zugangssituation muß als problematisch und sehr belastend bezeichnet werden (auch unter infektionsprophylaktischer Sicht, siehe Kapitel...). Bereits in Polizeigewahrsam, dann stärker in den ersten Stunden der Zuführung erleben viele DrogenkonsumentInnen Entzugserscheinungen, die sich körperlich und psychisch sehr belastend auswirken können, insbesondere bei vorhandenem Mischkonsum mit den Entzugsfolgeerscheinungen (epileptische Anfälle und mögliche Entzugsdelirien).“ Daneben besteht in fast allen Fällen eine ausgeprägte psychische Beeinträchtigung, die sehr häufig mit zum Teil schweren depressiven Zuständen einhergeht“ (Kommission 1995, S. 47). Bis zur ersten ärztlichen Untersuchung in der U-Haft vergehen oftmals viele Stunden, in denen weder medikamentöse noch psychologische Hilfen angeboten werden. Dies setzt immer die eindeutige Diagnose „Vorliegen einer Drogenabhängigkeit“ voraus – verschweigt der Drogenabhängige seine Drogenabhängigkeit aus Gründen des Nicht-erkannt-Werden-wollens, dann entstehen hier höchst problematische Situationen.

„Gibt der Inhaftierte seine Drogenabhängigkeit zu oder wird diese aufgrund der ärztlichen Untersuchung festgestellt, wird er auf einer Beobachtungsstation untergebracht und bekommt jetzt erstmals, d.h. nicht selten mehr als 24 Stunden nach seiner Festnahme Beruhigungsmittel, die gegen den überwiegenden Teil der Entzugssymptome nicht wirksam sind“ (Kommission 1995, S. 48)

Welche medizinisch-therapeutischen Hilfen den (noch) drogenabhängigen Gefangenen zuteil werden, läßt sich für die gesamte Bundesrepublik angesichts der Unterschiedlichkeit der Praxis in den einzelnen Bundesländern nicht sagen. Psychosoziale Hilfen finden entweder aus Gründen der Überforderung der vorhandenen Fachkräfte oder aus Gründen des Nicht-Annehmen-Könnens aufgrund einer unstrukturierten desolaten Lage seitens der Gefangenen nicht statt (Kommission 1995, S. 48).

Fest steht, daß die Substitutionsbehandlung zahlenmäßig nur in einem geringen Teil der Entzugsbehandlungen zum Einsatz kommt (für Hamburg werden für das Jahr 1993 „weiche Entzüge“ in 1,3% der Fälle angegeben (Kommission 1995, S. 47).

### 3.1.5 Therapie statt Strafe?

**Vermittlung in drogenfreie Langzeittherapie und Externe Drogenbearatung**

Eine Drogentherapie ist unter den Bedingungen des Strafvollzuges nicht möglich (vgl. auch Kaufmann 1996) – dafür fehlen die Voraussetzungen von Therapie wie Freiwilligkeit, freie Wahl der Therapieeinrichtung etc. Gefängnis als totale Institution erzeugt dabei immer schon Gegenkräfte, die einen Therapieprozeß stören oder blockieren: unkontrollierbare Bedingungen des Vollzuges mit einem Drogenangebot, Gewaltandrohungen und -ausübungen, unüberschaubare Wirkungen einer Gefängnissubkultur und Drogensubkultur. Gleichwohl existieren in mehreren Haftanstalten besondere Stationen: „drogenarme", „drogenfreie" Stationen, Stationen für „stolpercleane Gefangene", Sondereinrichtungen in denen eine bedürfnisgerechte Unterbringung ermöglicht werden soll. Aber die Einrichtung spezieller Drogenstationen bleibt ein kontrovers diskutiertes Dauerthema: Zum einen erhofft man sich eine bessere Aufarbeitung suchtbedingter Problemlagen, zum anderen müßten solche Stationen wiederum völlig isoliert werden (in Arbeit, Freizeit, Essenseinnahme). „Zudem ist die Einrichtung „drogenfreier" Stationen wieder einmal eine Alibi-Idee, die die Inhaftierung Drogenabhängiger rechtfertigen soll. Es gibt drogenfreie Angebote außerhalb der Anstalten, dort gehören KlientInnen, die das wünschen, hin" (Kunkel-Kleinsorge 1994, 74).

Zum Teil wurde Ende der 70er Jahre/Anfang der 80er Jahre noch vertreten, die Haft bzw. bestimmte Sondereinrichtungen können ein geeignetes Mittel für die Besserung der Drogenabhängigen darstellen – beispielhaft vertritt dies Apitzsch (1980, S. 101): „Unter den gegebenen Umständen kann derzeit auch bei Drogenabhängigen auf die Haft nicht verzichtet werden. Sie ist in vielen Fällen das einzige Mittel, um den Abhängigen aus seiner Umgebung herauszuholen und ihn so vornehmlich vor sich selbst zu schützen. Darüber hinaus sollte die Chance genutzt werden, den durch die Haftsituation erzeugten Leidensdruck bei dem Aufbau einer Therapiemotivation mit einzubeziehen. Insofern ist nicht nur die Untersuchungshaft bedeutungsvoll. In Wiederholungsfällen gilt das auch für den Strafvollzug." Diese Form des wohlgemeinten ‚Schutzes des Gefangenen vor sich selbst' hat den Erfahrungen nach nicht zu erhöhtem Aufbau von Drogenfreiheitsmotivationen geführt (vgl. Quensel 1985).

Therapiebemühungen konzentrieren sich jedoch in der Regel von vornherein auf Überleitungen in freie Therapieeinrichtungen gemäß § 35ff Betäubungsmittelgesetz. Die Regelungen in diesen Paragraphen bieten mehrere Möglichkeiten, die Strafvollstreckung bei Verurteilten, die die Tat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen haben, zum Zwecke der Durchführung einer Therapie zurückzustellen (§ 35 BtMG). Bei erfolgreicher Beendigung dieser Therapie kann die Therapiezeit auf die Strafe angerechnet und der Rest auf Bewährung ausgesetzt werden (§ 36 BtMG). Unter bestimmten Umständen kann sogar ganz von der Strafverfolgung abgesehen werden (§ 37 BtMG).

Aus der Erkenntnis, daß Drogenprobleme von Gefangenen nicht innerhalb des Vollzuges auch nur ansatzweise gelöst, sondern allenfalls Hilfen zur Bewältigung während der Haftzeit gegeben werden können, haben sich in fast allen Bundesländern externe Drogenberatungen im Vollzug etabliert. Die Einbindung externer Drogenberatungen mit ihrer Kompetenz und ihrem Wissen über Drogenhilfeangebote in der Region oder Kommune schafft die notwendige Voraussetzung für eine Überleitung in die Freiheit, wo die Gefangenen nach ihrer Entlassung oder aus der Haft heraus, Probleme ihrer Drogenabhängigkeit besser bearbeiten können. Die Vorteile der Einbeziehung externer Drogenberatungen – unter Wahrung ihres Externenstatus – sind Freiwilligkeit ihrer Inanspruchnahme, die Anonymität mit der diese Hilfen nicht zuletzt aufgrund des Zeugnisverweigerungsrechtes der meisten Drogenberatungsstellen geleistet werden können und die Unabhängigkeit vom vollzuglichen Auftrag[2]. Ein wesentlicher Vorteil externer Drogenberatung ist schließlich die Möglichkeit der Weiteranbindung nach Haftentlassung: Dadurch werden längerfristige Betreuungskontakte möglich mit AnsprechpartnerInnen die Kontinuität und Verbindlichkeit gewährleisten. Bereits frühzeitig während der U-Haft kann der externe Dienst weiterführende Hilfen in die Wege leiten, die ggf. eine (völlige) Verbüßung der Strafhaft überflüssig machen. Aus diesen Grünen sollte externe Suchtberatung zum vollzuglichen Standard gehören.

Die inhaltliche Orientierung dieser Arbeit erfolgt oftmals an den Zielsetzungen und Tätigkeitsmerkmalen der Drogenberatungsstellen außerhalb des Vollzuges. Für die spezifische Arbeit mit straffällig gewordenen Drogenabhängigen bedeutet dies, die Vermittlung in externe, offene Behandlungsein-

---

2 Vgl. umfassend zur Einführung des Zeugnisverweigerungsrechts für Drogenberater Kreuzer 1993, S. 12ff

richtungen. Neben dem Angebot längerfristiger Beratungskontakte und Unterstützung in Krisensituationen geht es um den Entscheidungsfindungsprozeß zur Aufnahme einer langzeittherapeutischen Maßnahme genauso wie um die Vermittlung in ambulante Maßnahmen, sowie in Übergangseinrichtungen und Substitutionsprogramme mit psycho-sozialer Begleitung (vgl. Kunkel-Kleinsorge 1994). Hauptsächlicher Inhalt der Beratung durch externe Dienste ist es jedoch, inhaltliche Vorbereitungen einzuleiten, d.h. Auseinandersetzung mit dem Konzept der Therapieeinrichtung (was erwarten die Gefangenen, was wird von ihnen erwartet?), Kostenübernahme zu klären, Begleitung in die Therapieeinrichtung. Wie eine Motivationsarbeit praktisch umgesetzt wird, zeigt Apitsch (1980, S. 98): „Oberster Grundsatz ist: Wenn wir schon selbst keine therapeutischen Möglichkeiten anbieten können, wollen wir wenigstens versuchen, die Betreffenden zu motivieren, in eine therapeutische Einrichtung zu gehen. Da es allein mit dem Willen des Insassen nicht getan ist, bemühen wir uns ferner, auf dem Weg dorthin Hilfestellung zu geben. Das heißt: Bereits kurz nach seiner Einlieferung werden mit dem Abhängigen intensive Gespräche über seine Situation und vor allem über seine Zukunftssperspektive geführt. Dabei gehen diese Gespräche von Anfang an in die Richtung, dem Jungen klarzumachen, daß er ohne eine Langzeittherapie keine Chance hat."

Bei vielen Gefangenen sind allerdings Angst und Vorbehalte gegenüber einer stationären Langzeittherapie tief verwurzelt. Betroffene sehen sich einem Spannungsfeld ausgesetzt, das sich aus der gegenläufigen Praxis von Vertrauensbildung als therapeutisches Prinzip einerseits und Kontrolle und formale Rückmeldung als Blickrichtung der Justiz andererseits formiert. Weder durch individuelle Anstrengungen Betroffener noch durch qualitativ hochwertige Therapieverfahren läßt sich dieser Widerspruch aufheben. Nach ein- oder mehrmaligem „Durchlauf" z.T. restriktiver Behandlungsformen und mit längerer Verweildauer in Haft sinkt die Bereitschaft, sich (erneut) auf eine Therapie einzulassen. Ambulante, lebensweltnahe Behandlungsangebote (nach § 35 BtMG) sind immer noch sehr rar und werden zum großen Teil von den Staatsanwaltschaften auch nicht anerkannt.

Für die stationäre Therapieeinrichtungen entsteht mit der hohen Belegung von Menschen mit justitiellen Therapieauflagen bzw. Menschen, die sich nur in Therapie begeben, um dem Gefängnis zu entkommen, eine problematische Atmosphäre für therapeutische Bemühungen: wenig therapiemotivierte Menschen, die gefängnis- und/oder drogensubkulturelle Verhaltensweisen ein-

bringen, können therapeutische Bemühungen oftmals nicht mehr als Anpassungsleistungen (an Hausordnungen, TherapeutInnenerwartungen etc.) hervorbringen.

Kreuzer (1994, S. 46) schlägt vor, therapiemotivierte, nicht primär-delinquente Drogenabhängige so früh wie möglich aus dem Verfahren in die Therapie zu vermitteln. Weiterhin plädiert er für diejenigen Drogenabhängigen, die sich freiwillig dem Reglement einer spezifischen Abteilung mit kontrollierter Drogenfreiheit unterordnen, einen therapeutisch ausgefüllten Rahmen zu schaffen, in dem die Therapiemotivation erhöht werden kann.

Für die Arbeit der externen Drogenberater sind angemessene äußere Arbeitsbedingungen unerläßlich: ggf. Büro in der JVA, leichter Zugang zu den Klienten, keine unnötigen Kontrollen, Anerkennung ihrer Arbeit im Vollzug. Dabei muß es auch um eine Kooperation mit den internen Fachdiensten (Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte) und die Koordination der Hilfemaßnahmen mit dem Vollzugsplan gehen. Fraglich und stets kontrovers diskutiert wird die Frage, inwieweit eine offensichtliche Abgrenzung zwischen externer Suchtberatung und internen Fachdiensten nötig ist: Als Beispiel wird immer wieder die Ausgabe von „Durchgangsschlüssel und Zellenschlüssel an externe Drogenberater angeführt (vgl. Eckert 1993, S. 50f).

**Benachteiligte Alkohol- und Medikamentenabhängige?**

Die o.g. Ausführungen zu den §§ 35-37 BtMG (Strafrückstellung bei Durchführung einer Therapie) finden bei Alkohol- und Medikamentenabhängige keine Anwendung. Hier besteht nur die Möglichkeit eines Gnadengesuchs. Erst nach Verbüßung von in der Regel zwei Drittel (seltener nach der Hälfte) der Strafverbüßung kann eine Therapie aufgenommen werden. Eine Therapieaufnahme direkt nach Verbüßung einer Haftstrafe ist wiederum dadurch erschwert, daß viele Therapieeinrichtungen die Zahl der ehemaligen Häftlinge an ihren Patienten bewußt auf geringem Niveau halten wollen, weil sie fürchten, Haftstrukturen könnten das therapeutische Klima negativ beeinflussen. Ein Bezug zur Tat kann nach vielen Monaten Haft oftmals kaum noch hergestellt werden und eine Motivation für eine Therapie ist nach dieser Zeit kaum noch vorhanden. Häufig entsteht erst bei Wiederholungstätern im Laufe der Zeit der Wunsch, an dem problematischen Alkoholkonsum etwas zu ändern.

Auch mit vollzuglichen Mitteln findet keine therapeutische Hilfestellung statt – allein existieren in vielen Haftanstalten Gruppen der ‘Anonymen Alkoholiker’

Kritiker halten diese Regelung für eine Benachteiligung, da es nicht auf die Droge, nicht ihren Status ankomme, sondern auf die mit dieser Droge verbundene mißbräuchliche Verwendung, die möglicherweise zu Straftaten führte. Im Gegensatz zu Heroin oder Cannabis ist spielt der Alkoholkonsum eine erhebliche Rolle bei Gewalt- oder/und Sexualstraftaten – gleichwohl wird auch hier die Notwendigkeit deutlich, daß therapeutische Versuche eher geeignet sind, Verbessserungen in der Lebensbewältigung und zukünftigen Vermeidung drogenbedingter Straftaten zu erreichen, als eine Strafverbüßung.

Als Grund für die geringe Problematisierung und Thematisierung von Alkoholikern und Alkoholkonsum in den JVAs wird genannt, daß diese Gruppe im Vollzug oft angepaßt und problemlos sind, und keine offensiven Forderungen stellen. Ein Alkoholproblem würde ggf. für die Betroffenen zum Problem von Benachteiligung bei der Entlassung: „Aus Sicht eines Rechtsanwaltes ist es zur Zeit so, daß man einem straffällig gewordenen Alkoholiker raten müßte: betone deine kriminelle Handlung, zeig dich darin einsichtig – und erwähne niemals, daß du Probleme mit Alkohol hast, du bekommst nur unnötigen Ärger. Z.B. ist es gängige Praxis, daß ein Alkoholiker seine „2/3-Bewährung“ nur mit der Auflage erhält, sich anschließend einer stationären Therapie zu unterziehen. Bei einer Straftat unter Alkohol, bei welcher nicht von Alkoholabhängigkeit ausgegangen wird, wird die Reststrafe in der Regel zur Bewährung ausgesetzt, ohne daß damit eine entsprechende Auflage verbunden ist“ (Lehbauer 1993, S. 65)

Erste Konzeptionen für Modellversuche zur Durchführung alkoholtherapeutischer Interventionen bei Alkoholkranken Gefangenen bestehen auch für den geschlossenen Vollzug. Diese gehen von einer Motivationssteigerung durch Vollzugslockerungen und Durchführung in besonderen Abteilungen aus (JVA Meppen 1999).

### 3.1.6 Differenziertes Betreuungsangebot

Ziel der Betreuungsarbeit sollte die Klärung der Frage sein „Wie kann ich schon im Vollzug meine Entlassung so vorbereiten, daß ich nicht (wieder) rückfällig werde und auch eine Chance habe, meine erarbeiteten Ziel umzu-

setzen?“ (Borkenstein 1994, 87). Dies kann nur in abgestuften Angebotsformen realisiert werden, die auf die individuellen Ressourcen und Fähigkeiten, sowie auf die Bedürfnisse der Gefangenen eingehen – sowohl drogen- als auch drogenunspezifisch.

- Zunächst kann es um die Bearbeitung des möglicherweise als problematisch empfundenen Drogenkonsums in Einzel- und Gruppensitzungen mit SozialarbeiterInnen und PsychologInnen, oder in Selbsthilfezusammenhängen, die ggf. von externen Kräften angeleitet werden, gehen. Auch hier stellt sich die konkrete Frage als Leitfaden: „Was lief gut, was waren Ursachen für einen Rückfall, was kann ich vorbereitend dagegen tun?“
- „Niedrigschwellige Aktivierungsangebote“ können sinnvolle Beschäftigungen im Vollzugsalltag vermitteln. Dabei ist gedacht an Arbeitstherapien, körperbezogene Aktivitäten, wie Sport, Tanz, Entspannungsübungen, Fitneßtraining, Bodybuilding – Angebote, die Körpererfahrungen und Körperbewußtsein vermitteln können und Kontrapunkte bilden zu selbstzerstörerischen Verhaltensmustern.
- Die Bildungsbereitschaft sollte mit „sozialen Trainingskursen“ gefördert werden: in der JVA für Frauen Vechta werden beispielsweise Kurse angeboten wie „Alkohol und Drogen“, „Soziale Beziehungen“, „Arbeit und Beruf“, „Geld und Haushalten“ (vgl. Niedersächsisches Sozialministerium 1994, 210).
- Bei Gefangenen mit längeren Haftzeiten sollten differenzierte Ausbildungsangebote gemacht werden, die die Chancen der Qualifikation und der Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt anschließend erhöhen.

### 3.1.7 Binnendifferenzierung

In mehreren Haftanstalten existieren bereits seit Jahren Abteilungen, die als „drogenfrei“ oder „drogenarm“ oder Flure für „Stolpercleane“ bezeichnet werden. Hier werden in der Regel Gefangene aufgenommen, die eine Motivation zur Beschäftigung mit ihrem als problematisch empfundenen Drogenkonsum gezeigt haben. Gegenüber dem Regelvollzug besteht hier zumeist eine intensivere Begleitung und Betreuung durch die Fachdienste. Drogenfreiheit soll in aller Regel durch negative Urinkontrollen nachgewiesen werden. In der Praxis erweisen sich diese Abteilungen oftmals als Rückzugsräume für im Regelvollzug hochverschuldete Gefangene, die hier Schutz vor körperlichen Übergriffen und Gewaltakten von Mitgefangenen suchen.

### 3.1.8 Therapeutische Ansätze im Strafvollzug (Therapie im Vollzug?)

Viele Erfahrungen mit therapeutischen Versuchen im Strafvollzug bzw. in geschlossenen Einrichtungen sind in den letzten Jahren unternommen worden (vgl. auch Quensel 1985). Zum Teil meinte man gerade der Strafvollzug sei ein geeigneter Ort der Behandlung, Kritiker hingegen bezweifelten den Erfolg von intensiven therapeutischen Maßnahmen, weil die Grundvoraussetzung des Systems Strafvollzug gegen eine Therapie sprechen. In Anlehnung an Borkenstein (1988, 239) soll die Argumentation gegen therapeutische Maßnahmen im Vollzug nachvollzogen werden:

- Die Freiheitsstrafe wird nicht mit therapeutischer Intention verhängt, sondern sie dient den im Strafvollzugsgesetz fixierten Absichten.
- Von Freiwilligkeit kann unter dem Druck der verhängten Strafe nicht ausgegangen werden.
- Der angestellte Therapeut wird als Vertreter des Repressionssystems angesehen – ein Vertrauensverhältnis kann nur schwer aufgebaut werden.
- Ein therapeutisches Klima ist auf Dauer wegen der fremdgesteuerten und einengenden Vollzugsbedingungen nicht herstellbar.
- Notwendige Freiräume für drogentherapeutisches Handeln sind intramural nicht vorhanden: Veränderungsprozesse schließen Ausprobieren und Probehandeln (ggf. auch erneuten Drogenkonsum) mit ein, realistische Überprüfungsmöglichkeiten und damit mögliche Korrekturen existieren nicht.
- Die Aufenthaltsdauer in der Anstalt ist von der verhängten Strafzeit abhängig und nicht von Entwicklungen im therapeutischen Prozeß, d.h. eine begonnene Therapie wird beim Strafende abgebrochen.
- Therapeutische Stationen und Versuchen stehen immer auch im Spannungsfeld innervollzuglicher Vorteilsgewährung für teilnehmende Gefangene, d.h. es kann hier zu Anpassungen aufgrund materieller Vorteile kommen, die dem therapeutischen Prozeß ablehnend gegenüberstehen.

Aus diesen Gründen besteht mittlerweile ein fachlicher Konsens darüber, daß eine extramurale Therapie bzw. Behandlung die Methode der Wahl darstellt. Nur hier sind die Voraussetzungen für eine kausale Therapie mit folgenden Kriterien gegeben (in Anlehnung an Borkenstein 1988, 240):

- Freiwilligkeit in der Aufnahme einer therapeutischen Beziehung
- Einsicht in die Notwendigkeit einer persönlichen Veränderung
- Vertrauensverhältnis zum Therapeuten

- Ein therapeutisches Klima, das den Krankheitssymptomen entgegenwirkt und zu neuen Verhaltensweisen ermutigt
- Möglichkeiten zur Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis durch bewußtes Erleben und Erfahrbarmachen der problematischen Verhaltensweisen in einem formal-rechtlich sanktionsfreien Bereich
- Möglichkeiten zur Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis durch bewußtes Erleben der alten Verhaltensweisen in und aus unterschiedlichen Situationen heraus

Aus diesen Gründen wird eine kausale Therapie für Drogenabhängige im Vollzug als wenig erfolgversprechend eingeschätzt. Gleichwohl werden Behandlungsmaßnahmen immer wieder gefordert vor allem mit Hinweis auf eine erfolgreiche Praxis im Ausland, v.a. im anglo-amerikanischen und skandinavischen Bereich. Sowohl in Großbritannien, als auch in den USA und Schweden existieren eine Reihe von Gefängnissen, in denen abstinenzorientierte Therapeutische Gemeinschaften (Therapeutic Communities, TC) innerhalb des Vollzuges arbeiten. Diese Einrichtung entspricht den Erfahrungen, daß Drogenbehandlungsmaßnahmen oftmals von der Subkultur im Gefängnis konterkariert oder torpediert werden. Diejenigen Gefangenen, die einwilligen in eine TC einzutreten werden von den nicht-behandlungswilligen anderen Gefangenen getrennt und haben nur minimalen Kontakt mit ihnen. Also ein durchaus andere Situation als bloße drogenfreie Flure bzw. Abteilungen, die auch in vielen deutschen JVA vorzufinden sind.

Es gibt allerdings wenige TC-Evaluationen. Turnbull/Webster (1997, S. 13) haben in ihrer Literaturstudie Ergebnisse von Evaluationen intramuraler TC in den USA gefunden, die denen außerhalb des Vollzuges ähnlich sind – sie lassen sich auf den Nenner bringen: „...the longer people remain in treatment, the better the outcome, and those who continue with treatment do better than those who drop-out or do not receive treatment“. Allerdings zeigen Follow-Up-Ergebnisse, fördert auch unerwartetes zutage: „Interesting the group who were exposed to the prison based TC only did not differ significantly from those who had no treatment.“

Shewan (1994) verglich 30 Gefangene, die im „Drug Reduction Programme“ im Edinburgher Gefängnis teilnahmen, mit einer Gruppe von 30 Gefangenen, die dort herausfielen oder gar keinen Kontakt mit dem Behandlungsprogramm hatten. Diejenigen, die im Programm waren wiesen einen geringeren Grad von Drogenkonsum in Haft aus.

Allerdings muß bei den wenigen evaluierten, mit Kontrollgruppen arbeitenden Evaluationen eingeschränkt werden, daß nichts über Abhängigkeit begründenden Drogen (z.B. „Crack“ in den USA), die extramuralen Therapiemöglichkeiten ausgesagt wird, so daß Übertragbarkeiten auf hiesigen Verhältnisse, wo extramurale Therapieplätze in relativ großer Zahl vorhanden sind, die gerade über das Motto der BtMG-Novellierung von 1981 „Therapie statt Strafe“ auch belegt werden, sehr schwierig sind.

Dieselben methodischen Schwierigkeiten ergeben sich für Aussagen zur Zwangsbehandlung, die auf unsere Verhältnisse übertragbar wären. Anglin und Hser (1989) verglichen in zwei separaten Studien von Zwangsbehandlung (worunter sich ein Methadon-Programm befand) und kamen zu dem Schluß, daß initiale Motivation keine Voraussetzung für eine wirksame Therapie darstelle. Auch dieses Ergebnis wirft mehr Fragen auf, als es sie löst: z.B. von welcher Dauer und Stabilität sind die erreichten Ergebnisse? Könnte man dann nicht auf Zwangsbehandlung verzichten?

## 3.2 Traditionelle Reaktionen auf Infektionskrankheiten

Vor allem instrumentelle und kontrollorientierte Zugänge im Umgang mit Infektionskrankheiten werden innerhalb des Justizvollzuges deutlich. Im folgenden sollen vor allem die HIV-AK-Testpraxis und die instrumentellen Präventionsmaßnahmen darauf untersucht werden, ob sie klientenorientiert, lebensweltnah und zielgruppenspezifisch oder einseitig kontrollorientiert aufgebaut sind.

### 3.2.1 Problembereich HIV-AK-Regeltestung

In vielen Anstalten werden HIV-Testungen Neuinhaftierter im Rahmen der medizinischen Eingangsuntersuchung vorgenommen (vgl. zur epidemiologischen Aussagekräftigkeit Kapitel 2.2.). Zwar wird in vielen Anstalten von den Gefangenen eine schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt, deren freiwilliger Charakter jedoch dadurch infrage gestellt wird, daß vielfach die Ablehnung eine Behandlung als HIV-Infizierter – mit allen stigmatisierenden Nachteilen, bis hin zur Behandlung als HIV-Antikörper-positiver Gefangener – zur Folge hat. Bis auf wenige Ausnahmen gibt der allergrößte Teil

der Gefangenen folglich seine Einwilligung zum Test[3]. Von einer wirklichen Freiwilligkeit kann bei der Durchführung der Tests – in der konkreten Zugangssituation in der Vernachlässigung entsprechender Aufklärung – für Gefangene nicht ausgegangen werden (vgl. ausführlich Knapp 1996, S. 133ff u. S. 154f). Die Praxis durch Androhung von vollzuglichen Einschränkungen psychischen Druck in einer für den Gefangenen prekären Lage auszuüben, wird z.T. auch als ‚Zwangstest' betrachtet. Rechtliche Bedenken bestehen vor allem deshalb, weil eine medizinische Untersuchung zwangsweise (nach § 101 Abs. 1 StVollzG, bzw. § 178 Abs. 1 StVollzG für U-Haft und Jugendstrafvollzug) nur bei Lebensgefahr, bei schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit des betreffenden Gefangenen oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen zulässig ist. Höflich (1991, S. 77 betont, daß die Maßnahmen für die Beteiligten (wozu auch die betroffenen Gefangenen gehören) zumutbar sein muß und nicht mit erheblicher Gefahr für Leben oder Gesundheit des Gefangenen verbunden sein. Der § 101 steht unter Vorbehalt des § 94 Abs. 1, der besagt, daß der Zwangstest nur durchgeführt werden darf, wenn der damit verfolgte Zweck auf keine andere eise erreicht werden kann. „Diese Regelung ist Ausfluß des verfassungsrechtlichen Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, der besagt, daß eine staatliche Maßnahme mit Eingriffscharakter im Einzelfall nur zulässig ist, wenn sie zur Abwehr oder zumindest Minderung einer konkreten Gefahr geeignet ist, den geringsten Eingriff beinhaltet (...) In der Diskussion um Zwangstests wird vielfach übersehen, daß für den Erlaß von Rechtsvorschriften das Bestehen einer *abstrakten* Gefahr ausreicht, daß aber bei einer Verfügung zur Gefahrenabwehr eine *konkrete* Gefahr vorliegen muß, d.h. in dem speziellen Fall muß tatsächlich die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts bestehen; oder mit anderen Worten: der Nachweis der Gefahrenlage im Einzelfall ist erforderlich." (Höflich 1991, S. 77)

Davon kann allerdings von den unter Androhung vollzuglicher Nachteile erzwungener Massentests nicht die Rede sein. Sie scheinen in der gegenwärtigen Praxis der Einmaltestung (unter Vernachlässigung infektiologischer Besonderheiten, wie Inkubationszeit etc.) bei Haftantritt weder geeignet zur

3 Der hessische Datenschutzbeauftragte Simitis stellte in seinem 17. Tätigkeitsbericht 1989 fest, daß aufgrund der konkreten Umstände im Strafvollzug von einer Einwilligung datenschutzrechtlich nicht die Rede sein könnte. Eine Einwilligung setze rechtlich und tatsächlich echte Entscheidungsfreiheit voraus. Diese sei im Vollug nicht gegeben. Die Verwendung der Begriffe ‚Einwilligung' und ‚Freiwilligkeit' (durch das hessische Justizministerium sei insofern „irreführend und unzutreffend" (Simitis 1989, 260,263).

Abwehr oder Minderung von Gefahren, noch sind sie erforderlich, weil die Gefahr andere zu infizieren bzw. für den betroffenen Gefangenen selbst rechtzeitig Maßnahmen einzuleiten auf andere Weise erreicht werden könnten: ausgedehnte Informationsarbeit, Anbieten freiwilliger Tests, technische Präventionsmittel (Kondome, sterile Spritzen, Einmalrasierapparate, sterile Tätowiergerätschaften etc.).

Die bei der Eingangsuntersuchung genommene Blutuntersuchung darf nicht ohne Einwilligung des Gefangenen auf HIV-Antikörper untersucht werden: In Artikel 2, Abs. 1 des Grundgesetzes wird das Selbstbestimmungsrecht des Patienten geschützt: „Es beinhaltet die Entscheidungsfreiheit, einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit abzulehnen oder zuzustimmen." (DAH 1997, S. 59)

Der Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung der denkbar schlechteste Zeitpunkt ist (bei DrogenkonsumentInnen oftmals Entzugserscheinungen, Angst vor Isolation in einer Beobachtungszelle), um eine bewußte Entscheidung für oder gegen einen HIV-Test zu erwarten. Gleichwohl ist das Gefängnis in vielen Fällen der Ort der HIV-Diagnose. Wedershoven (1998, S. 26) berichtet aus ihrer Befragung, daß die Hälfte aller HIV-infizierten Gefangenen erstmalig in der Haft von ihrer HIV-Infektion erfuhren. Weitere 20% hatten von ihrem HIV-Infekt bei einem Krankenhausaufenthalt vor der letzten Inhaftierung erfahren.

Diese in den meisten Anstalten verbreitete Test-Praxis macht jedoch aus HIV-präventiver Sicht keinen Sinn. Die Kenntnis des HIV-Status innerhalb und außerhalb des Strafvollzuges bietet keine Gewähr für risikobewußtes Verhalten oder gar gesünderes Leben im Strafvollzug. Die Gefahr des Mißverständnisses des Tests als Vorbeugung besteht nach wie vor. Im Gegenteil ist anzunehmen, daß ein positives HIV-Antikörpertestergebnis zu erheblicher Irritation und Depression führen kann. Knapp (1996, S. 1498f) berichtet in seiner Untersuchung HIV-AK-positiver Gefangener, daß die Hälfte der Befragten die Mitteilung eines positiven HIV-AK-Befundes damit umschrieben, ‚abgrundtief verzweifelt gewesen zu sein', das Gefühl gehabt zu haben ‚'hilflos ausgeliefert zu sein, sowohl in Bezug auf zurückgehend physische Leistungsfähigkeit, aber auch in Bezug auf die Anstaltsmedizin, der wenig Vertrauen entgegen gebracht wurde. Verschiedene Befragte berichteten darüber hinaus, „keinen Lebenswillen mehr gehabt oder konkrete Selbstmordgedanken gefaßt zu haben". Beispielhaft sei hier die Reaktion eines von

Knapp (S. 151) interviewten Gefangenen geschildert, der als Reaktion auf die Infektion einen Selbstmordversuch in Haft unternommen hatte:

„Da kam ja außer dem positiven Testergebnis noch mehr dazu: Meine Ex-Frau hatte sich deshalb von mir getrennt und ich hatte Angst, sie oder das Kind angesteckt zu haben. Außerdem machte mir zu schaffen, was der Anstaltsarzt bei der Mitteilung des Ergebnisses gesagt hatte (der Arzt war hereingekommen und hat gesagt: ‚Sie sind AIDS-erkrankt, Stadium 4; richtig laut gesprochen, obwohl Mitgefangene und Sanitäter anwesend waren). Ich habe mich zurückgezogen und geheult. Ich wollte es einfach nicht wahrhaben. Ich bekam einen psychischen Knacks, den ich bis heute noch nicht überwunden habe. Ich habe regelmäßig Selbstmordgedanken. Ich habe es probiert mit Schlaftabletten. Das reichte aber nicht. Ich habe dann zwei Tage geschlafen und wachte auf der Intensivstation des Justizvollzugskrankenhauses auf.“

Dies ist umso wahrscheinlicher, weil die draußen entwickelten Methoden und Standards der Testvor- und Nachbereitung und psychischer Bewältigungshilfen im Vollzug in der Regel nicht oder nur punktuell angeboten werden. Wie die Befragung von 117 Gefangenen mit HIV und AIDS der Deutschen AIDS-Hilfe ergab, wurde das Test-Ergebnis zu 90% vom Anstaltsarzt mitgeteilt. Knapp (1996) bestätigt dies in seiner Befragung HIV-AK-positiver Gefangener; wobei die große Mehrzahl die Situation als negatives Erlebnis in Erinnerung hatte. In weiteren Fällen wurde das positive Ergebnis von Sanitätern oder sogar vom Anstaltsleiter mitgeteilt (S. 143). Die AIDS-Enquete-Kommission (1990, 285) stellt ebenfalls fest: „Zu einer weitergehenden umfassenden Betreuung sind die Ärzte schon aus zeitlichen Gründen nicht in der Lage. Dasselbe gilt wohl auch für die Anstaltspsychologen. Deshalb liegt die psychosoziale Betreuung der infizierten Gefangenen meist in den Händen der Sozialarbeiter und der Anstaltsgeistlichen. Sie erfordert einen hohen zeitlichen und persönlichen Aufwand und setzt entweder eine spezielle Schulung oder doch zumindest eine eingehende Beschäftigung mit der Problematik voraus. Diese Voraussetzungen sind nicht immer gegeben“.

Dies muß vor dem Hintergrund gesehen werden, daß der allergrößte Teil (88,3%, Gähner 1992) nicht an die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht glaubt und weiterhin erhebliches Mißtrauen und Vorbehalte gegenüber der medizinischen Versorgung im Strafvollzug hat. Dies wird umso bedeutsa-

mer, weil man mit der HIV-Erkrankung, ggf. sogar mit AIDS-assoziierten Krankheitssymptomen dem medizinischen Dienst ausgeliefert ist.
Die Hamburger Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzeptes für den Hamburger Strafvollzug (1995, S. 52) fordert, daß eine Eeinverständnis für einen HIV-Test nicht sofort nach Zuführung, sondern erst nach Beendigung der entzugsbedingten Eingangsbehandlung und nach entsprechender Beratung erfolgt.
Die AMSEL-Studie führt aus, daß neben der bisherigen Lebensbiographie der Aufenthaltsort bei einem positiven HIV-Testergebnis von wesentlicher Bedeutung ist: „Eine aktive Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion setzt voraus, daß der Betroffene das Gefühl hat, damit den Verlauf beeinflussen zu können. Wie gering das subjektive Kontrollerleben sein kann, um gerade noch Motivationsgrundlage für eine aktive Bewältigungsstruktur des Betroffenen ab. (...) Ein großer Teil der hier interviewten HIV-positiven Drogenabhängigen neigt im Falle des erlebten Kontrollverlustes vor allem zu Verdrängung mittels Drogen“ (Kindermann 1987).

Die Strafvollzugseinrichtung ist also in Hinblick auf soziale, gesundheitliche und psychische Unterstützung, und daraus folgend für das subjektive Gefühl der Beeinflußbarkeit des Infektionsverlaufs, die denkbar schlechteste Umgebung zur Bewältigung des positiven Testergebnisses. Aufgrund dieser fehlenden Unterstützungen und mangelnden Bewältigungschancen sind HIV-AK-Tests innerhalb der Anstalt unter Androhung von Sanktionen bei Verweigerung wenig sinnvoll, eher kontraproduktiv und sollten daher wegfallen (vgl. auch AMSEL-Studie).

Der Verdacht liegt nahe, daß HIV-AK-Massentests eher dem Informationsinteresse der Bediensteten, als den Bedürfnissen der Gefangenen genüge tun, zu wissen, wer Virusträger und ggf. -überträger sein könnte, obwohl die Sicherheit des Vollzugspersonal durch Kenntnis des HIV-Status nicht erhöht wird. Raschke/Ritter (1991, S. 193) weisen darauf hin, daß diese Tests ganz im Gegenteil eher eine Scheinsicherheit bei den Bediensteten erzeugen, „die sie glauben läßt, sie wüßten, wer infiziert sei und wer nicht. Dadurch entsteht aber die Gefahr, daß sie allgemeine Hygienevorschriften eher vernachlässigen und sich bei der Versorgung von Verletzungen der Insassen in falscher Sicherheit wiegen“. Denn HIV-Infektionen können sich ja gerade im Strafvollzug ergeben – der HIV-AK-Test bei der Eingangsuntersuchung hat lediglich einen beschränkten Aussagewert. „Zugleich kann das Regeltesten bei dem Personal den Eindruck erwecken, als sei es für ihre alltägliche

Arbeit in der Anstalt ganz besonders wichtig zu wissen, wer infiziert ist und wer nicht. Dies wiederum leistet einer Überängstlichkeit der MitarbeiterInnen in den Haftanstalten Vorschub, die sie in ihrer Arbeitssituation unnötig belastet.“ (193). Einer „normalisierenden“ Haltung gegenüber der Krankheit AIDS und der HIV-Infektion wird damit entgegengewirkt. Die beiden Szenarien für eine HIV-Exposition (Anwendung körperlicher Gewalt, Erste-Hilfe) werden als Notwendigkeit für die Kenntnis des HIV-Status der Gefangenen herangezogen. Doch selbst bei diesen Szenarien ist eine HIV-Übertragung sehr schwer vorstellbar. Zu fragen ist, ob nicht eher ein Mythos gepflegt wird, HIV sei leicht übertragbar, dabei ist gerade umgekehrt feststellbar, daß das normale Zusammenleben in der Anstalt kein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion birgt.

Lindlahr (1991) weist darauf hin, daß bestehende Ängste und psychische Belastungen der Bediensteten es einerseits im Wechselprozeß erleichtern, „bestimmte Regelungen in den ministeriellen Erlassen, die sich auch rechtlich als fragwürdig erwiesen haben, aufrechtzuerhalten. Die subjektive Ansteckungsangst der Bediensteten muß aber andererseits auch als Argument herhalten, wenn es um die Zumutbarkeit innovativer (und von der Justiz nicht gewünschter) AIDS-präventiver Ansätze wie Spritzenabgabe in den Anstalten geht“ (S. 27).
Es scheint, daß Überwachung und Kontrolle – im falsch verstandenen Präventionssinne – sich quasi wie selbstverständlich auch auf den gesundheitlichen Status der Gefangenen erstrecken könnten.

Die WHO hat in ihren Richtlinien festgehalten: „Anonyme Reihentestungen für epidemiologische Erhebungen sollten im Gefängnis nur durchgeführt werden, wenn sie auch in der übrigen Bevölkerung des jeweiligen Landes angewandt werden. Die Insassen sollten über etwaige epidemiologische Erhebungen in dem Gefängnis, in dem sie sich befinden, informiert werden, wobei die Ergebnisse den Gefangenen zugänglich gemacht werden sollten.“ (WHO 1993, S. 121). Diese Richtlinie dürfte in den wenigsten Anstalten umgesetzt worden sein.

Eine Begründung für die Durchführung eines HIV-Tests – als sekundärpräventive Maßnahme – könnte darin liegen, durch ein frühzeitiges Wissen um ein positives Testergebnis die neuesten medizinischen Behandlungsmethoden anwenden (lassen) zu können. Nur wer frühzeitig um seine Infektion weiß kann bestimmte Therapien in Anspruch nehmen. Das hieße aber, daß auch tatsächlich die antiretroviralen Medikamente im Vollzug verschrieben

werden. Zu fragen ist bereits, ob eine Viruslastbestimmung jeweils vorgenommen wird (vgl. DAH 1997, S. 16), oder lediglich die T-Helferzellenzahl ermittelt wird. Fraglich ist weiterhin, ob die Haftsituation insbesondere für Drogenabhängige nicht eine zusätzliche Schwächung bedeutet, Hygieneregeln beim Drogenkonsum nicht beachtet werden etc. Auch die psychophysischen Wege zur Stärkung der Abwehrkraft des Imunsystems (emotionale Unterstützung, körperliche Bewegung, Licht frische Luft, Ernährung) sind in Haft begrenzt.

### 3.2.2 Instrumentelle Präventionsmaßnahmen

Ebenso wie sich der Vollzug nicht als drogenfrei erklären kann, so ist er auch kein sexualfreier Raum. HIV und die beschriebenen Hepatitiden können ebenfalls über ungeschützte Geschlechtskontakte übertragen werden. Deshalb sollten Gefangene einen anonymen Zugang zu Kondomen mit entsprechenden Gebrauchsanleitungen und wasserlöslichen Gleitcremes und weiteren Hilfsmitteln erhalten.
Wenngleich die Kondomvergabe in den meisten bundesdeutschen Gefängnissen als sinnvolle AIDS-Prophylaxe anerkannt wird, so muß die Versorgungslage in den Anstalten insgesamt doch als unzureichend bezeichnet werden (vgl. auch BMG/BMJ 1995, S. 7) Für die Situation in Hamburg wird festgestellt, daß „den Gefangenen in einigen Anstalten überhaupt keine Kondome zur Verfügung gestellt werden. Generell läßt sich feststellen, daß das Ziel, jedem Gefangenen anonym den Zugang zu Kondomen zu ermöglichen, nicht erreicht ist.“ (Kommission 1995, S. 51). Einige Bundesländer weigern sich noch immer, die Verteilung von Kondomen durch Sozialarbeiter oder den ärztlichen Dienst zuzulassen. Eine Selbstversorgung erfolgt oft über den Kaufmann, d.h. Sexualkontakten müssen eingeplant werden und der Infektionsschutz ist für die Gefangenen teuer.

Perkins (1998) zeigt in ihrer Studie über Zugänglichkeit zu Kondomen für Gefangene in der Europäischen Union, daß es große Unterschiede zwischen der grundsätzlichen und praktischen Zugänglichkeit zu Kondomen gibt. Offenbar werden Ängste von Gefangenen, dem Verdacht von Homosexualität ausgesetzt zu sein, in den konkreten Abgabemodalitäten nicht genügend berücksichtigt. Am Beispiel Großbritanniens zeigt sich, daß die ärztliche Verschreibung von Kondomen im Vollzug beispielsweise kum angenommen wird. Der ‘Advisory Council on the Misuse of Drugs’ (1996, S. 104) schlägt

deshalb vor, „...that condoms should be made readily available in prison on a confidential basis."

### 3.2.3 AIDS-Beratung

Mit dem Auftreten der AIDS-Krise Mitte der 80er Jahre haben sich Gesundheitsämter aber vor allem AIDS-Hilfen verstärkt im Vollzug engagiert. Zielgruppen dieser Aufklärungsarbeit sind sowohl die Gefangenen als auch die Bediensteten. Im Vordergrund stehen die Problematisierung der ineinander verschränkten Problembereiche „Drogenkonsum", „Infektionskrankheiten" und „Strafvollzug". Dabei geht es bei den Gefangenen nicht nur um die Vermittlung infektionsrelevanten Wissens, Entwicklung eines Risikobewußtseins und Hilfestellungen zur Risikobewältigung unter Haftbedingungen, sondern auch um Erfahrungsaustausch, Verarbeitung von Ängsten bezüglich des anstaltlichen Umgangs mit einer HIV oder zunehmend auch Hepatitis-Infektion, sowie spezifische Hilfestellungen zur Verbesserung der materiellen Situation innerhalb der Haft, Kontakte nach draußen, Teilnahme an Betroffenen- und Selbsthilfegruppen.

Viele Inhaftierte nutzen das Angebot einer Testung ihres Infektionsstatus (Überprüfung der Küchentauglichkeit) während der Eingangsuntersuchung bzw. in der Haftzeit und geraten u.U. unvorbereitet in die Situation, mit einem positiven Testergebnis konfrontiert zu werden. Von der Möglichkeit einer gründlichen Test-Vor- und Nachbereitung kann in der Regel im Vollzug nicht ausgegangen werden aufgrund mangelnder personeller Ressourcen. Für die Betroffenen ist ein positives Testergebnis mehr als eine medizinische Information. Es geht um Lebensperspektiven, das Infragestellen von Lebenskonzepten, Zukunftsängste, die Bewältigungsanforderung eines chronischen Krankheitsprozesses, medizinische Behandlungsmöglichkeiten, finanzielle Absicherung etc.

Unter der Bedingung einer allgemeinen Kommunikations- und Handlungseinschränkung durch die Haftbedingungen und einer Drogenabhängigkeitsdynamik ist in dieser Situation mit krisenhaften psychosozialen Reaktionen der Betroffenen zu rechnen, die durch einen kontinuierlichen Unterstützungsprozeß aufgefangen werden müßten. Anstaltsintern sind bestenfalls Suchtberatungsdienste/Medizinische oder Soziale Dienste in der Lage, Akutversorgung als Minimalanforderung zu gewährleisten. Insgesamt müßte die Beratungstätigkeit um die Infektionsstatus-Testpraxis als eine umfassende

psychosoziale Aufgabe wahrgenommen und umgesetzt werden, so wie es außerhalb des Vollzuges durch AIDS-Beratungsstellen angeboten wird und sich als fachlich relevant darstellt.

Bei den Bediensteten geht es zunächst um eine Sensibilisierung für die Lebensbedingungen Drogenabhängiger, sowie um Verhaltenssicherheiten im Umgang mit Infektionskrankheiten, Infizierten, Ansteckungsängsten und realen -risiken, eigene Schutzmöglichkeiten. Informations- und Beratungsangebote sollten deshalb auch Bedienstete mit einbeziehen.

### 3.3 Grundlagen und Bedingungen der Anstaltsmedizin

Grundsätzlich geregelt ist die medizinische Versorgung von inhaftierten Personen in den §§ 56-66 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) 7. Titel: Gesundheitsfürsorge. Präambelartig schreibt der § 56 die allgemeine Verpflichtung der Vollzugsbehörde fest, für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen, artikuliert aber auch die korrespondierende Verpflichtung des Gefangenen, die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene zu unterstützen.

Für die gesundheitliche Situation des Gefangenen und für die medizinische Situation der gesamten Anstalt ist der Anstaltsarzt allein zuständig und verantwortlich. Eine Weisungsbefugnis des Anstaltsleiters besteht nicht. Weitere Einzelheiten der medizinischen Versorgung regeln die einzelnen Länder z. T. unterschiedlich in einer Dienstordnung Gesundheit (DOG) oder vergleichbarem Regelwerk (Schwind u. Blau 1988, Kaiser et al. 1991, Rex 1995). Grundsätzlich hat sich Anstaltsmedizin an den Vorgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu orientieren. Die Weltgesundheitsorganisation schreibt das Äquivalenzprinzip fest, die Vergleichbarkeit der intra- und extramuralen medizinischen Versorgung (siehe Kapitel 3.4). Strafvollzug soll primär nur Freiheit nehmen, aber nicht durch schlechtere medizinische Versorgung zusätzlich bestrafen – im Gegenteil: Durch den Freiheitsentzug besteht der Gefangene in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis um Staat und zur Anstaltsmedizin. Es ergibt sich eine besondere Verantwortung und Fürsorgepflicht des Staates dem Gefangenen gegenüber[4]. Das Bild der

4 Besondere Beachtung sollte der gesundheitlichen Situation von Frauen im Vollzug gewidmet werden, besonders in Bezug auf prä- und postnatale Pflege, zur Begleitung von Müttern mit Babies und zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge für Frauen (vgl. auch Standard

Anstaltsmedizin in der Öffentlichkeit ist schlecht. Geprägt ist dieses Bild durch den historischen Anstaltsarzt, der eingebunden in vollzugliche Zwangsmaßnahmen war, einschließlich Hinrichtungen, Experimenten an Menschen im 3. Reich etc. und allenfalls eine Minimal-Medizin gewährleistete.

Bemühungen um eine Verbesserung der medizinischen Versorgung im Strafvollzug werden schnell mit den besonderen Bedingungen der Gefängnisse als Reformhindernis konfrontiert. Auch bei der Normierung der Gesundheitsvorschriften zum Strafvollzugsgesetz (StVollzG) sah sich der Gesetzgeber zunehmend verpflichtet, die zunächst geplante Übertragung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten besonderer Regelungen einzuschränken.

Die wesentlichste Einschränkung gegenüber den außerhalb des Gefängnisses geltenden medizinischen Standards besteht in der Aufhebung des Prinzips der freien Arztwahl. An die Stelle von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung tritt die Fürsorge der Anstalt und die Verpflichtung des Gefangenen, die notwendigen medizinischen Maßnahmen zu unterstützen (§ 56 StVollzG). Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber der Tatsache Rechnung tragen, daß der Gefangene aufgrund des Freiheitsentzuges nicht in gleicher Weise wie ein freier Bürger Beeinträchtigungen seiner Gesundheit begegnen kann. Dementsprechend wurde das Rechtsverhältnis zwischen Gefangenem und Anstaltsarzt nicht privat-, sondern öffentlich-rechtlich ausgestaltet. Das Strafvollzugsgesetz übernahm also nicht die noch in §§ 53 II, 54 III Regierungsentwurf (RE) und § 106 III Alternativentwurf (AE) vorgesehene Möglichkeit der freien Arztwahl auf Kosten der Gefangenen (vgl. VV zu § 58 Ziff. 3 StVollzG). Entscheidend hierfür war die im Gesetzgebungsverfahren wiederholt geäußerte Befürchtung, mit den Besonderheiten des Vollzugs nicht vertraute externe Ärzte könnten von den Gefangenen gegen die Anstaltsärzte ausgespielt und für die Bescheinigung der Haft-/Arbeitsunfähigkeit, eine besondere Medikation oder Verpflegung mißbraucht werden. Dem weiteren Argument, „reiche oder arme Gefangene (sollten) nicht ungleichmäßig behandelt werden“ (BT.Dr. 7/918, 117), widersprach zunächst auch das Bundesjustizministerium, da es in der freien Arztwahl „einen wichtigen Ansatzpunkt dafür (sah), das Leben in der Anstalt dem Leben in Freiheit anzugleichen. Wenn der wohlhabende Gefangene in der Lage sei, sich anders als der arme Gefangene das Privileg der freien Arzt-

---

Minimum Rules for the Treatment of Prisoners 8.(a), 23. (1 u.2) und The Internationl Centre for Prison Studies (o.J.).

wahl zunutze zu machen, so sei dies in der Freiheit nicht anders“ (BT.Dr. 7/1858).

Nicht in das Gesetz übernommen wurde auch die Idee einer zeitlichen Befristung der Tätigkeit eines Anstaltsarztes. In diesem Sinne ging noch der AE davon aus, daß die Anstaltsärzte spätestens nach drei Jahren abgelöst werden, um den Gefahren der Routine und Betriebsblindheit zu begegnen. Die Bedeutung einer solchen Fluktuation für die Gewährleistung normaler medizinischer Standards sollte nicht unterschätzt werden. Zwar ließen sich durch eine Verzahnung intra- und extramuraler Versorgungsmodelle die geschilderten Gefahren möglicherweise ebensogut verhindern. So wäre auch nach den geltenden Vorschriften eine Erlaubnis gegenüber einem Anstaltsarzt, nebenher frei zu praktizieren ebenso zulässig wie Modelle der Vernetzung und Kooperation mit Fachärzten und Spezialkliniken oder die Organisation des Lazaretts als Abteilung eines öffentlichen Krankenhauses (vgl. AK-Quensel vor § 56 Rz. 13; Keppler 1996, S. 111 u. 126). Gegenwärtig findet eine derartige Kooperation jedoch kaum statt: „Das derzeit praktizierte medizinische Versorgungssystem ist darauf aufgebaut, daß eine ärztliche Behandlung außerhalb des Vollzuges, d.h. in der Regel in Fachkliniken eigentlich nur dann vorgesehen ist, wenn die Vollzugstauglichkeit des Patienten nicht mehr gegeben ist“ (Zettel 1988, 196).

Auch über die Arztwahl hinaus war es im Gesetzgebungsverfahren noch zu weiteren Abweichungen von den Standards der gesetzlichen Krankenversicherung gekommen. In einer von Mißbrauchsängsten geprägten Debatte wurden die Anstaltsärzte in Zwangsmaßnahmen eingebunden (vgl. § 101 StVollzG) und Sicherheits- und Finanzierungsvorbehalte („Belange des Vollzugs“) in das Gesetz aufgenommen. Entscheidend aber war, daß die ursprünglich mit den §§ 190 ff StVollzG angestrebte Einbeziehung der Strafgefangenen in die gesetzliche Krankenversicherung aufgeschoben und bis heute nicht realisiert wurde (vgl. § 198 III StvollzG). Dabei hatte der AE im Hinblick auf die ursprüngliche Planung noch deutlich die Pflichten der Krankenversicherungsträger gegenüber den Aufgaben der Vollzugsverwaltung herausgestellt: Alles was nicht ausdrücklich der Justizverwaltung übertragen sei, falle in den Aufgabenbereich des örtlich zuständigen Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung (AE-StVollzG 1973, S. 169). Demgegenüber geht das Strafvollzugsgesetz von einer abschließenden Regelung der Krankenpflege durch die Vollzugsbehörden aus, so daß Defizite der Gesundheitsfürsorgeleistungen nicht durch die Krankenkassen aufgestockt werden (zu

den Folgen dieser Regelung vgl. nur BSG StV 1987, 400 mit Anm. Stolleis und § 62 a StVollzG; vgl. insgesamt: Stöver/Lesting 1999).

Da der Inhaftierte keine freie Arztwahl hat, wird der Anstaltsarzt zum Zwangsansprechpartner des Patienten. Insofern hat Anstaltsmedizin als Monopolmedizin hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung eine besondere Verantwortung. Da der Anstaltsarzt als Monopolist nicht alles an Medizin vorhalten kann, muß er sich einerseits bemühen, ein möglichst großes Spektrum selbst abzudecken, aber er muß auch bei allen Dingen, die er selbst nicht abdeckt und leisten kann, den Zugang dazu ermöglichen, d.h. an externe Ärzte überweisen.

Anstaltsmedizin arbeitet immer in einem Spannungsfeld zwischen ärztlicher, also patientenorientierter Aufgabe auf der einen Seite und justiziell, vollzuglichen Vorgaben/Zwängen auf der anderen Seite, zwischen dem in Diagnose und Therapie geforderten Vertrauen in die Patient-Arzt-Beziehung und auf der anderen Seite der Tatsache des Zwangsansprechpartners. Beide Seiten sind miteinander verbunden, so kann eine ärztliche Duldung bzw. Nicht-Überprüfung eines bestimmten Drogenkonsums der Anstaltspolitik zuwiderlaufen, sie kann aber auch dazu führen, daß diese Praxis konform ist mit anstaltlichen Belangen. Der Konsum von Cannabis etwa wäre jederzeit, sowohl in vollzuglich angeordneten, als auch in medizinisch angeordneten Urinkontrollen überprüfbar (ggf. für Patienten in Substitutionsbehandlungen, wenn man der Auffassung ist, Cannabis stelle einen unzulässigen Drogenbeikonsum dar). Andererseits ist der Cannabisgebrauch oft als „vollzugskonform“ bezeichnet worden, d.h. er bringt oft Ruhe in den Vollzug. Ähnliches gilt für die generelle Verschreibungspraxis des Arztes für das „Vollzugsklima“. Ein Arzt aus Styal’s Prison formuliert es so: „Restriction of my use of these preparations[5] were accompanied by a significant reduction in disorder within the prison“ (Greenwood 1997, S. 183).

Anstaltsmedizin ist im wesentlichen symptomorientiert, nicht ursachenorientiert und – bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Impfempfehlung für Hep. A und B) – nicht prophylaktisch oder im weiteren Sinne präventiv tätig.

Eine mögliche Lösung dieses Spannungsfeldes wäre eine emanzipierte, selbstbewußte Anstaltsmedizin, die Entscheidungen trifft, die medizinisch

5 V.a. codeinhaltige Präparate

geleitet, also patientenorientiert sind und nicht an Vollzugsbelangen orientiert ist. Dies ist nur zu realisieren über eine freie Arztwahl.

Die Durchführung der Methadonsubstitution im Justizvollzug sollte den gleichen Regeln und Standards folgen wie die Substitution im vertragsärztlichen System. Im wesentlichen sprechen drei Gründe dafür: (1) Wie eingangs bereits dargelegt, besteht die Forderung nach Äquivalenz von Kassen-Medizin und Gefängnis-Medizin. (2) Die Befolgung der gleichen Regeln und Standards sichern den Arzt gegen Unzufriedenheiten des Patienten oder auch juristische Attacken ab. (3) Werden bei der Substitution bereits in der Anfangsphase die entsprechenden Anmeldeformalitäten mit durchgeführt, so ist eine Weitersubstitution nach Haftentlassung im vertragsärztlichen System problemlos möglich.

Minimale Modifikationen bestehen lediglich hinsichtlich der formalen Differenzierung zwischen Vertragsarzt und Anstaltsarzt (als Nicht-Vertragsarzt), z.B. bei Kostenträger, Geltung von Rahmenplan statt NUB-Richtlinien.

Grundsätzlich geregelt wird die Substitution mit den Betäubungsmitteln Levomethadon und Methadon durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), durch die Neuen Untersuchungs- und Behandlungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und durch das schulmedizinische Wissen, festgemacht an ärztlicher Erfahrung und Literatur.

Das Patient-Arzt-Verhältnis ist unter den Bedingungen des Justizvollzuges oftmals anders strukturiert als im vertragsärztlichen System, das die Beziehungen zwischen Kassenpatienten, (Kassen-)Vertrags-Arzt und Krankenkassen regelt. Im Gefängnis existiert eine freie Arztwahl nicht, mit einer besonders modifizierten Ausnahme bei Untersuchungshäftlingen. Der Anstaltsarzt ist in der Regel zunächst Zwangsansprechpartner des Inhaftierten. Das ist gerade bei drogentherapeutischen Maßnahmen (von denen die Substitutionsbehandlung eine darstellt), die primär auf Freiwilligkeit basieren sollten, ein entscheidender Nachteil. Gleichwohl hat Therapie unter justitiellem Zwang nicht notgedrungen schlechtere Erfolgsquoten als Therapie ohne einen solchen Druck (Bühringer 1991; Egg 1993). Auf der anderen Seite wird auf dem Hintergrund der fehlenden freien Arztwahl gerade dann ein drogentherapeutisch akzeptierendes Signal gesetzt, wenn Gefängnisärzte ihre ausdrückliche Bereitschaft zur Substitution bekunden. Dieses akzeptierende Signal eröffnet Chancen zur Vertrauensbildung in der Gefängnis-Zwangsgemeinschaft Patient-Arzt (vgl Roorda 1989).

## 3.4 Das Äquivalenzprinzip als Richtschnur medizinischer Versorgung und psycho-sozialer Hilfen im Vollzug

Als grundsätzliche fachliche Orientierungen der medizinischen und psycho-sozialen Hilfen für Gefangene gelten die extramural entwickelten Standards der Medizin und der psycho-sozialen Dienste. Diese als Äquivalenzprinzip bezeichnete Angleichungsvorgabe findet sich sowohl im deutschen Strafvollzugsgesetz als auch in internationalen Empfehlungen für den Umgang mit gesundheitlichen und sozialen Problemen im Strafvollzug wieder. Im folgenden wird das Äquivalenzprinzip anhand der Angebote für Drogenabhängige (und hier insbesondere die Infektionsprophylaxe) im Strafvollzug diskutiert.

Dieser Angleichungsgrundsatz ist im Strafvollzugsgesetz (1977, §§ 3 u. 56ff) zumindest für die Medizin eindeutig festgeschrieben. Der § 56 hält die allgemeine Verpflichtung der Vollzugsbehörde fest, für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen, benennt die korrespondierende Verpflichtung des Gefangenen, die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene zu unterstützen. Weitere Einzelheiten der medizinischen Versorgung regeln die einzelnen Länder z. T. unterschiedlich in den Dienstordnungen Gesundheit (DOG) oder vergleichbarem Regelwerk (Schwind u. Blau 1988; Kaiser et al. 1991; Rex 1995). Grundsätzlich hat sich die Anstaltsmedizin in ihrer Behandlungspraxis an den Vorgaben und Standards der Gesetzlichen Krankenversicherung zu orientieren.
Kern dieses Grundsatzes ist die Prämisse, daß der Strafvollzug Freiheit nehmen, nicht aber durch schlechtere medizinische oder psycho-soziale Versorgung zusätzlich bestrafen soll. Der Vollzug einer Freiheitsstrafe soll keinen zusätzlichen Schaden und schon gar keine irreversiblen gesundheitlichen Schädigungen anrichten.

Das Äquivalenzprinzip ist über ethische und fachliche Grundsätze hinaus aber auch von enorm praktischer Bedeutung: Nur durch eine Angleichung der Standards in der Praxis kann eine wirksame Vernetzung der Hilfen vor und nach der Entlassung in die Kommune gewährleistet werden. Das heißt, daß die Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge im Vollzug (wie z.B. zur Infektionsprophylaxe, Substitutionsbehandlungen) in enger Zusammenarbeit zwischen nationalen Gesundheitsbehörden, Gefängnisverwaltungen und Zielgruppenvertretern, einschließlich regierungsunabhängiger Organisationen ausgearbeitet werden sollten. Und sie sollten in ein breites Programm der Gesundheitsförderung eingebettet sein. Schließlich sollten die

Bedürfnisse von Gefangenen und anderen Personen in der Institution Gefängnis (der Bediensteten) Berücksichtigung finden.

Aber auch für die psycho-sozialen Hilfen im Vollzug gilt eine Orientierung an den extern entwickelten fachlichen Standards. Der §3 des Strafvollzugsgesetzes mit dem Angleichungsgrundsatz bildet die Grundlage für eine Orientierung psycho-sozialer Hilfen an den extern erprobten, bewährten und realitäts- und praxisnahen Arbeitsweisen (hier der Drogen- und AIDS-Hilfe) in das Gesundheits- und Sozialversorgungssystem der Anstalt zu integrieren. Je stärker sich eine extramurale Drogen- und AIDS-Hilfepraxis entwickelt und bewährt, desto weniger kann sich der Strafvollzug diesen Standards verschließen.

Die zunehmende Zahl einsitzender Drogenabhängiger mit entsprechend risikoreichem Verhalten (drogenkonsumbedingte Schädigungen, Transmission von existentiell bedrohenden Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitiden) verlangt Maßnahmen der Gegensteuerung, um Gefangene nicht lebensuntüchtiger aus dem Vollzug zu entlassen, als sie zum Zeitpunkt des Haftantritts waren. Der Gegensteuerungsgrundsatz im Strafvollzugsgesetz (§ 3) beinhaltet dann eine realistische Abschätzung der gesundheitlichen und sozialen Risiken für drogenabhängige Gefangene und anstaltlicher Mittel der Risikovorsorge. Die hohe Verbreitung infektionsrelevanten Drogenkonsumverhaltens im Vollzug und die gegenwärtig fast ausschließliche anstaltliche Orientierung der Unterstützungen auf Abstinenz als einzigem Behandlungs- und letztlich auch als Vollzugsziel („zukünftig ein Leben ohne Straftaten führen zu können“) – zeigt jedoch ein enormes Maß an Divergenz und Realitätsausblendung. Außerhalb des Vollzuges haben sich in den letzten 10-15 Jahren unterhalb des Abstinenzzieles differenzierte, auf Schadensminimierung abzielende Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsangebote für Drogenabhängige entwickelt. Diese Angebote gehen von der Tatsache eines nicht oder nicht in jeder Lebensphase zu steuerndes und folglich nicht zu beendendes Drogenkonsumverhalten der Suchtkranken aus. Wenn auch der Vollzug außer der Überleitung in externe Behandlungseinrichtungen (nach §§ 35ff BtMG) keine kausalen Therapie anbieten kann, sollte er wenigstens Schutzvorkehrungen für existentielle Bedrohungen zur Verfügung stellen. Denn von einer auch unter Haftbedingungen fortgesetzten intravenösen Drogenkonsum vieler Abhängiger gehen die Mehrzahl aller Experten, einschließlich das Bundesgesundheitsamt aus (BMG 1995).

Auch in der internationalen Diskussion wird auf die Notwendigkeit der Angleichung gesundheitlicher Versorgung und psycho-sozialer Unterstützungspraxis an die extern entwickelten und in der Kommune/Region/Nation praktizierten Standards abgehoben. So wird bereits bei den 'Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners' (1955) gefordert: „...The medical services should be organised in close relationsship to the general health administration of the community or nation..." (Rule 22(1)

Dieses Prinzip wird wiederholt auch in den Schlußfolgerungen des Committee for the Prevention of Torture (CPT), dieses hat in seinem „Third General Report" (1993)[6] aufgeführt:

> „The health-care staff in any prison is potentially a staff at risk. Their duty to care for their patients (sick prisoners) may often enter into conflict with considerations of prison management and security...In order to guarantee their independence in health-care matters, the CPT considers it important that such personnel should be aligned as closely as possible with the mainstream of health-care provision in the community at large..."

Auch in den 'Basic Principles for the Treatment of Prisoners' (1990) der Vereinten Nationen wird erklärt: „Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation" (Principle 9)

Beispielhaft seien die WHO-Richtlinien zu HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis (WHO 1993) genannt, die auf folgenden Grundsätzen basieren:

- Alle Gefangenen haben ein Recht auf Gesundheitsfürsorge, einschließlich vorbeugender Maßnahmen, die derjenigen in der Allgemeinbevölkerung entspricht und Diskriminierung vermeidet, dies insbesondere in Hinblick auf ihren rechtlichen Status und ihre Nationalität.
- Die allgemeinen Grundsätze, die in nationale AIDS-Programme übernommen wurden, sollen gleichberechtigt für Gefangenen wie für die Allgemeinbevölkerung Anwendung finden.
- Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge im Vollzug sollten in enger Zusammenarbeit zwischen nationalen Gesundheitsbehörden, Gefängnisverwaltungen und Zielgruppenvertretern, einschließlich regierungsunabhängiger Organisationen (NGO's) aus-

6 Zit. n. Squires/Strobl, a.a.O. S. 110

gearbeitet werden. Und sie sollten in ein breites Programm der Gesundheitsförderung eingebettet sein.

- HIV/AIDS-präventive Maßnahmen im Gefängnis sollten die Prävention in der Allgemeinbevölkerung ergänzen und damit vernetzungsfähig sein. Die präventiven Maßnahmen sollten auf tatsächliches Risikoverhalten im Gefängnis zugeschnitten sein, besonders auf den Nadeltausch unter injizierenden drogengebrauchenden Insassen und den ungeschützten Sexualverkehr.
- Die Bedürfnisse von Gefangenen und anderen Personen in der Institution Gefängnis (der Bediensteten) sollten Berücksichtigung finden
- Sowohl Insassen als auch Bedienstete des Vollzuges sollten aktiv an der Entwicklung und Umsetzung wirkungsvoller Präventionsmaßnahmen beteiligt werden.

Demgemäß verweisen die Richtlinien in ihrer Empfehlung u.a. zur Spritzenvergabe auch auf die Orientierung an die externen Standards der Drogenhilfe: „In Ländern, in denen saubere Spritzen und Nadeln den Drogengebrauchern in Freiheit zur Verfügung stehen, sollte erwogen werden, Inhaftierten, die dies wollen, sauberes Spritzbesteck zur Verfügung zu stellen“ WHO 1993).

In Bezug auf eine Infektionsprophylaxe im Strafvollzug sind die folgenden Empfehlungen der WHO (Regionalbüro Europa, Kopenhagen, 1992) zur effektiven AIDS-Prävention im Strafvollzug bemerkenswert, weil sie auch auf die Notwendigkeit einer Verhältnisprävention im ersten Punkt hinweisen:

- Maßnahmen zur Verminderung der Zahl der i.v. Drogenkonsumenten im Strafvollzug
- Maßnahmen zur Verhinderung des Drogenkonsums
- Informieren über die Risiken intravenöser Applikationsformen
- Informieren über die Risiken des Gemeinsamgebrauchs benutzter Spritzen
- Demonstration von Desinfektionsmitteln, Bereitstellen von Desinfektionsmitteln und Mitteln des hygienischen intravenösen Drogengebrauchs (Alkohol- und Trockentupfer, Pflaster etc.)
- Verteilen von sterilen Spritzen

Ähnlich deutlich spricht sich das ‘Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) in seinen Empfehlungen neben anderen bewährten Präven-

tionsstrategien für eine Spritzenabgabe an drogenabhängige Gefangenen aus (UNAIDS 1997).

Die Beschlüsse und Empfehlungen eines 1997 gemeinsam von der WHO und der UNAIDS[7] veranstalteten europäischen Seminars über HIV/AIDS, sexuell übertragbare Krankheiten und Tuberkulose in Gefängnissen (The Joint WHO/UNAIDS Euopean Seminar 1997) stellen unmißverständlich fest, daß mehrere Faktoren die Verbreitung von HIV, STDs und TB in Gefängnissen erhöhen, u.a. die Tatsache, daß die Inhaftierung in vielen Ländern den Zugang zu Präventionsmaßnahmen und medizinischer Versorgung mit dem Standard gefährdet, der dem Standard in der Gemeinde entspricht. Auch hier wird vom Grundsatz ausgegangen, daß „HIV-Prävention, TB-Kontrolle und Pflege für die Betroffenen von denselben Grundsätzen ausgehen sollte, wie nationale AIDS- und TB-Kontrollprogramme, in Übereinstimmung mit internationalen Empfehlungen. Maßnahmen der HIV-Prävention, TB-Kontrolle und Pflege für die Betroffenenen sollten ergänzend zu und vergleichbar mit den Maßnahmen der Gemeinde sein.

Der Europarat hat mehrfach Stellung zu HIV/AIDS in Gefängnissen bezogen. In der „Empfehlung zu den ethischen und organisatorischen Aspekten des gesundheitlichen Versorgung in Vollzugsanstalten“ (Europarat 1998) wird auf die Gleichwertigkeit der Versorgung hingewiesen: „Die Gesundheitspolitik in der Haft soll Teil der nationalen Gesundheitspolitik und mit ihr vereinbar sein. Der Gesundheitsdienst in einer Vollzugsanstalt soll in der Lage sein, unter Bedingungen, die denen außerhalb der Anstalt vergleichbar sind, eine allgemeinärztliche, psychiatrische und zahnärztliche Behandlung zu gewährleisten und Programme auf dem Gebiet der Hygiene und der vorbeugenden Medizin durchzuführen. Anstaltsärzte sollen Fachärzte hinzuziehen können.“ (S. 5) In Bezug auf die Behandlung bestimmter allgemeiner Probleme wird weiter ausgeführt:

---

7 Das Joint United Nations Programme in HIV/AIDS (UNAIDS) hat sich auch auf der 52. Sitzung (TOP8) der Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen in Genf im April 1996 in einer Stellungnahme auf HIV/AIDS in Gefängnissen bezogen: With regard to effective HIV/AIDS prevention and care programmes, prisoners have a right to be provided the basic standard of medical care available in the community. But in reality, few prisons provide any or adequate HIV/AIDS prevention and care programmes. Neither prisoners nor prison staff are provided information and education concerning how to avoid becoming infected. Nor do prisoners have access to the means of prevention that are available on the outside. This would include condoms, bleach for disinfecting needles, and meedle exchange programmes, where these are available in the community.“

> „36. Zur Verhinderung sexuell übertragener Infektionen in der Vollzugsanstalt sollen angemessene prophylaktische Maßnahmen getroffen werden.
>
> ...
>
> 42...In Anbetracht der Tatsache, daß Hepatitis B und C hauptsächlich durch die intravenöse Zuführung von Drogen zusammen mit verseuchtem Sperma und Blut übertragen werden, sollen Informationen und geeignete Präventionsmöglichkeiten zugänglich gemacht werden."

Vor dem eingangs skizzierten Grundprinzip der 'Vereinbarkeit' der Gesundheitspolitik innerhalb und außerhalb des Vollzuges stellen die letzteren Ausführungen eindeutige Hinweise zur Einführung der in Freiheit praktizierten und bewährten Methoden der Infektionsprophylaxe dar.
Bereits zu einem früheren Zeitpunkt hat sich der Europarat in einer Empfehlung ausdrücklich für das Äquivalenzprinzip in der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis ausgesprochen: „At each stage of HIV/Aids infection, prisoners should be offered the same medical and psychosocial tratment as that given to other members of the community. In general, they should have access to health services which are equivalent to those of the community at large. (Council of Europe 1993).

In einer anderen Empfehlung hat der Europarat insbesondere auf die Notwendigkeit eines realistischen Umgangs mit Infektionsgefahren für Gefangene hingewiesen: ... drug use must be taken as reality, steps should be taken...to prevent the illicit introduction of drugs and injection equipment into prisons, to offer help to drug addicts and to allow, in the last resort, clean, one-way syringes and clean needles to be made available to intravenous drug abusers in prison. (Council of Europe, Recommendation No. R (89) 14, 24th of October 1989).

Für einen realitätsbezogenen Umgang plädieren auch die Autoren des International Handbook on Good Prison Practice „...measures to reduce risks should be considered, like making condoms available and even syringes for drug users...against drug use should be fought sensibly and reasonably, but it is useless to close one's eyes to reality" (Making standards work. An international handbook on good prison practice, The Hague, 1995, p. 84).

Schließlich beinhalten die Empfehlungen der Konferenz 'Gefängnisse und Drogen' (1998) v. 12.-14.3.1998 in Oldenburg (siehe Anhang) unter ande-

rem auch Hinweise darauf, daß die Gesundheitsversorgung für Gefangene der außerhalb der Anstalten entsprechen sollte.

Die 1997 von O'Brien/Stevens durchgeführte Studie über die Umsetzung der Richtlinien und Empfehlungen dieser internationalen Gremien zum Umgang mit HIV/AIDS hatte zum Ergebnis, daß das Äquivalenzprinzip in der Praxis weitgehend nicht umgesetzt wurde. Auch die WHO/UNAIDS (1997) bestätigt dies durch eine Untersuchung von 23 europäischen Gefängnissystemen in 20 Ländern, die 387 000 Gefangene repräsentiert. Danach wird deutlich, daß

- in den meisten Gefängnissystemen Informationen für Gefangene und Bedienstete vergeben werden
- Kondome in 18 der 23 Systeme verteilt werden
- Desinfektionsmittel in 11 Systemen zugänglich sind und
- Methadonbehandlungen nur in 8 Systemen erfolgen.

Ferner werden systematische HIV-Tests aller Gefangenen bei Haftbeginn in einigen Ländern durchgeführt werden, während die Einzelunterbringung von HIV-positiven Gefangenen in 6 Systemen erfolgt.

Gleichwohl ist die Drogenhilfe mit einem erheblichen Zeitverzug in den Gefängnissen zwischen 1995 und 1998 in der Europäischen Union weiterentwickelt worden, allerdings mit erheblichen Differenzen in der nationalen und europäischen Angleichung[8] und zum Teil großen Unzulänglichkeiten in der adäquaten Versorgung[9] (vgl. Stevens1998; vgl. bestätigend auch: Bollini 1997[10]).

---

8 Beispielsweise existieren in niederländischen Gefängnissen kaum harm-reduction-Angebote, während die Niederlande außerhalb seit mehr als 15 Jahren Vorreiter solcher Drogenhilfemaßnahmen sind.

9 Bleach/Desinfektionsmittel werden beispielsweise in 80% der finnischen haftanstalten an drogenabhängige Gefangene abgegeben, im Nachbarland Schweden hingegen überhaupt nicht. Methadonbehandlungen sowohl zum Entzug als auch zur Dauerbehandlung nehmen europaweit zu – in einigen Ländern wie Finnland und Schweden (aber auch innerhalb einige Länder wie z.B. in Deutschland Bayern), wird überhaupt kein Methadon verschrieben.

10 Bollini schlägt vor, Demonstrationsprojekte zu installieren, die die WHO-Richtlinien zu HIV/AIDS im Gefängnis beispielhaft umgesetzt haben. Diese sollte von UNAIDS oder der WHO beaufsichtigt und koordiniert werden (S. 12): „The presence of international organizations would provide symbolic and scientific authority to the program, and would ensure effective dissemination of its results. It is important to stress that harm reduction projects in the participating countries should not necessarily be the same, but should respond to the

### 3.5 Angleichungswiderstände: Legitimationsstrategien zwischen Widerspruch von Vollzugsziel und adäquater Gesundheitsfürsorge

Im Vollzug dominieren noch immer maximalistische Forderungen nach Drogenfreiheit gemäß dem Motto, „daß nicht sein kann, was nicht sein darf". Ein Eingeständnis der Drogenverbreitung im Gefängnis kommt einem Eingeständnis des Versagens des Sicherheitsauftrages gleich und raubt der Gesellschaft und der umliegenden Gemeinde die Illusion, die Gefängnismauern seien undurchlässig und das Gefängnis damit ein abgeschotteter und abschottbarer Bereich, in dem drogen- und sexualfreie Räume bestehen.
Und „wo nicht ist, was nicht sein darf", bedarf es auch keiner Hilfsangebote. So lautet die vielerorts anzutreffende Logik einer Verleugnung eines Drogenproblems und der Entlastung von der Schaffung von effektiven, lebensweltnahen Hilfsangeboten im Vollzug. Die Hilfemaßnahmen werden eindimensional auf das Abstinenzziel orientiert: Schadensminimierung wird immer noch als 'Suchtverlängerung/-stabilisierung', 'Kapitulation vor der Sucht' (bspw. Leiter d. Frauenhaftanstalt Frankf./M. in: FR v. 19.5.1995), oder als 'Eingeständnis des Scheiterns aller therapeutischer Hilfen' (Verband Nds. Strafvollzugsbediensteter, S. 3) betrachtet Dabei kommt insbesondere der Spritze eine hohe symbolische Bedeutung zu: sie steht für 'gesundheitliche Zerstörung', 'Schwerstabhängigkeit' und 'Tod'. Die Debatten seit mehr als 10 Jahren sind entsprechend emotional aufgeladen, weil sie den Lebensnerv des Selbstverständnisse von Vollzug und deren MitarbeiterInnen treffen: Menschen werden aufgrund ihres Drogenkonsums/-besitzes (bzw. entsprechender Drogenbeschaffungsdelikte) inhaftiert, ein Verhalten, das auch im Gefängnis unter Strafe steht und nun sollen Unterstützungen für die Aufrechterhaltung dieses illegalen Tuns wenn auch unter hygienischen Bedingungen geleistet werden. Der Rückbezug auf die genannten symbolischen Bedeutungen der Spritze wird klar, das vollzugliche Handeln als eine Form der 'Beihilfe' zur 'Drogenzerstörung' betrachtet. Dies findet vor dem Hintergrund eines nicht stattgefundenen Paradigmenwechsel der Drogenhilfe in den vergangenen 15 Jahren außerhalb statt: eine Abkehr von dem ultimativem Ziel der Drogenfreiheit zur pragmatischen Ausrichtung der niedrigschwellig organisierten Angebote an einer Schadensminimierung. Dieser Paradigmenwechsel kann im Gefängnis auch nicht so ungebrochen wie in

---

current needs of each partner. Each project should implement, and duly evaluate, one aspect of WHO Guidelines...."

Freiheit stattfinden, weil das Strafvollzugsgesetz mit seinem Vollzugsziel die übergeordnete Klammer bildet, auf die sich das System Strafvollzug immer wieder zurückzieht und Legitimationsschwierigkeiten mit dem Verweis auf den gesetzlichen Auftrag auf ein Leben ohne Straftaten (d.h. ohne illegalen Drogenkonsum) überbrückt.

Die Debatte um die Spritzenvergabe im Gefängnis findet im Spannungsfeld der Positionen von 'Pflicht zur Abgabe von Einwegspritzen' und 'Rechtliches Verbot der Abgabe' statt. Beide Extrempositionen sind rechtlich nicht haltbar: Einerseits hat das LG Berlin eine Rechtspflicht der Anstalt zur Abgabe von Einwegspritzen an drogenabhängige Gefangene verneint – eine solche Pflicht kann weder aus dem Strafvollzugsgesetz §§ 56ff noch aus Verfassungsgrundsätzen (insbesondere GG Art 2) abgeleitet werden (LG Berlin BlStVKunde 1997, Nr 3, 6 ST; vgl. LG Berlin v. 15.12.1994 (13-0-468/94) bestätigend: Kammergericht v. 26.9.1995: 9-W-2158/95; vgl. auch Anonymus 1994).
Andererseits können sich Gegner einer Spritzenvergabe, seit der Novellierung des BtMG 1992 nicht mehr auf ein Verbot der Abgabe berufen ('Gelegenheitsverschaffung zum unbefugten Gebrauch von Betäubungsmittel'): Im § 29 Abs. 1, Nr. 10 Satz 2 BtMG, ist eine ausdrückliche Straflosstellung aufgenommen worden. Bereits im Vorfeld dieser Änderung beriefen sich Experten auf eine grundsätzliche rechtliche Zulässigkeit (Lesting 1990).

Trotz der im vorigen Kapitel aufgeführten Empfehlungen und Forderungen vieler internationaler Gremien, die gesundheitlichen Dienste im Vollzug denen in Freiheit anzupassen (Äquivalenzprinzip), wird bis auf wenige Ausnahmen weltweit die Einführung von Spritzenumtauschprojekten in Gefängnissen von verantwortlichen Gremien des Strafvollzuges mit einer Reihe von Argumenten abgelehnt. Im folgenden werden Argumentationsmuster der Ablehnungsbegründungen relevanter, hauptsächlich europäischer Strafvollzugsgremien und Experten analysiert und anschließend mit den vorliegenden Ergebnissen aus Deutschland und der Schweiz konfrontiert.

Obwohl von den meisten Gegner anerkannt wird, daß es sich bei der Spritzenvergabe in Freiheit um eine effektive und langjährig bewährte Strategie zur Infektionsprophylaxe handelt, wird ein Transfer dieser erfolgreichen Präventionsstrategie in den Vollzug abgelehnt mit einer Reihe von Begründungen und Einwänden, die insgesamt auf Widersprüche und grundsätzliche Probleme des Umgangs mit drogenabhängigen Gefangenen und der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis hindeuten. Deutlich werden in den Ablehnungs-

begründungen nicht nur Menschenbilder (über Gefangene, deren Kontroll- und Entscheidungspotentiale), sondern auch Annahmen über Drogenkonsumwahl, Suchtentstehung und -verlauf, die auf ideologische Blockaden verweisen und mythenbesetzt sind. Insbesondere Prozesse, die Quensel als 'Gedankengefängnis' gegenüber dem Drogenthema bezeichnet hat (eindimensionale Problemwahrnehmung: KonsumentInnen sind ausschließlich Opfer sowohl der pharmakologischen Potenzen der Drogen als auch der Händler, Abstinenzerwartung als Selbstverständlichkeit, Strafe als legitimes und erfolgreiches Verhaltenssteuerungsinstrument), sind beispielhaft und vergleichbar mit Blockaden außerhalb des Gefängnisse vor etwa 15 Jahren, wo öffentlich als auch fachöffentlich um die Spritzenabgabe und Substitutionsbehandlung vehement gestritten wurde. Insgesamt unterstreichen die Argumentationsfiguren der Ablehnung die zentrale Rolle der Bediensteten in diesem Innovationsprozeß und damit die Wichtigkeit ihrer Einbeziehung in Planungs- und Umsetzungsphasen. Zu fragen ist schließlich, wie dieser Zeitverzug des Übertragungsprozesses verkürzt und eine Diskussion über angemessene Hilfen für existentiell bedrohte drogenabhängige Gefangene verstärkt und unterstützt werden kann.

Im folgenden werden Erfahrungen und Ergebnisse dieser Form der Infektionsprophylaxe anhand von Modellprojekten in der Schweiz (JVA für Frauen Hindelbank und Männerhaftanstalt Realta) diskutiert und zwei Projekte in Deutschland (JVA für Frauen Vechta und JVA für Männer Lingen I Abt. Groß Hesepe) skizziert (vgl. Nelles 1995; Meyenberg. u.a. 1996, 1997 und 1999; Nelles u.a. 1999):

- Leugnung eines anstaltlichen Drogenproblems

Angesichts der skizzierten Grundwidersprüche ist es nicht verwunderlich, daß die Verbreitung des Drogenkonsums in den Anstalten geleugnet oder auf wenige Einzelfälle begrenzt wird (vgl. Lesting 1993, S. 43; vgl. AIDS-Enquete-Kommission des Dt. Bundestages 1990). Unterstützt wird dies durch das Geheimhaltungsverhalten der Gefangenen, die bei Bekanntwerden eines Drogenkonsums Gefahr laufen, Lockerungen versagt zu bekommen und als 'Btmer' stigmatisiert zu werden, was mit einer erhöhten Kontrolle (des Urins, des Körpers, der Post, der Besucher etc.) einhergeht. Die Sicherstellungsmengen in den Anstalten sind äußerst gering – ein Anlaß zu glauben die im Gefängnis vorhandene Drogenmenge sei äußerst gering. Dies ist jedoch weniger auf das Ausmaß des Konsums als auf die Kontrollierbarkeit

kleiner Substanzmengen zurückzuführen ist. Hier wird noch einmal unterschieden zwischen dem in den Gefängnis weit verbreiteten Cannabisgebrauch (der eher 'vollzugskonform' ist, weil er nicht von ungewollten Entzugsphasen begleitet wird, die sich bei OpiatkonsumentInnen schnell in aggressivem, 'affigem' Verhalten äußern) und Opiat- und Medikamentengebrauch.

Mit der Tabuisierung der Verbreitung und der Risiken des intramuralen Spritzdrogenkonsums und der damit verbundenen Folgekrankheiten in den meisten Justizvollzugsanstalten kann der Kernfrage im Umgang mit DrogenkonsumentInnen zudem leicht ausgewichen werden: Wie kann mit dem Widerspruch umgegangen werden, daß einerseits Drogenabhängige, DauerkonsumentInnen von Spritzdrogen, draußen in der Regel als kranke, behandlungs- oder beratungsbedürftige KonsumentInnen angesehen werden – jedenfalls als Personen, deren Sucht und Drogenverlangen nicht jederzeit durch individuellen Einschluß oder richterlichen Beschluß beendet werden kann. Dies gilt zumindest als fachlicher Konsens außerhalb. Der Suchtkrankheit wird im Vollzug mit Hinweis auf eine allgegenwärtige Rückfallgefährdung eher in sicherheitspolitischer Hinsicht Rechnung getragen: Drogenabhängige gelten in der Regel als nicht lockerungsgeeignet und werden insofern für ihre Krankheit im Vollzug sanktioniert. Andererseits werden sie im Vollzug als 'normale' Kriminelle behandelt, die als Gefangene nicht grundsätzlich anders behandelt werden sollen, als andere Gefangene.

Ein Ignorieren dieses Widerspruchs und eine gleichzeitige Orientierung des Umgangs an realitäts- und lebensweltfremden Zielen ('Drogenfreiheit'), macht es einfacher, Standards außerhalb erprobter und bewährter, schadensmindernder Strategien als nicht vollzugszielkonform auszublenden, bzw. als Zielkonflikt für den Vollzug als unauflösbar zu betrachten.

Die Leugnung setzt sich fort im Hinweis auf das Fehlen dokumentierter Fälle von HIV bzw. Hepatitis-Übertragungen im Vollzug (vgl. Best 1993; Leutheuser-Schnarrenberger 1993). Obwohl methodisch schwierig existieren mehrere Studien, die den Nachweise einer intramural erworbenen Infektion belegen (vgl. Stöver/Weilandt 1997). Schließlich wird behauptet: „Infolge der zwischenzeitlich erfolgten Aufklärung sehen intravenös Drogenabhängige zunehmend davon ab, gebrauchte Spritzen zu benutzen" (Best 1993; vgl. auch: Göttinger 1992). Mehrere Studien belegen, daß i.v. Drogenkonsum in Haft in der Regel mit 'needle sharing' einhergeht, und daß das Wissen um effektive Desinfektionsmethoden und deren praktische Anwendung als äußerst unzureichend werden muß (vgl. Meyenberg u.a. 1999).

Leugnungsstrategien greifen allerdings umso weniger, je größere Ausmaße das Drogen- und Infektionsproblem ‘draußen’ annimmt und auch von offizieller Seite für den Vollzug – jenseits eines ‘Versagensvorwurfs des Strafvollzugsauftrags’ – diskutiert werden kann. Dem Legitimationsdruck, den die Fachöffentlichkeit durch immer neue Forderungen an eine Spritzenvergabe ausüben[11], konnten die Justizbehörden bislang mit Verweis auf ein ‘überschaubares und ‘kontrollierbares Problem’ begegnen. Dies basiert auf der Verkürzung des Infektionsproblems auf HIV/AIDS und auf scheinbare geringe Verbreitung im Vollzug.

- „Eine Spritzenvergabe widerspricht dem Behandlungsauftrag im Strafvollzugsgesetz“

Entsprechend dem Strafvollzugsgesetz soll der Gefangene darauf vorbereitet werden, ein Leben ohne Straftaten führen zu können (§ StVollzG), dazu zählt auch ein Verzicht auf den Konsum illegaler Drogen – was letztlich draußen sowohl als auch drinnen immer mehr zum Maximalziel gerät, das für viele Menschen in weite Ferne gerückt ist und realitätsfremd erscheint: Insbesondere seit dem Auftreten und Bekanntwerden existenzbedrohender Krankheiten und Mortalitätsrisiken hat sich außerhalb das Konzept der Schadensminimierung in der Drogenhilfe durchgesetzt, das die Zielprioritäten verändert hat und der Erkenntnis folgt, ‘Drogenabhängigkeit ist heilbar – AIDS nicht!’. Dementsprechend ist die Drogenfreiheit in der Prioritätenliste nach hinten und vordringliche Hilfen zum Überleben und zur sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung (und zur Vermeidung irreversibler Schäden wie eine HIV-Infektion) in den Vordergrund gerückt worden. Nun muß auch im Strafvollzug ein Transfer dieser schadensminimierenden Strategien erfolgen. Dies würde ein Anerkennung der individuellen Ressourcen und Bedarfe bedeuten – ein pragmatisches und realistisches Umgehen mit der Herausforderung Drogenabhängigkeit im Vollzug.
Einige PraktikerInnen befürchten bei einer Spritzenvergabe ein Scheitern des Behandlungskonzeptes d.h. der therapeutischen Bemühungen schlechthin (BSBD 1996). Der Aufbau eines Spritzenumtauschprojektes als weiterer Baustein der Suchtkrankenhilfe im Vollzug hat jedoch in den untersuchten Projekten keinen negativen Einfluß auf die Vermittlung in weiterführende Behandlungsmaßnahmen genommen. Für eine der untersuchten Gefängnisse

11 Und durch praktische Aktionen, wie Spritzen-über-Gefängnismmauern-Werfen unterstützt haben (vgl. akzept-Bremen taz 29.3.99)

läßt sich sogar im Gegenteil feststellen, daß es insgesamt Zunahmen in der Vermittlung in andere therapeutische Maßnahmen gegeben hat (Meyenberg u.a. 1999).

- „Verfügbarkeit von Spritzen erleichtert den Drogenkonsum für bisher nicht drogenkonsumierende Gefangene“

Diese Annahme (vgl. Best 1993) geht davon aus, daß das Vorhandensein des sterilen Injektionsgerätes (denn gebrauchtes ist in den meisten Anstalten bereits vorhanden) vor allem bisher nicht-drogenkonsumierenden Gefangenen als Signal dient, in die gefängnisspezifische Drogensubkultur einzutreten und nicht nur unbekannte Drogen zu probieren, sondern sie auch noch zu injizieren (vgl. Krämer 1995, S. 5). Das Bild des „Anfixens“ ist dabei von besonderer Brisanz in der öffentlichen Diskussion (vgl. Senator f. Justiz Bremen 1993, S. 32) – unterstellt es doch eine/n wehr- und willenlosen Gefangene/n der/die durch einen erfahrenen drogenkonsumierenden Gefangenen zur ersten Spritze verführt wird[12]. Diese Annahmen verkennen gefängnisinterne Dynamiken und Identifikationsprozesse von Gefangenen mit bestimmten Personen und subkulturellen Zusammenhängen. Das Eintreten in bestimmte Subkulturen muß eher erklärt werden mit der räumlichen Unausweichlichkeit, dem Vorhandensein psychotroper Substanzen und ggf. als lukrativ eingeschätztem Handel mit Drogen. Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck dürfte kaum ein weiteres Motiv für die Aufnahme eines intravenösen Drogengebrauchs bilden[13]. Ebensowenig wie übrigens die Kondomvergabe nicht zur Ausweitung homosexueller Verkehrsformen beigetragen dürfte. Wenn es auch empirische, mehr jedoch noch anekdotische Belege dafür gibt, daß die erste Injektion von einem erfahrenen Konsumenten vorgenommen wurde, der/die über das know how des Spritzenumgangs verfügt, so gehen diesem Akt doch erhebliche sozio-kulturelle Prozesse und persönliche Entscheidungen voran, die sich unabhängig von einer Spritzenverfügbarkeit entwickeln. Umgekehrt wird auch außerhalb des Vollzuges nicht davon ausgegangen, daß die leichte Verfügbarkeit von Spritzen eine

12 Der Bremer Senat hat in seiner 36. Sitzung am 1.3.89 bekräftigt, keine Spritzen abzugeben u.a. mit dem Hinweis, „daß einige Gefangene zu gewalttätigem handeln neigen und auch Mitgefangene gegen ihren Willen zur Sucht verleiten könnten.“ (Bremische Bürgerschaft 12. Wahlp., Protokoll d. Sitzung v. 1.3.89, S. 2301

13 Zumal die Modellprojekte zur Spritzenabgabe in Deutschland ein Erklären des Drogenkonsums gegenüber dem Anstaltsarzt bei Eintritt in das Projekt vorsahen, was je nach dem Arzt-Patient-Verhältnis eher abschreckend ist.

konsumfördernde Wirkung besitzt. „Und selbst wenn einmal ausnahmsweise eine vorhandene Spritze einem nicht zum Konsum entschlossenen Gefangenen zum Drogenkonsum anregen würde, wäre es auch gesundheitlichen Gründen immer noch besser, wenn dies mit einer sterilen und nicht mit einer infizierten Spritze geschieht“ (Körner 1996, S. 7).

- „Kontrolliertes Umgehen“ mit dem Problem“

In einigen Anstalten ist die Zahl der HIV-Infizierten scheinbar klar erkennbar. Zwangstestungen in einigen Bundesländern mit mehr oder minder annektierter Freiwilligkeit (und entsprechenden Sanktionen bei einer Weigerung) oder großangelegte Testuntersuchungen auf freiwilliger Basis geben manchen Länderjustizverwaltungen die Sicherheit, das Problem sei gar nicht so groß, überschaubar, verwaltbar und unter Kontrolle. Hier blendet man andere Infektionsgefahren (mit Hepatitiden) aus und konzentriert sich auf die bekannten Infizierten. Damit suggeriert man dem Personal (und den Mitgefangenen), es sei ganz besonders wichtig zu wissen, wer infiziert ist und wer nicht – ‘das Problem’ sei lokalisierbar. Dies fördert im Grunde nur die Überängstlichkeit gegenüber infizierten Gefangenen und kann als Rechtfertigung für Sonderbehandlungen dienen.

- „Ausdehnung des intravenösen Drogenkonsums“

Unterstellt wird, daß nicht nur weitere Gefangene mit dem intravenösen Drogenkonsum beginnen, sondern DrogenkonsumentInnen, die alternative Applikationsformen anwenden (wie ‘sniefen’, ‘rauchen’) im Gefängnis mit dem intravenösen Konsum beginnen. Beispielhaft für diese Argumentation ist der ‘Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD)’ in Großbritannien, der in seinem Bericht über Drogenmißbrauch und Strafvollzug (1997, S. 103) zu dem Schluß kommt „...we remain concerned that the provision of needles in prison would be more likely to lead to an increase in injecting than to a reduction in sharing (evidence is emerging from the current study into risk behaviour in prison that some prisoners say they would inject if they could get clean needles).“ Hier wird der Rückgriff auf anekdotische Aussagen einiger Gefangener deutlich, denn auf die seit mehreren Jahren vorliegenden Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen auf diesem Sektor. Die intravenöse Konsumform ist die wirtschaftlichste, die den maximalen Nutzen aus minimalen Mengen (mit teilweise äußerst geringem Reinheits-

gehalt) bietet. Alternative Konsumformen zeigen Wirkungsverluste – sie existieren im Gefängnis kaum, weil sie nicht finanzierbar sind.
Schließlich befürchtet Best (1993, S. 13) sogar, daß die Abgabe von Spritzen im Vollzug einen Anstieg der 'organisierten Rauschgiftkriminalität' zur Folgen haben wird: „Wo die Spritze als technisches Hilfsmittel vorhanden ist, ist der Weg für die 'Ware' geradezu vorprogrammiert. Der Vollzug wird als 'Absatzmarkt' noch größere Bedeutung als bisher erlangen". Nach den Erkenntnissen aus den Modellprojekten scheint der Drogenmarkt im Vollzug völlig unabhängig von der Existenz eine Spritzenaustauschprojektes zu funktionieren. Insbesondere läßt sich auch nicht eine Verlagerung zum intravenösen Konsum anderer psychotroper Substanzen (wie Medikamente) erkennen, wie befürchtet wurde (Best 1993, S. 10).

- Gesundheitsriskantes Verhalten (needle sharing) wird auch nach der Einführung von Spritzenaustauschprogrammen erfolgen

Diese Annahme geht davon aus, daß der Gemeinsamgebrauch einen stark rituellen Charakter besitzt, der auch mit der freien Zugänglichkeit von Spritzen nicht beseitigt werden kann. Es basiert auf dem Menschenbild des unbelehrbaren Junkies, dem Ritual über Risikovermeidung geht. Die Gemeinsambenutzung von Spritzen ist jedoch weniger rituell verständlich als vielmehr ein Reflex auf Situationen der Unzugänglichkeit von sterilen Spritzen und reduziert sich dramatisch bei einer Spritzenabgabe. Schließlich wird mit Verweis auf die hohe Hepatitis-Verbreitung in Freiheit argumentiert, daß trotz Verfügbarkeit steriler Spritzen eine virale Infektionskrankheit sich stark unter der Zielgruppe verbreitet (vgl. Krämer 1995, S. 5). Diese Annahme ignoriert die enormen Verhaltensveränderungen, die sich unter der Zielgruppe in den letzten Jahren vollzogen haben: needle sharing wird mehr und mehr zu einer Form 'abweichenden Verhaltens' unter Drogenabhängigen. Dies wird besonders deutlich durch den bewußt wahrgenommenen und vielen Gefangenen geäußerten 'Hygienerückfall' bei Eintritt in die Haftanstalt. (vgl. Meyenberg u.a. 1999).

- „Verunsicherung der Bediensteten"

In den Bedenken gegen eine Infektionsprophylaxe via Spritzenvergabe im Vollzug werden immer wieder die Bediensteten herangezogen: „Die Justizvollzugsbediensteten sind verpflichtet, der Verbreitung von Drogen im Vollzug entgegenzuwirken. Den Bediensteten könnte es nur mit großen Schwie-

rigkeiten verständlich gemacht werden, daß im Falle der Ausgabe von Spritzen nunmehr Hilfsmittel für den Drogenkonsum zur Verfügung gestellt werden. Die Ausgabe von Einwegspritzen würde von den Bediensteten und den Gefangenen als Schritt zur Legalisierung der Lage verstanden werden“ (Sen. f. Justiz 1988, S. 11; ähnlich: Senatsstellungnahme Berlin (1992); vgl. auch AMCD 1997, S. 103[14]; vgl. auch Best 1993, S. 13). Offenbar traut man den Anstaltsbediensteten keine Lernfähigkeit und kein Differenzierungsvermögen zwischen Strafbarkeit des Besitzes von Betäubungsmitteln und gesundheitlichen Maßnahmen zur Verhinderung existentiell bedrohender Infektionen zu. Ähnliche Argumentationen ließen sich auch bei der Einführung von Substitutionsbehandlungen im Vollzug finden, die den ‘Dealer im weißen Anstaltskittel’ in der Person des Arztes ausmachten. Trotz einiger Widerstände wird die Substitutionsbehandlung in vielen Anstalten heute weniger als ein ‘Schritt zur Legalisierung’ als ein Weg der Krankenbehandlung betrachtet. Gleichwohl werden von den Bediensteten Differenzierungsleistungen verlangt. Letztlich ist es jedoch dasselbe ‘Spagat’, das den PolizistInnen in Freiheit vor 10 Jahren abverlangt wurde. ‘Top Down’-Entscheidungen im Gegensatz zu ‘bottom-up’ wie in der JVA für Frauen in Vechta, siehe Kap. 4) zur Spritzenvergabe (siehe Erfahrungen in Hamburg: Thiel 1997) provozieren Widerstände bei den Bediensteten. In einem partizipativen Verfahren bereits in der Konzeptionierung müssen die Interessen der Bediensteten berücksichtigt werden. Der gemeinsame Nenner besteht in den Gesundheitsschutzinteressen für beide Gruppen, Gefangene und Bedienstete am eigenen Arbeitsplatz. Der Gesundheitsschutz der Gefangenen kann so zu dem der Bediensteten gemacht werden

Spritzbesteck wird außerdem nicht deshalb zugänglich gemacht, um hedonistischen Motiven der Gefangenen zu folgen, sondern aus Gründen der Infektionsprophylaxe, was zumindest die Injektion von Drogen in einen existentiellen Gefährdungs- und Problemzusammenhang stellt.

Schließlich müssen Bedienstete täglich nach dem Opportunitätsprinzip handeln, etwa beim Widerspruch der Durchsetzung des Drogenverbots einerseits und den Interessen an einem ‘funktionierenden Vollzug’ (z.B. Duldung des Cannabisgebrauchs).

---

14 Im Bericht wird dieses Argument angeführt: „It is very difficult to see how possession of a syringe could be condoned when both possession of injection equipment and testing positive for drugs are disciplinary offences.“

- Die Bediensteten sollen mit dem Widerspruch täglich umgehen, Spritzenbesitz zu tolerieren und gleichzeitig den Drogenbesitz zu sanktionieren. In einem schwierigen Arbeitsfeld, das von Widersprüchen zischen Anspruch des Strafvollzuges (u.a. Angleichung des Lebens an „draußen“) und Wirklichkeit des Vollzuges gekennzeichnet ist, wird eine weitere Widerspruchsquelle installiert. Zudem wird die personelle Situation in den meisten Anstalten als bedenklich schlecht bezeichnet (hoher Krankenstand), die keinen günstigen Boden für solche innovativen Modelle bildet. Trotz dieser Bedenken, muß man sagen, daß die Bediensteten es auch immer gelernt haben, mit vollzuglichen Widersprüchen umzugehen. Vollzugsbedienstete gehen auch mit dem Phänomen Cannabisgebrauch inzwischen in einigen Anstalten recht undramatisch um, während vor einigen Jahren (und in einigen Anstalten auch heute noch) dies zu massiven disziplinarischen Konsequenzen führte. Mittlerweile wird zumindest in Niedersachsen und Bremen die Urinkontrolle nicht mehr auf THC untersucht. Die Bediensteten als Argument heranzuziehen für eine Unzumutbarkeit der Spritzenabgabe, scheint eher vorgeschoben. Nur muß man die Zustimmung und Unterstützung der Bediensteten als ihren Lernprozeß betrachten, der durch Fortbildung bezüglich Infektionsgefahren, Drogenkonsum etc. begünstigt oder erst initiiert werden kann.

- „Gefährdung der Bediensteten“

Oft wird in Diskussionen um eine Spritzenvergabe auf die Beunruhigung der Beamten durch die bloße Existenz von Spritzbestecken hingewiesen, weil die Ansteckungsrisiken der Bediensteten gesteigert werden könnten (vgl. Lindlahr 1991, S. 27). Diese Gefahren bestehen bereits jetzt in vielen Gefängnissen, weil bereits Spritzbestecke vorhanden, gleichwohl versteckt sind. Gerade durch die Verheimlichung der Spritzenlagerplätze ergeben sich jedoch besondere Risiken. Bei Zellenrevisionen ist in der Vergangenheit von Einzelfällen berichtet worden, bei denen sich Nadelstichverletzungen ergeben haben. In den Modellprojekten der Schweiz und in Niedersachsen werden bestimmte Lagerplätze bestimmt, die gerade zur Sicherheit der Bediensteten dienen sollen (z.B. im Schrank, Waschkonsole). Hier steht die Sicherheit am Arbeitsplatz der Bediensteten eindeutig im Vordergrund der praktischen Ausgestaltung des Projektes.

- „Weitere Belastung der Strafvollzugsbediensteten“

Das Gefühl vieler Bediensteter der Überforderung in einem widersprüchlichen und belastenden Handlungsfeld mit vielen offenen Fragen und Uneindeutigkeiten bezüglich der Handlungserwartungen, kann zu einer Verunsicherung und Ablehnung einer neuen Praxis und vollzuglichen Veränderung führen. Eine Ablehnung solcher innovativer Projekte ist daher nicht verwunderlich sondern nachvollziehbar. „Sie sind aber nicht der einzige Berufsstand, der im Rahmen der Drogenpolitik umlernen muß. Kriminalbeamte und Staatsanwälte, die noch in den vergangenen Jahrzehnten Drogenkonsumenten streng nach dem Legalitätsprinzip wegen Erwerbes und Besitzes von Betäubungsmitteln verfolgten, haben durch Informationen, Diskussionen und Schulungen gelernt, im Rahmen des § 31 a BtMG nach dem Opportunitätsprinzip zu handeln, Drogenkonsum und Spritzenvergabe auf der Straße, in Krisenzentren und Konsumräumen zu tolerieren und sich auf die Strafverfolgung von Rauschgifthändlern und Rauschgiftbesitzern ohne Konsumabsicht zu konzentrieren“. (vgl. Körner 1996, S. 7f)

Diese Belastung kann nur durch einen Einbezug der Bediensteten in Planung, Durchführung und eine weitgehende Transparenz des Ziels erfolgreich abgebaut werden (vgl. Meyenberg u.a. 1996).

- „Spritzen können als Waffen eingesetzt werden“

Viele Strafvollzugsgremien begründen eine Ablehnung der Einführung von Spritzenprogrammen mit der Gefahr, Spritzen könnten als Waffen benutzt und zur Bedrohung bzw. Einschüchterung der Mitgefangenen und Bediensteten eingesetzt werden (vgl. Justizministerium NRW 1992). Dabei können Bedienstete und Mitgefangene auch bereits jetzt mit den vorhandenen und benutzten Spritzen (oder anderen Gegenständen) bedroht und verletzt werden. Das einzige Beispiel einer Bedrohung eines Bediensteten im Gefängnis ist aus einem australischen Gefängnis dokumentiert, in dem kein Spritzenumtausch stattgefunden hat, sondern ein Beamter mit einer gebrauchten Spritzen verletzt und auch infiziert wurde (vgl. Daily Telegraph 1997, S. 19).

- „Alternativen zur Spritzenvergabe“

Mehrere Argumente werden ins Feld geführt: Substitutionsbehandlung, Vergabe von bleach, verstärkter Einsatz von Fachkräften zur Abstinenztherapie. Die Substitutionsbehandlung im Vollzug wird allerdings nur für einen kleinen Kreis von Gefangenen durchgeführt, die ‘durchsubstituiert’ werden – der Großteil wird nach dem Zugang herunterdosiert. Selbst bei Bestehen einer Substitutionsbehandlung ist ein intravenöser Beigebrauch im Vollzug nicht ausgeschlossen sondern ebenso wahrscheinlich wie in Freiheit. Hier liegen dieselben Infektionsrisiken, wie bei den übrigen Gefangenen. ‘Bleach’ zur Desinfektion bereits vorhandener Spritzen ist eine sehr aufwendige Reinigungsmethode, die clandestin kaum effektiv durchgeführt werden kann (Zeitmangel etc.). Zudem muß der Gefangene sich für das Nachfüllen immer wieder outen, was die Modellprojekte in Hamburg und Berlin zum Scheitern gebraucht hat. Schließlich werden die Nadeln bei mehrmaligem Reinigen stumpf und verursachen venöse Erkrankungen. Eine vermehrte Unterstützung der auf Drogenfreiheit abzielenden Maßnahmen wäre wichtig, verkennt aber die in Haft bestehenden Infektionsrisiken bis es zu einer Entlassung kommt. Eine Orientierung allein auf dieses Ziel ist realitätsfremd.

# 4 Gesundheitspolitische Innovationen in deutschen und schweizerischen Justizvollzugsanstalten: Modellprojekte zur Infektionsprophylaxe im Justizvollzug

In den vorangegangenen Kapiteln ist deutlich geworden, daß intravenöser Drogenkonsum Inhaftierter zur Alltagsrealität von Strafvollzug gehört trotz gegenläufig ausgerichteter sicherheitspolitischer Bestrebungen und entsprechender drogen-/suchtpräventiver Anstrengungen. Gleichzeitig ist festzustellen, daß die besonderen Drogenkonsumbedingungen in Haft eine Verbreitung von viralen Infektionen wie HIV und Hepatitisformen fördern, wie einzelne Studien empirisch nachvollziehbar aufzeigen.
Hohe Infektionsraten Inhaftierter ziehen nicht nur subjektive Krankheitsprozesse und individuelle Notlagen Betroffener nach sich. Langfristig ist ein Anwachsen der Folgekosten durch steigende Leistungsanforderungen an soziale und medizinische Unterstützungsdienste absehbar. Die Anerkenntnis dieser Zusammenhänge fordert auf, neue Akzente in der gesundheitspolitischen Beurteilung von möglichen Infektionserkrankungen bei i.v. Drogenkonsum unter Haftbedingungen zu setzen und zur Grundlage für eine effektive praktische Infektionsprophylaxe und allgemeine Gesundheitsförderung im Strafvollzug zu machen. Ein gesundheitspolitisch verantwortungsbewußter Umgang mit diesen Tatsachen erfordert inhaltliche Neuorientierungen in der anstaltsinternen Drogenarbeit, der medizinischen Versorgung Inhaftierter, der Einbindung externer Fachdienste sowie personelle und finanzielle Ressourcensicherungen.

Während in fast jeder größeren Stadt Spritzenaustauschprogramme und -automaten installiert wurden, die eine leichte, anonyme und jederzeitige Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck gewährleisten, bleiben diese infektionsprophylaktischen Angebote den gefangenen i.v. DrogengebraucherInnen verwehrt. Die Abgabe sterilen Spritzbestecks ist unbestritten die effektivste Form der Vermeidung von Neu- und Reinfektionen: Sie hat sich seit Mitte der 80er Jahre international als fachlicher Standard durchgesetzt und wird für den Strafvollzug auch von einer erheblichen Anzahl gesundheitspolitisch motivierter Fachgremien und Experten gefordert (vgl. m.w.N. Stöver 1994).

Im folgenden werden Erfahrungen und Ergebnisse dieser Form der Infektionsprophylaxe anhand von Modellprojekten in Deutschland und der Schweiz diskutiert und zwei Projekte in Niedersachsen (Vechta und Lingen) detailliert vorgestellt, weil sie für Deutschland die ersten Projekte ihrer Art waren.

## 4.1 Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug

Die Einrichtung des Modellprojektes „Infektionsprophylaxe im Justizvollzug“ geht auf die politische Initiative des Niedersächsischen Justizministeriums zurück. Mit der Umsetzung innovativer Ansätze, wie Spritzenumtausch und präventionsorientierte Informations- und Schulungsmaßnahmen im Vollzug, wurde nach entsprechenden Erfahrungen in Schweizer Vollzugsanstalten für deutsche Verhältnisse gesundheits- und rechtspolitisches Neuland betreten. Durch diese fachpolitischen Impulse konnten Auseinandersetzungsprozesse im Themenspektrum von Drogengebrauch, Justizvollzug und Infektionskrankheiten vollzugspraktisch gestaltet werden. Sie bieten Anregungen für Neuorientierungen und Veränderungsprozesse auf allen beteiligten Ebenen: Politik, Vollzug und Öffentliche Gesundheit. Getragen und gestaltet wird diese Entwicklung von verschiedenen Personengruppen: politisch Verantwortliche, Vollzugsleitungen und -bedienstete, betroffene Gefangene und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der wissenschaftlichen Begleitung.

Aufgrund einer hohen Verbreitung von Infektionskrankheiten (vor allem Hepatitiden) unter drogenabhängigen Gefangenen im niedersächsischen Strafvollzug, hat die Niedersächsische Justizministerin, Frau Heidrun Alm-Merk, am 25.11.1994 eine Expertenkommission eingesetzt. Der Arbeitsauftrag war zu prüfen, inwieweit durch das außerhalb des Vollzuges anerkannt und wirksam eingesetzte Präventionsmittel einer Vergabe sterilen Spritzbestecks an drogenabhängige Gefangene, sowie ergänzend personal-kommunikativer Präventionsmaßnahmen eine Veränderung ihres riskanten Verhaltens und eine allgemeine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erreicht werden kann. Die Expertenkommission setzte sich unter Leitung von Prof. Dr. R. Meyenberg aus Leitung und PraktikerInnen des Justizvollzuges, VertreterInnen freier Träger der Drogen- und AIDS-Hilfe, einem Arzt und einem Koordinatoren der Suchtarbeit in Niedersachsen zusammen.

Die Empfehlungen dieser Expertenkommission (vgl. Mitglieder der Expertenkommission 1995) diente als Grundlage für einen Kabinettsbeschluß der niedersächsischen Landesregierung, in den beiden Justizvollzugsanstalten

modellhaft für einen Zeitraum von zwei Jahren eine Spritzenabgabe an drogenabhängige Gefangene durchzuführen. Diese instrumentelle Präventionsmaßnahme soll unterstützt werden durch flankierende Angebote zur Information und Schulung von InsassInnen und Bediensteten zu HIV-und Hepatitis-Infektionsgeschehen, „Safer use"-Techniken bei intravenösem Drogenkonsum und „Safer-sex"-Möglichkeiten innerhalb und außerhalb von Haftbedingungen.

Die Konzepte der Umsetzung werden in den einzelnen Anstalten von den Bediensteten erarbeitet. Dabei existieren Vorbilder und konkrete Kooperationen mit der Haftanstalt für Frauen in Hindelbank (Bern) und der Haftanstalt für Männer in Oberschöngrün (Solothurn) in der Schweiz, wo bereits seit 1994 sterile Einwegspritzen an Gefangene abgegeben werden (Nelles et.al.1995).

### 4.1.1 Vorstellung der Anstalten

#### 4.1.1.1 JVA für Frauen Vechta

**Charakterisierung der Anstalt**

Niedersachsen verfügt über etwa 5.898 Haftplätze für männliche Gefangene und 257 für Frauen. Die meisten der in Niedersachsen inhaftierten Frauen sind in der für diesen Zweck zentralen Hafteinrichtung des Landes, der JVA für Frauen in Vechta (183 Haftplätze), untergebracht (die übrigen Frauen sind in der Frauenabteilung bei der Justizvollzugsanstalt Hannover, der Sozialtherapeutischen Teilanstalt für Frauen in Alfeld und der Justizvollzugsanstalt Oldenburg/Abteilung Nordenham inhaftiert).

Vechta ist eine Kleinstadt zwischen Bremen, Oldenburg und Osnabrück mit ca. 25 000 Einwohnern. Die Justizvollzugsanstalt für Frauen Vechta wurde 1991 organisatorisch, personell und wirtschaftlich eigenständig, nachdem sie lange eine Abteilung der JVA für Männer gewesen ist. Die Gefangenen wohnen auf drei Etagen in sieben Gebäudeteilen. Ab dem 1.4.1996 besteht ein zweiter Standort in der ehemaligen Jugendanstalt Falkenrott, in der die Abteilungen „Freigang", „Offener Vollzug" und „Mutter-Kind" eingerichtet wurden. Die Anstalt weist im Modellprojektzeitraum zunehmende Durchschnittsbelegungen auf: 1996:155; 1997:171; 1998:206 (bis 30.09.98).

Der Suchtberater der JVA Vechta demonstriert den Spritzenautomaten:

Alle jugendlichen und erwachsenen Strafgefangenen werden zunächst für zwei Wochen in der Aufnahmeabteilung (8 Haftplätze) untergebracht. Während dieser Zeit nehmen sie an einem Einweisungslehrgang teil, der ihnen einen Überblick über die Möglichkeiten und Regelungen der Anstalt verschafft. Die drogenabhängigen Frauen erhalten ausführliche Informationen über die Beratungs-, Begleit- und Behandlungsmaßnahmen innerhalb des Vollzuges, sowie über die Vernetzungen mit dem Hilfesystem außerhalb.

In der Anstalt werden sämtliche Haftarten vollzogen: U-Haft, Strafhaft, Jugendstrafe, Abschiebehaft, und die selteneren Haftarten wie Ordnungs-, Sicherungs-, Zwangs- und Erzwingungshaft, Ersatzfreiheitsstrafe. „Geschlossener Vollzug, offener Vollzug, Freigang und die Mutter-Kind-Einrichtung sind unter einem Dach, die Strafdauer reicht von kurzen Ersatzfreiheitsstrafen bis hin zu lebenslangen Freiheitsstrafen. Aufgrund einer Ländervereinbarung werden auch jugendliche und heranwachsende Frauen aus Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen aufgenommen“ (Nds. Justizministerium o.J., S.17). Eine entsprechende Vereinbarung für erwachsene Frauen besteht mit Bremen. Neben internen Arbeits- und Bildungsangeboten gibt es eine intensive Zusammenarbeit mit externen Bildungseinrichtungen. Die Gefangenen

haben die Möglichkeiten eines Umschlusses in der Zeit von 19.00 bis 21.00 Uhr.

Die stetige Zunahme von Drogenabhängigen unter den inhaftierten Frauen stellt ein zentrales Problem gerade des Frauenvollzuges dar: Heute geht man davon aus, daß zwischen 50 und 80% der Frauen vor der Inhaftierung Drogen konsumierten – im Gegensatz zu etwa 18% 1987.

Die inhomogene Struktur der Inhaftiertenpopulation erfordert differenzierte und zielgruppenspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote und eine effektive Binnendifferenzierung mit „Schonräumen" für nichtabhängige und abstinenzbereite Inhaftierte. Deshalb ist auch das Spritzenumtauschprojekt in ein umfangreiches Aufklärungs- und Beratungskonzept zur Infektionsprophylaxe eingebettet, in das auch die Bediensteten einbezogen sind.

Den Schwerpunkt aller Beratung bildet die Abstinenzorientierung und die Vermeidung negativer Folgen der Haftsituation. Insofern ist das Spritzenumtauschprojekt nur ein kleiner Teil des Drogenhilfespektrums.

Eine Beratung erfolgt sowohl über externe, „aufsuchende Sozialarbeit", als auch über eine interne Suchtberatung. Informationsveranstaltungen werden bereits in der Aufnahmephase angeboten und setzen sich als Angebot auch in Krisenphasen über die gesamte Haftzeit fort. Die Beratung erstreckt sich auf: Möglichkeiten therapeutischer Behandlung, Überblick über Abstinenz- und Substitutionsbehandlungen, Infektionskrankheiten und möglicher Schutz davor („safer use", „safer sex"), Krisenhilfe. Eine suchtbegleitende, psychosoziale Arbeit erfolgt über Substituiertengruppen und Sonderveranstaltungen. Eine medikamentengestützte Behandlung innerhalb des Vollzuges geschieht über eine Substitutions- und Naltrexonbehandlung.

Ebenso wie in Lingen I Abt. Groß Hesepe ist das Spritzenumtauschprojekt in der JVA für Frauen in ein Gesamtkonzept der Drogenhilfe in den Vollzug integriert und ergänzt die bestehenden Suchtkrankenhilfeangebote der Anstalt. Die schadensminimierende und suchtbegleitende Zielorientierung trägt dem Umstand Rechnung, daß nur maximal 40-50% der Betroffenen durch abstinenzorientierte und substituierende Maßnahmen erreichbar sind (vgl. Justizvollzugsanstalt für Frauen 1996, S.4), und die Fortsetzung intravenösen Drogenkonsums in Haft unter unhygienischen Umständen zu dramatischen gesundheitlichen Konsequenzen führen kann.

Der Auseinandersetzungs- und Entscheidungsprozeß um das Modellprojekt gestaltete sich langfristig und gründlich. Er setzte vor der Arbeit der Expertenkommission ein und bezog sich auf die konkrete Situation vor Ort unter Einbezug der verschiedenen Perspektiven: Inhaftierter, Arbeitssituation Bediensteter, rechtliche und politische Bedingungen, vollzugspraktische Notwendigkeiten und Öffentlichkeitswirksamkeit.

**Kurzvorstellung der Konzeption der Infektionsprophylaxe**

Im folgenden werden die wichtigsten Spritzenvergabemodalitäten kurz vorgestellt[1]:

Jede Inhaftierte wird frühzeitig durch ein mehrsprachiges Informationsblatt im Rahmen des Aufnahmeverfahrens über die Modalitäten einer Teilnahme am Spritzenaustauschprojekt informiert. Die Vertiefung durch Sachinformationen (safer use, safe sex) erfolgt im Rahmen des Einweisungslehrganges in der Aufnahmestation durch ExpertInnen der Suchtkrankenhilfe.

Ein Spritzenaustausch ist in allen Abteilungen der Hauptanstalt außer dem Bereich des Mutter-Kind-Heimes und der Aufnahmestation möglich. Die Vergabe der für den Tausch an den Spritzenautomaten erforderlichen Spritzenattrappe erfolgt nur an drogenabhängige Inhaftierte nach Überprüfung durch den Anstaltsarzt und Dokumentation in der Krankenakte.

Substituierte Inhaftierte sind allerdings von der Teilnahme ausgeschlossen, da sie sich vertraglich zum Verzicht auf jeglichen Beikonsum anderer Drogen verpflichtet haben. Minderjährige Jugendliche bedürfen zusätzlich einer Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten.

Die Entscheidung über eine Teilnahme (einschließlich der Unterzeichnung zweier Willenserklärungen bez. der Teilnahme an der medizinischen und der sozialwissenschaftlichen Auswertung des Projektes) kann sofort nach Haftbeginn oder zu einem beliebigen späteren Zeitpunkt erfolgen.

Neben einer Spritzenattrappe wird ein kleines, in der Tasche mitführbares Kästchen ausgehändigt, in dem die zu tauschende bzw. getauschte Spritze sichtbar auf der Konsole des Waschbeckens im Haftraum aufzubewahren ist.

---

1 Vgl. vertiefend die Konzeption als integraler Bestandteil der intramuralen Suchtkrankenhilfe (Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1996, S. 171-178)

Über die diskret an vier (ab Ende Juli 1996 an fünf) Stellen leicht zugänglich in Schränken untergebrachten Spritzenautomaten kann die Attrappe gegen eine funktionsfähige Spritze und diese danach (alt gegen neu) gegen weitere getauscht werden.

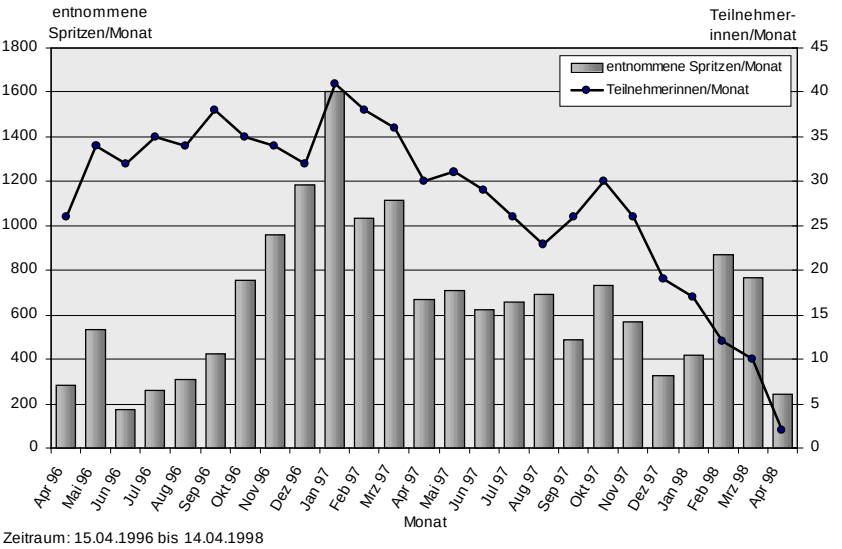
Begleitend liegen in den Schränken ebenfalls verschweißte Alkoholtupfer und portionsgerechte Päckchen Ascorbinsäure, Filter, Pflaster und Ampullen mit Natriumchlorid-Lösung. Die Bestückung und Entsorgung der Spritzenautomaten erfolgt täglich und fachlich versiert durch MitarbeiterInnen der Krankenstation.

Ziel der begleitenden Informationsveranstaltungen für Inhaftierte ist eine umfassende Information über die Risiken des i.v.-Drogenkonsums, der langfristige Abbau besonders gesundheitsgefährdender Konsumformen und eine entsprechende Verhaltenseinübung für „safer use“ nach der Haftentlassung.

Nachdrücklich werden auch projektkonforme Verhaltensweisen im Bewußtsein verankert (Mitführung von Spritzen nur zum Tausch, Verbot der Ausleihe oder des Verkaufs von Spritzen, Reduzierung auf den Besitz einer Spritze, Verbleib der Spritze in der Anstalt bei Verlegungen in andere Anstalten).

Ein „safer use“- und „safer sex“-Training wird darüber hinaus einmal monatlich für alle interessierten Inhaftierten angeboten durch die Externen Dienste.

Den Bediensteten der Anstalt wurde in kleinen Gruppen zum Projektstart die Möglichkeit eröffnet, an einem ganztägigen Informationsseminar teilzunehmen. Zusätzlich werden monatlich besondere Informationsveranstaltungen während der Arbeitszeit angeboten, um die Kenntnisse bzgl. Notfallhilfe, Infektionsprophylaxe, Pharmakologie und Umgang mit Drogenabhängigen immer auf dem neuesten Stand zu halten. Dazu werden sowohl eigene Ressourcen und Kenntnisse einbezogen, als auch externe ReferentInnen geladen.




*Zusammenhang zwischen Teilnehmerinnen am Spritzenaustauschprogramm und Spritzentauschzahlen im Vergleich in der JVA für Frauen in Vechta (Zeitraum 15.04.96 – 14.04.98, Stichtag jeweils Monatsende/Projektlaufzeitende)*

Drogenbesitz wird nach wie vor verfolgt und angezeigt. Das Projekt ist insofern keine Liberalisierung des Drogenkonsums während der Haft, sondern ist als ein flexibles Eingehen auf die Realität von Drogenkonsum in Haft zu verstehen.

Der auf ministerieller Ebene und mit den zuständigen Vollstreckungsbehörden abgesteckte rechtliche Rahmen für das Modellprojekt stellt sicher, daß es nicht zu verstärkten Haftraumkontrollen und vermehrten Urinkontrollen kommen wird. Die Teilnahme am Projekt wird nur in den medizinischen Akten und denen der wissenschaftlichen Begleitung dokumentiert und geht nicht in Berichte der Anstalt an die Vollstreckungsbehörden ein.

#### 4.1.1.2 JVA für Männer Lingen I Abteilung Groß Hesepe

**Charakterisierung der Anstalt**

Das Modellprojekt in der Männerhaftanstalt in Niedersachsen wird in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe durchgeführt. Lingen I selbst ist eine Anstalt des geschlossenen Vollzuges für männliche erwachsene Gefangen, die ein Justizvollzugskrankenhaus für die Länder Niedersachsen und Bremen betreibt, sowie eine Abteilung für Untersuchungshaft und eine Sozialtherapeutische Abteilung beherbergt.

Von der Hauptanstalt ca. 20 km entfernt liegt die Außenabteilung Groß Hesepe (267 Haftplätze, nur Strafhaft); die Anstalt ist völlig ausgelastet, die Durchschnittsbelegung lag 1997 nach Erhöhung der Haftplatzkapazität im Jahre 1996 bei 250,1[2]. In drei Vollzugshäusern mit jeweils 89 Haftplätzen wird ein Wohngruppenvollzug praktiziert. Das Differenzierungskonzept der Abteilung umfaßt umfangreiche schulische und berufliche Ausbildungsmaß-

2 In dieser Zahl nicht enthalten sind die Gefangenen, die sich auf einem Transport befinden, ins Justizvollzugskrankenhaus verlegt worden sind etc. (Durchschnittsbelegung 1996: 214,5; 1997: 250,1; bis 30.09.1998: 252)

nahmen (z.B. Ausbildungsmaßnahme zum Koch, Freigängerabteilung, „Gezielte Reintegration in das berufliche und soziale Leben – GRIBS-Kurs“). In der Anstalt existieren 61 Einzel-, 70 Zweier-, 2 Dreier- und 15 Viererzellen. In der Anstalt gibt es keinen klassischen Umschluß, da die Stationen und ein großer Teil des Geländes (z.B. auch der Weg zur Suchtberatung bzw. Teestube, in der der Spritzentausch stattfindet) nahezu den gesamten Tag (bis 19.00) frei zugänglich sind. Erst danach werden die einzelnen Bereiche und die Hafträume verschlossen.

Auch in der Abteilung Groß Hesepe spielt die Drogenabhängigkeit vieler Gefangener eine zentrale Rolle für die vollzuglichen Möglichkeiten und weiterführenden Hilfen. Ein großer Teil der Gefangenen war vor Inhaftierung drogenabhängig, ein großer Teil davon setzt seinen Konsum in der Haft fort. Die Anzahl der intravenös drogenkonsumierenden Gefangenen steigt kontinuierlich und eine Veränderung des Klientels des Suchtberatungsdienstes ist seit mehreren Jahren festzustellen: ein Anstieg in Richtung höherer Zahlen sog. Altfixer, drogenabhängiger Gefangener, die behandlungsunmotiviert sind, die bereits vor der Inhaftierung substituiert sind, und die zu einer Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt wurden (d. h. keine kurzfristige Therapiechance nach § 35 BtMG besitzen; vgl. Justizvollzugsanstalt o.J., S.3).

Das Drogenhilfekonzept der Anstalt verfolgt neben abstinenzorientierten Hilfen auch den Ansatz der Überlebenshilfe und der Schadensminimierung. Insgesamt ergibt sich ein differenziertes Angebot von Hilfen: Beratung, Motivation, Vorbereitung und Vermittlung in Abstinenztherapien (einschließlich eines vorbereitenden behandlungsorientierten Bereichs im Rahmen einer Wohneinheit, einer drogenfreien Station), Prüfung der Voraussetzungen und Regeln für die Substitutionstherapie, psychosoziale Betreuung der Substituierten, aber auch suchtbegleitende, niedrigschwellige Hilfen – eingebettet in diesen Ansatz ist das Spritzenvergabeangebot. (vgl. Justizvollzugsanstalt Lingen 1996, S. 18f).

Im Rahmen mehrerer Präventionsmaßnahmen stellt die Spritzenvergabe bzw. das Spritzenaustauschangebot ebenso wie in der JVA Vechta nur eine von mehreren infektionsprophylaktischen Maßnahmen dar. Die Zielsetzung der Spritzenvergabe ist es, die Übertragung von Infektionskrankheiten zu verhindern und „... die Risiken des intravenösen Drogengebrauchs zu minimieren und einen verantwortungsbewußten Umgang mit Drogenkonsum zu entwickeln und diesen auch beizubehalten. Nicht zuletzt soll durch die Sprit-

zenvergabe das Verletzungsrisiko des Anstaltspersonals minimiert werden, da Spritzen künftig nicht mehr versteckt werden müssen, sondern an bestimmten Stellen – für jede/n Bedienstete/n einsehbar – zu deponieren sind“ (Justizvollzugsanstalt Lingen 1996, S. 26).

**Konzeption der Infektionsprophylaxe**[3]

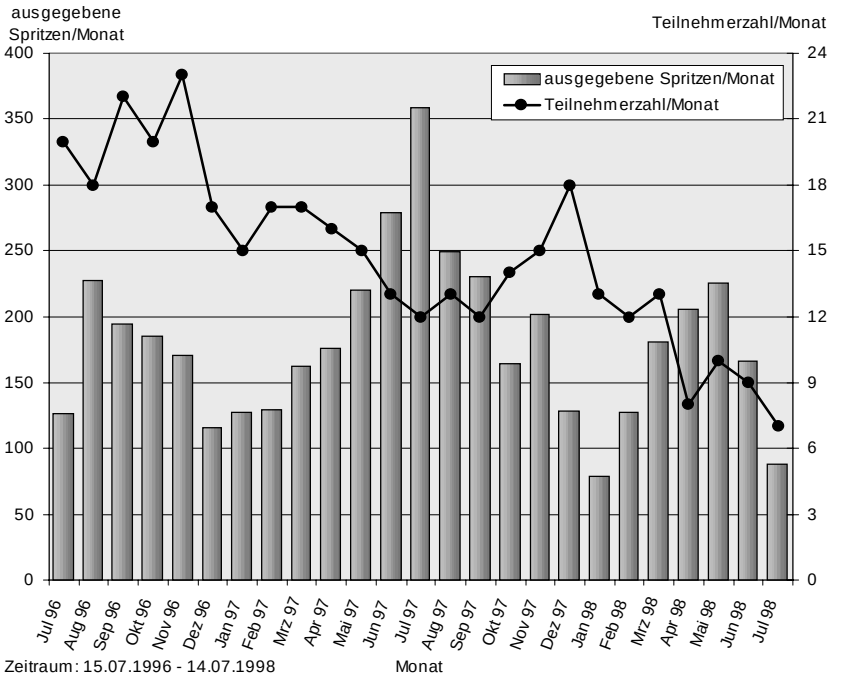
Das Konzept der anstaltlichen Projektrealisierung sieht vor, den Spritzenaustausch in einem Hand-zu-Hand-Vergabemodell durchzuführen. MitarbeiterInnen des Suchtberatungsdienstes und des Sanitätspersonals bieten zu verbindlich festgelegten Zeiten (täglich) die Möglichkeit der Spritzenvergabe bzw. des Spritzentausches „alt gegen neu“ in den Räumen des Suchtberatungsdienstes an, die weitgehend uneinsehbar über den Freizeitbereich der Anstalt für die Inhaftierten zugänglich sind. Die personenbezogenen Vergabemodalitäten sind als Bestandteil eines niedrigschwelligen Beratungsange-

3 Vgl. die Konzeption als integraler Bestandteil der intramuralen Suchtkrankenhilfe in: Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1996, S. 179-190

botes ausgelegt, das Inhaftierte bei Interesse spontan nutzen können. Damit den am Projekt teilnehmenden Inhaftierten ein anonymer Umgang mit den Vergabekontakten zugesichert werden kann, sind die MitarbeiterInnen des Suchtberatungsdienstes in die ärztliche Schweigepflicht eingebunden. Teilnahmeberechtigt sind alle drogenabhängigen Gefangenen; Voraussetzung ist das Vorliegen einer Drogenabhängigkeit, die durch den Arzt oder den Suchtberatungsdienst festgestellt wird. Gefangene, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, werden von der Teilnahme an der Spritzenvergabe ausgeschlossen, da sie sich mit der Unterzeichnung der Behandlungsvereinbarung zum Verzicht auf Beikonsum verpflichtet haben. Alle Gefangenen erhalten während der Aufnahme Informationen über die Angebote des Suchtberatungsdienstes einschließlich der Spritzenabgabe. Auch bei den Aufnahmegesprächen in den anderen Stammhäusern werden diese Angebote im Gespräch erwähnt. Darüber hinaus sind diese Angebote in einer Broschüre und an allen Schwarzen Brettern veröffentlicht. Neben der Spritzenvergabe als instrumentelle Maßnahme sind weitergehende Präventionsangebote vorgesehen:

- Persönliche HIV/AIDS-Beratung durch den Medizinischen Dienst, den Suchtberatungsdienst und die AIDS-Hilfe Emsland;
- Aushändigung mehrsprachiger Printmedien zu HIV/AIDS, safer sex und safer use;
- Informationsveranstaltungen zu HIV/AIDS und Hepatitis;
- Safer-use-Beratung durch die AIDS-Hilfe Emsland.

Als flankierende Maßnahmen für die Bediensteten werden Schulungen in Erster Hilfe und Drogennotfallhilfe angeboten, um bereits vorhandene Kenntnisse aufzufrischen und zu vertiefen. Informationsveranstaltungen sind in unregelmäßigen Abständen durch den Suchtberatungsdienst und die AIDS-Hilfe geplant.




*Teilnehmer am Spritzenaustauschprogramm und Spritzentauschzahlen im Vergleich (Zeitraum 15.07.96 - 14.07.98, Stichtag jeweils Monatsende/Projektlaufzeitende – JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe)*

### 4.1.2 Forschungsrelevante Rahmenbedingungen

Das Modellprojekt „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ ist sozialwissenschaftlich im Rahmen einer zweijährigen Evaluationsstudie von einem Team der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg begleitet worden (vgl. Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1996, 1997 u. 1999). Diese Begleitforschung hatte für ihre politikberatende Beurteilung folgende Fragen zu überprüfen:

- Machbarkeit, d.h. Durchsetzbarkeit und Durchführbarkeit der Maßnahme,
- Akzeptanz seitens aller davon betroffenen Personengruppen
- Effektivität der innovativen Präventionsmaßnahmen
- Veränderung von Einstellungen zu Drogenkonsum und Gesundheitsverhalten.

Das Modellprojekt war ein komplexes „soziales Experiment“, in das die Vielschichtigkeit der institutionellen Zusammenhänge genauso einging wie die inhomogene Struktur der beteiligten Personen. Die Interaktionsebenen Bedienstete/Inhaftierte stehen gemäß Arbeitsauftrag und der Funktion von Strafe asymmetrisch zueinander. Aufgrund ihrer beruflichen Position umfaßt das Verhalten der Bediensteten zwangsläufig auch kontrollorientierte Maßnahmen. Ein größeres Maß an Entscheidungsmacht und Handlungsfreiheit gegenüber den Inhaftierten unterstreicht den ungleichen sozialen Status. Drogenabhängige Inhaftierte fühlen sich von diesen Strukturen in ihrem Haftalltag besonders betroffen, weil sie in einer Atmosphäre der Enge und Kontrollierbarkeit die Bedingungen ihres illegalen Drogenkosum gestalten müssen. Verdecktes Handeln, Rückzug und Subkulturbildung sind praktische Konsequenzen. Antagonistische Interessen begünstigen ein wechselseitiges Klima des Mißtrauens.

Forschung ist ein Kommunikations- und Interaktionsprozeß, der sich diesen Besonderheiten nicht entziehen kann, sondern sie gegenteilig als soziale Spezifika des Forschungsfeldes einbeziehen muß. Aufgrund der beschriebenen Mißtrauenshaltung lassen sich mögliche methodische Probleme der Zugänglichkeit zu den Forschungssubjekten „Inhaftierte“ identifizieren:

- Anonymitätsgarantien und Vertraulichkeitszusicherungen werden anfänglich mißtrauisch entgegengenommen und an der Realität überprüft; konkrete Erfahrungen sind glaubwürdiger als verbale Zusicherungen;
- Rückzugshaltungen, offene wie verdeckte, können praktiziert werden: Rücknahme der Teilnahmebereitschaft am Modellprojekt, Zurückhalten von Informationen, Sortieren der Informationen nach „sozial erwünscht“;
- Fraktionsbildungen als Umgang mit sozialem Gruppendruck in der engen Zwangsgemeinschaft im Justizvollzug.

(vgl. vertiefend zum multimethodalen Vorgehen und den kommunikativen, kooperativen Voraussetzungen und der Begleitforschung, sowie zur Auswertungsmethodik die drei Berichtsbände (vgl. Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1996, 1997 u. 1999).

### 4.1.3 Auswertung und Diskussion der Ergebnisse des Modellprojektes

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Erkenntnisse aus den einzelnen Analyseschritten der verschiedenen methodischen Herangehensweisen übergeordnet miteinander in Verbindung gebracht. Alle Erkenntnisperspektiven werden über verschiedene Erhebungszeitpunkte im Sinne einer Verlaufsuntersuchung miteinander verschränkt dargestellt und diskutiert.

Die gewählte Darstellungsstruktur der Abschlußergebnisse orientiert sich an den Forschungszielen und gliedert sich wie folgt:

- Akzeptanz innerhalb der verschiedenen Statusgruppen
- Machbarkeit der Maßnahme zur Infektionsprophylaxe
- Entwicklung des Drogengebrauchsverhaltens
- Gesundheitsorientierte Einstellungen, Gesundheitswissen und -handeln
- Bedeutung flankierender Präventionsangebote.

Jeweils zu Beginn der Ergebnisdarstellung findet eine inhaltliche Bestimmung dieser fünf Forschungsschwerpunkte statt, die im folgenden weiter ausdifferenziert werden. Am Ende dieses Kapitels findet sich eine abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse.

#### 1. Akzeptanz innerhalb der verschiedenen Statusgruppen

Der Erfolg von innovativen Modellprojekten im Gesundheitsbereich, wie die Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug, hängt maßgeblich von der Annahmebereitschaft und der aktiven Übernahme der Interventionsziele durch die Zielgruppen und alle anderen involvierten Personengruppen ab. Als Ausdruck einer Akzeptanz der Maßnahme haben sich verschiedene Bereiche herauskristallisiert: die Entwicklungen von Erwartungen und Befürchtungen gegenüber dem Verlauf des Modellprojektes bei den ProjektteilnehmerInnen und den Bediensteten, Forderungen als Ausdruck einer aktiven Beteiligung, subjektive Einschätzungen als Argumente für oder gegen eine Teilnahme. Die Akzeptanzbewertung zentriert sich auf die subjektiven Sichtweisen der hauptsächlich in ihrem Arbeits- und Lebensalltag von den Modellprojektmaßnahmen Betroffenen: die Bediensteten, die verschiedenen Inhaftiertengruppen, die MitarbeiterInnen des Suchtberatungsdienstes, die Anstalts- und Vollzugsleiter und die MitarbeiterInnen der Externen Dienste.

## Die Bediensteten

### Erwartungen der Bediensteten an das Modellprojekt und abschließende Beurteilungen

### Tendenzwechsel von den ursprünglichen Erwartungen zu den abschließende Beurteilungen

Ein Vergleich zwischen ursprünglich geäußerter Erwartung und abschließend vorgenommener Beurteilung der durchgeführten Maßnahmen ergibt einen auffälligen Tendenzwechsel in beiden Anstalten: Während in der JVA für Frauen Vechta das Modellprojekt auf einem hohen Erwartungsniveau, d.h. auf der Basis einer hohen Annahmebereitschaft startete, ergab sich in einer retrospektiven Sicht zum Projektende eine zurückhaltendere Beurteilung. In der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe zeigte sich eine umgekehrte Entwicklung. Auf der Basis ursprünglich niedriger Erwartungen (im Vergleich zu den Bediensteten der JVA Vechta) an das Modellprojekt kann bei den meisten Fragen eine deutlich höhere Zustimmung festgestellt werden. Vergleicht man die abschließenden Beurteilungsniveaus der Anstalten untereinander, bleibt festzustellen, daß es in Vechta allgemein höher ausfällt, als in Lingen I Abt. Groß Hesepe, auch wenn sich eine deutliche Annäherung über die Projektlaufzeit ergeben hat.

Ausgehend von den vor Projektbeginn erfragten Erwartungen an das Modellprojekt, fallen die Beurteilungen nach einem Erfahrungszeitraum von etwa 18 Monaten in der JVA für Frauen Vechta auffällig zurückhaltend aus. Das heißt, die Bediensteten hatten sich vor der Einführung des Spritzenumtauschprojektes mehr erwartet, als es die Praxis ihrer Beurteilung nach einlösen konnte. Besonders was die Beurteilung einer ‘Verringerung von Infektionskrankheiten’, ‘Verbesserung des Kenntnisstandes durch Informationsveranstaltungen’ im Rahmen des Projektes und eine mit der Maßnahme verbundene ‘berufliche Qualifikation’ anbelangt, spiegeln die abschließenden Beurteilungen ein gewisses Maß an Inkongruenz wider.

In der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe zeigt sich eine gegenläufige Entwicklung. Die Bediensteten hatten vor Projektbeginn die Wirkungen der Projektmaßnahmen auf den Vollzugsalltag und ihre berufliche Tätigkeit sehr viel zurückhaltender eingeschätzt, als in der abschließenden Beurteilung. Vor allem in Bezug auf das Ziel des Modellprojektes ‘Verbesserung der Gesundheitsvorsorge’ erfolgt rückblickend eine positivere Einschätzung als vorab. Diese Tendenz findet sich auch wieder bei der Beurteilung der ‘Über-

nahme der durchgeführten Maßnahmen in andere Anstalten Niedersachsens/ Deutschlands'.

**Präsenz und Wahrnehmbarkeit der Projektmaßnahmen im Arbeitsalltag**

Festhalten läßt sich, daß eine konkret wahrnehmbare und gestaltbare Praxis in alltäglichen Interaktionen und Aushandlungsprozessen erheblichen Einfluß auf Einstellungen und Beurteilungen ausübt und Meinungen verändert, fundiert und damit eine Akzeptanzhaltung ausdrückt. Die Wahrnehmbarkeit der Modellprojektpraxis variiert aufgrund der verschiedenen Vergabemodalitäten in beiden Anstalten erheblich. Während in der JVA für Frauen in Vechta sowohl die Automaten, das Durchschließen Betroffener zum Automaten, die Lagerung der Spritze auf der Konsole des Waschbeckens als auch die anstaltlichen Routinen der Kommunikation über das Modellprojekt (z.B. monatliche 'AG Spritzentausch') für die Bediensteten offensichtlich sind, wird das Thema Drogenkonsum gegenwärtiger, wie auch seine unerwünschten Begleiteffekte für das Modellprojekt: Automatendefekte, Regelverstöße, versuchte Manipulationen, Zuordnungsmöglichkeiten Inhaftierter als 'Drogenkonsumentin' und Frequenzen des Drogenkonsums. Diese Präsenz des Modellprojektes zwingt zu einer permanenten Auseinandersetzung mit der Thematik 'Drogenkonsum, Infektionsrisiken, Konsumbedingungen im Vollzug'. Diese Konfrontation ist in der JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe in dieser Form nicht gegeben: Durch die Spritzenvergabe über den Suchtberatungsdienst (bzw. durch die Sanitäter am Wochenende) erscheint das Spritzenumtauschprojekt vom alltäglichen Arbeitszusammenhang abgetrennt und ist nicht sichtbar. Die verdeckte Spritzenlagerung im Schrank bzw. die weit verbreitete Praxis des ständigen Mitführens der Spritze in dem Tauschröhrchen, eine zurückhaltende offizielle Teilnahme einzelner Gefangener am Modellprojekt vollzieht sich dieses in einem eigenständigen Bereich, der für die Bediensteten im allgemein nicht zugänglich ist. Damit bleibt unter Umständen der Arbeitsalltag der Bediensteten von dem Modellprojekt weitgehend unberührt. Es ist davon auszugehen, daß die weitgehend positive abschließende Beurteilung durch die Distanz zum Modellprojekt im Sinne einer wohlwollenden Einschätzung geprägt ist. In der JVA für Frauen in Vechta hat die Modellaufzeit durch eine ständige Konfrontation mit den konkreten Maßnahmen und Auswirkungen des Modellprojektes eine intensivere Realitätsprüfung erbracht. Die Sichtbarkeit des Projektes hat vermutlich dazu geführt, daß die Bediensteten der JVA Vechta zum zweiten Befragungszeit-

punkt die Vergabe steriler Spritzen in höherer Ausprägung als in der JVA Lingen Abt. Groß Hesepe als selbstverständlich zur Alltagsroutine gehörend wahrnehmen und akzeptieren.

**Befürchtungen**[4]

Durch die Erfahrungswerte mit der Modellprojektpraxis ist in beiden Anstalten eine Verringerung anfänglich durch die befragten Bediensteten geäußerter Befürchtungen über mögliche Konsequenzen der Spritzenvergabe sowohl für den Umgang mit Gefangenen, als auch das soziale Klima in der Anstalt zu verzeichnen. Insbesondere die folgenden Befürchtungen haben sich in der zweiten Befragung in beiden Einrichtungen nicht bestätigt, nämlich daß

- Spritzen als Waffen gegen Bedienstete oder Gefangene eingesetzt werden könnten,
- die Spritzenabgabe im Widerspruch zur psychosozialen Betreuung Drogenabhängiger steht,
- die Spritzenzugänglichkeit über das Modellprojekt den Kontakt zu Gefangenen ändert,
- sich eine Verunsicherung durch das Wissen bestimmter Inhaftierter über die Information der Teilnahme am Spritzenumtauschprogramm ergibt

Eine genauere Betrachtung der Entwicklungsrichtungen, ausgehend von der ersten bis zur zweiten Befragung, ergibt folgende Bewegungsbilder: Die grundsätzlich pessimistischere Haltung der Bediensteten der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe bei der Befragung vor Beginn des Modellprojektes hat sich im Laufe der Projektzeit besonders stark reduziert und damit an das Niveau der Befürchtungen der Bediensteten in der JVA für Frauen Vechta angeglichen. Besondere Abschwächung erfährt die vorab geäußerte Befürchtung, daß die Spritzenzugänglichkeit dazu führen könnte, daß auch bislang nicht-intravenös konsumierte Substanzen gespritzt werden. Ebenso reduzieren sich die vorab gesehenen Widersprüche einer Spritzenvergabe zur Methadonbehandlung und zur Vermittlung in drogenfreie stationäre Therapieeinrichtungen.

---

4 Die Befürchtungen der Bediensteten vor Beginn des Modellprojektes in beiden Anstalten sind im Zwischenbericht (Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1997, S. 398ff) ausführlich dargestellt und diskutiert.

Der Rückgang der Befürchtungen gegenüber einer Spritzenvergabe deutet folgende Dynamik an: Das Modellprojekt wird nach einer 18-monatigen Erfahrungszeit nicht vordergründig als Konkurrenzmaßnahme zu anderen inner- und außervollzuglichen Angeboten der Drogenhilfe wahrgenommen.

Zur Erklärung der drastischen Abnahme von Befürchtungen der Bediensteten in Lingen I Abt. Groß Hesepe sind mehrere Faktoren zu berücksichtigen: Zunächst bildete die Erst-Befragung den Endpunkt einer langen inneranstaltlichen Diskussion um das Für und Wider einer Spritzenvergabe an Gefangene. Vor allen Dingen mögliche Negativeffekte (Anstieg des Drogenkonsums, Bedrohungsszenarien etc.) waren ausführlich Gegenstand der Auseinandersetzung und trugen möglicherweise zu einer problemorientierten Sensibilisierung bei, die wiederum in die Beantwortung der Fragebögen einfloß. Über die konkrete Praxis des Modellprojektes konnten sich Befürchtungen relativieren. Darüber hinaus verlief das Projekt weitgehend unauffällig, reibungslos und ohne besondere Vorkommnisse. Diese für jede/n Bedienstete/n spürbaren Erfahrungen gingen in die Bewertung bei der zweiten Befragung ein. Insofern war die Modellprojektpraxis für die Bediensteten überzeugend und hat zu einer Meinungsveränderung geführt.

Die ohnehin geringen Befürchtungen vor Beginn des Modellprojektes in der JVA für Frauen in Vechta haben sich in der zweiten Befragung nochmals reduziert. Dies betrifft besonders deutlich entscheidungsnotwendige Verantwortungsbereiche der Arbeit, wie ‘Verhaltensunsicherheiten im Umgang mit Drogenfunden’ und ‘persönliche Verantwortlichkeit bei Unfällen’. Die Reduktionen der Befürchtungen deuten darauf hin, daß sich ein größeres Maß an Verhaltenssicherheit im Lauf des Modellprojektes bei den Bediensteten entwickelt hat und deshalb Befürchtungen in diesem Bereich reduziert wurden. Auch im Bereich von Befürchtungen, die sich auf eine Verschärfung oder Eskalation der Drogenproblematik durch eine Spritzenvergabe in der Anstalt beziehen, sind Abnahmen zu verzeichnen, z.B. ‘drogenkonsumierende Gefangene könnten zum intravenösen Drogenkonsum angeregt werden’, ‘die Kontroll- und Einflußmöglichkeiten können möglicherweise durch den anonymen Zugang zu Spritzen eingeschränkt werden’. Offensichtlich haben die Alltagserfahrungen mit dem Modellprojekt dazu beigetragen, daß die Bediensteten in der JVA für Frauen in Vechta Kontrollüberzeugungen über diesen neuen Arbeitsbereich gewinnen konnten, die ihnen ein größeres Maß an Sicherheit und einen breiteren Handlungspielraum verschafft haben. Über diesen Weg der Annäherung und Aneignung der Pro-

jektmaßnahme drückt sich eine vollzogene Integration der Maßnahmen in den Arbeitsalltag aus.

**Forderungen als Ausdruck einer aktiven Beteiligung**

Die Forderungen der Bediensteten verdeutlichen ein bestimmtes Maß an Interesse an und Auseinandersetzung mit dem Modellprojekt und sind deshalb ein Indikator für dessen Akzeptanz. Die Bediensteten formulieren ein verstärktes Informations-, Kooperations- und Fortbildungsbedürfnis anläßlich des Modellprojektes, das als Forderung von der ersten bis zur zweiten Befragung aufrechterhalten bleibt. Von großer Bedeutung für die Bediensteten beider Anstalten ist die Forderung, Informationen über den Projektverlauf zu erhalten. Diese Forderung signalisiert Interesse an dem Projektgeschehen und bekundet ein Bedürfnis, mit Informationen in das Projekt eingebunden zu werden.

Die Forderungen der Bediensteten signalisieren weiterhin ein erhebliches Interesse an Fortbildung zum Themenkomplex ‘Drogenumgang, Infektionskrankheiten und Drogenhilfe im Justizvollzug’. Ob dieses Interesse an befriedigenden Erfahrungen aus durchgeführten Präventionsveranstaltungen unter der Laufzeit des Modellprojektes herrührt, oder aus Mangel an entsprechenden oder geeigneten Fortbildungserfahrungen resultiert, läßt sich aus den standardisiert erhobenen Daten nicht ablesen.

Schließlich wird die Forderung einer Kooperation mit anderen Anstalten, die vergleichbare Modellprojekte bereits praktizieren bzw. planen, vom größten Teil der Bediensteten in beiden Anstalten aufrechterhalten (siehe Zwischenbericht S. 414). Diese Forderung verdeutlicht ein Interesse an einem über die Anstalt hinausgehenden fachlichen Austausch über die Erfahrungen und praktischen Erkenntnisse mit diesem innovativen Projekt. Diese Motivation verweist auf ein Bedürfnis nach Außenorientierung und Weiterentwicklung, sowohl zur eigenen Standortbestimmung, als auch zur Weitergabe der gewonnen Erkenntnisse und Erfahrungen an andere Interessierte.

Auffällige Veränderungen zwischen den Ergebnissen der ersten und zweiten Befragung zeigen sich in dem Aspekt ‘Klärung von Konfliktfällen durch Dienstanweisungen’. Während vor Beginn der Maßnahme in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe ein großer Klärungswunsch durch Dienstanweisungen geäußert wurde, reduziert sich dieser bei der zweiten Befragung deutlich. In der JVA für Frauen in Vechta nahm diese Forderung in der zweiten Befragung auf der Basis einer geringeren Ausprägung in der ersten Befra-

gung ebenfalls ab. Diese Entwicklungen können einerseits darauf hindeuten, daß formaler administrativer Regelungsbedarf in der Laufzeit des Projektes in dem Maße an Bedeutung verloren hat, wie Verhaltenssicherheit und Eigenkompetenzen im Umgang mit schwierigen Situationen gewachsen sind. Andererseits hat das weitgehende Ausbleiben von besonderen Vorkommnissen Regelungs- und Handlungsbedarf erübrigt. Vielmehr wird weiterhin die Bedeutung von informellen Klärungsmöglichkeiten im 'KollegInnenkreis', 'mit den Suchtberatern' und mit der 'AG Spritzentausch' (in Vechta) hervorgehoben.

**Bewertung des Modellprojektes in den qualitativen Befragungen durch die Bediensteten**

*JVA für Frauen Vechta*

Die Spritzenvergabe über Automaten wird auf der Ebene der vollzugspraktischen Durchführung als unauffällig und in den Arbeitsalltag integriert beschrieben. Das Spritzenumtauschprogramm wird als akzeptierte Standardausrüstung des Vollzuges wahrgenommen. Mit dieser Innovation wird die übergeordnete allgemeinere Problematik des Drogenkonsums im Vollzug mit ihren Anforderungen an den Berufsalltag der Bediensteten unter einer anderen Perspektive in den Mittelpunkt gerückt. Der Umgang mit widersprüchlichen Anforderungen (Hilfe und Kontrolle) wird als defizitär und begleitbedürftig definiert.
Die Annahmebereitschaft der Modellmaßnahmen durch die Bediensteten geht auf einen Entwicklungsprozeß zurück: Aus Skepsis und Vorbehalten aufgrund der hauptsächlich in der öffentlichen Diskussion geäußerten Befürchtungen über Bedrohungspotentiale ist eine eher akzeptierende Haltung geworden, die inzwischen das Projekt als Bestandteil des Vollzuges anerkennt. Dieser Veränderungsprozeß bestätigt die Annahme, daß Verhaltenssicherheit im Umgang mit den verschiedenen Anforderungen des Projektes in der Praxis durch klare Regeln entwickelt und erprobt worden sind und damit zu einer erhöhten Akzeptanz beigetragen haben. Als bedeutsam für eine Akzeptanz wird eine Informations- und Wissensvermittlung, die Transparenz in Bezug auf ein umfassendes Verständnis von Zielen, Inhalten und Verlaufsweisen des Modellprojektes gewährleistet, definiert.

Bei den Bediensteten besteht ein Interesse, die Regeln des Modellprojektes gegenüber den Inhaftierten zu vertreten und für Verständnis zu werben, da-

mit ein reibungsloser Ablauf und eine gesundheitseffektive Beteiligung möglich sind. Erklärungen über Sinn und Zweck der Maßnahmen auch gegenüber den Nicht-Drogenabhängigen wird als nötig erachtet, um eine Verständnisbasis zu schaffen. Die geäußerte Rollenübernahme der Bediensteten als Mediatoren drückt ihre Bereitschaft zur aktiven Mitgestaltung des Modellprojektes aus, was auf eine Identifikation mit den Zielen schließen läßt.

*JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe*

Ebenso wie die befragten MitarbeiterInnen der JVA für Frauen Vechta werden die Maßnahmen des Modellprojektes von den MitarbeiterInnen der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe als in den Arbeitsalltag integriert wahrgenommen. Als Indikatoren einer reibungslosen Umsetzung im Anstaltsalltag werden angeführt, daß bislang keine besonderen Vorkommnisse oder spektakuläre Zwischenfälle und somit auch kein Konfliktpotential zu verzeichnen sind.

Es wird ein Entwicklungsprozeß dargestellt, ausgehend von einer anfänglichen Unsicherheit bei den Bediensteten aufgrund von Bewertungsschwierigkeiten in bezug auf mögliche Drogen- und Spritzenfunde, hin zu einer Normalisierung der Routinen, die eine höhere Akzeptanz des Gesamtkonzeptes mit sich gebracht haben.

**Die ProjektteilnehmerInnen**

**Entwicklung der ursprünglichen Erwartung und abschließenden Beurteilungen**

Betrachtet man die anfangs formulierten Erwartungen der InsassInnen vor deren Teilnahme am Modellprojekt im Zusammenhang mit den abschließenden Beurteilungen nach einer Erfahrungszeit von mindestens 3 Monaten, lassen sich die folgenden Entwicklungen beobachten. Zur ersten Befragung vor Modellprojektbeginn dominiert die Positiverwartung, daß sich mit der Einführung der Spritzenumtauschmöglichkeit die Ansteckungsgefahr in Bezug auf Infektionskrankheiten verringern würde. Diese Perspektive verliert in der Verlaufsbefragung für die InsassInnen auffällig an Relevanz. Anders verhält es sich bei dem pragmatischen Aspekt der einfachen Beschaffungsmöglichkeit steriler Spritzen im Rahmen des Modellprojektes. Die Beschaffungsmöglichkeit wird in ihrer positiven Bedeutung konstant über beide Erhebungszeitpunkte angesprochen. Diese Beurteilung wird mit dem durch die

Teilnahme am Modellprojekt erfahrenen Nutzen der einfachen Spritzenzugänglichkeit noch zum zweiten Befragungszeitpunkt untermauert.

Während das übergeordnete infektionsprophylaktische Ziel des Modellprojektes für die Inhaftierten unter der Laufzeit des Modellprojektes in den Hintergrund rückt, bleiben pragmatische Erwartungshaltungen in Bezug auf die Versorgung mit sterilen Spritzen weiterhin relevant, d.h. die Effizienzerwartungen an das Modellprojekt beziehen sich nun auf den unmittelbaren, alltagspraktischen Nutzen für das Drogenkonsumverhalten der TeilnehmerInnen. Der Pragmatismus, der in der Beurteilungsdimension des Modellprojektes zum Ausdruck gebracht wird, weist auf eine Integration der präventiven Maßnahmen in die individuellen Verhaltensgewohnheiten der TeilnehmerInnen hin, während allgemein Infektionsschutz als abstraktere Dimension an Aufmerksamkeit verliert.

Die Entwicklung der Erwartungen für die gesundheitliche Lage unter der Laufzeit des Modellprojektes liefert widersprüchliche Informationen. Zunächst bestätigt sich in der zweiten Befragung die schon beim ersten Meßzeitpunkt relativ gering vorhandene Angst, sich im Vollzug infizieren zu können. Gleichzeitig nimmt die Angst, andere Personen anstecken zu können in Vechta verhältnismäßig zu, in Lingen stark ab. Darüber hinaus wird von den Insassinnen die Veränderung durch das Modellprojekt, den Drogenkonsum risikoärmer und hygienischer gestalten zu können, hervorgehoben. Diese in Vechta geäußerten Veränderungserwartungen durch das konkrete Erleben der Modellprojektmaßnahmen lassen auf eine Festigung eines Risikobewußtseins schließen, da sich in der gesteigerten Angst, andere anstecken zu können, eine realistische Einschätzung potentieller infektiologischer Gefahren widerspiegelt. Außerdem legen die befragten Insassinnen in erhöhtem Maße Wert auf eine Risikoverminderung und eine wachsende Spritzhygiene durch die Maßnahmen des Modellprojektes. Für die männlichen Inhaftierten verdeutlichen die Ergebnisse eine andere Tendenz. Die Männer scheinen sich seit Einführung der Projektmaßnahmen eher in ‘falscher Sicherheit’ zu wiegen, indem sie weniger Angst, andere infizieren zu können, formulieren, obwohl die, im Verhältnis zur Zahl der drogenabhängigen Inhaftierten, relativ geringe Teilnehmerzahl eine (gelegentliche) Weitergabe benutzter Spritzen an nicht-teilnehmende Mitinsassen als infektiologisch riskantes Verhalten vermuten läßt. Das Risikopotential wird noch deutlicher angesichts einerseits des geringen Wissens der Inhaftierten über effektive Desinfektionsmethoden und andererseits der fehlenden Mittel im Strafvoll-

zug. Im übrigen wird diese Praxis in den qualitativen Interviews mit den Projektteilnehmern, den Teilnahmeverweigerern und den Substituierten ebenfalls bestätigt. Die Erfahrungszeit des Modellprojektes scheint demzufolge in Lingen keine Erweiterung des Bewußtseins bei den Insassen über mögliche infektiologisch riskante Konsequenzen des eigenen Verhaltens bewirkt zu haben. Dies wird bestätigt in den Ergebnissen zu den Wissensfragen über infektiologische Zusammenhänge.

Befragt nach den Auswirkungen des Modellprojektes auf das Zusammenleben mit den anderen Inhaftierten ergibt sich über beide Erhebungszeitpunkte die Feststellung einer Reduktion von Abhängigkeitsbeziehungen zu Mitgefangenen aufgrund eines Spritzenbesitzes, d.h. die Erwartungen einer sozialen Entspannung durch den Wegfall des Warencharakters von Spritzen im Vollzug unter der Projektlaufzeit werden bestätigt.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, daß viele Inhaftierte keine Erwartungen oder Verbesserungsvorschläge geäußert haben, sind die Aussagen zum Einfluß des Modellprojektes auf den Kontakt zu den Bediensteten eingeschränkt zu werten. Wurden noch im Rahmen der ersten Befragung die Erwartungen größerer Ehrlichkeit bzw. Klarheit im Umgang miteinander und einer Streß- und Gefahrenreduktion für die Bediensteten benannt, verlieren diese in der abschließenden Erhebung auffällig an Bedeutung. Die Ergebnisse verdeutlichen eine eher resignative, gleichgültige Tendenz bei den Inhaftierten. Sie erwarten weder Verständnis von Seiten der Bediensteten, noch setzt sich ihr eigenes anfängliches Verständnis für die Belastungs- und Gefahrenpotentiale der Bediensteten über die zweite Befragung fort.

Bei der Gesamterwartung bzw. -beurteilung des Modellprojektes ergibt sich in der grundsätzlichen Erfolgseinschätzung eine deutliche Verschiebung zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Während die Erwartung ‘daß es ein Erfolg wird’ bei den Insassinnen in Vechta abschließend deutlich sinkt, erfährt sie bei den Männern in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe noch einen Zuwachs. Obwohl die Erfolgsbewertung nicht inhaltlich sondern pauschal vorgenommen wurde, gibt sie Anlaß zu Vermutungen. Es ist davon auszugehen, daß bei den Frauen das anfänglich höhere Erwartungsniveau durch die Modellprojektpraxis relativiert wurde, wodurch die Erfolgsbewertung in der zweiten Befragung gedämpft wurde. Anders scheint sich in Lingen eine Entwicklung von einem eher bescheidenen Erwartungsniveau hin zu einer überzeugten Erfolgsbewertung vollzogen zu haben. Das Erleben der Modellprojektpraxis dürfte auf die befragten Frauen eher enttäuschend und auf die

männlichen Insassen eher überzeugend gewirkt haben. Dennoch zeigt sich als beide Erhebungszeitpunkte überdauernde Dimension die Erwartung, daß das Modellprojekt weitergeführt bzw. auch in andere Anstalten übertragen werden sollte. Diese Beurteilungsrichtung steht damit in einem gewissen Widerspruch zur Gesamterfolgserwartung in Vechta. Eine prinzipielle Befürwortung von Spritzenumtauschprojekten wird von der Erfolgsbewertung der eigenen Erfahrungen im Modellprojekt von den Projektteilnehmerinnen in Vechta abgekoppelt.

Bemerkenswert bleibt die Aufrechterhaltung des Erwartungsniveaus in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe in Bezug auf den Effekt einer Verbesserung des Umgangs mit Drogen und DrogenkonsumentInnen im Vollzug und der Förderung einer liberaleren Drogenpolitik. Die Inhaftierten versprechen sich scheinbar eine übergeordnete Wirkung und eine gesamtgesellschaftliche Signalfunktion, die von den Maßnahmen des Modellprojektes ausgehen könnten.

**Entwicklung der Befürchtungen gegenüber dem Modellprojekt**

Die Frage nach Verschlechterungen oder Nachteilen durch das Modellprojekt wurde von den InsassInnen in beiden Anstalten überwiegend verneint. Das vor dem Modellprojekt vorhandene relativ geringe Befürchtungsniveau in Vechta hat sich durch die Projektpraxis bestätigt. In Lingen stellte sich sogar eine Befürchtungsreduktion zum zweiten Erhebungszeitpunkt ein, d.h. die Modellprojektpraxis hat überzeugenden Charakter für die Projektteilnehmer. Allerdings bleiben die Befürchtungen erhalten, die sich darauf beziehen, daß durch die Projektteilnahme der Status ‘DrogenkonsumentIn’ bekannt wird. Gerade in Vechta werden noch zum zweiten Meßzeitpunkt anläßlich des Modellprojektes verstärkte Kontrollen, Repressalien und Zellenrevisionen befürchtet als vollzugliche Konsequenzen aus diesem möglichen Wissen der Bediensteten. Obwohl auch anläßlich der abschließenden Befragung nur von wenigen Personen Nachteile und Verschlechterungen für den Vollzug der jetzigen Strafe befürchtet werden, bestätigen hier vor allem die Insassinnen der JVA für Frauen in Vechta ihre Befürchtungen in Bezug auf verstärkte Kontrolle und damit verbundene Zellenrevisionen. Die Mißtrauenshaltung konnte demzufolge in der JVA für Frauen in Vechta nicht abgebaut werden, obwohl die erhobenen Daten zur anstaltlichen Kontrolltätigkeit unter der Modellprojektlaufzeit als Fakten einen gegenläufigen Trend belegen.

Befürchtungen in Bezug auf Nachteile für das Zusammenleben in der Anstalt, die durch die Modellprojektpraxis entstehen könnten, sehen die Befragten zu einem großen Anteil weder in der ersten noch in der zweiten Befragung. Allein im Verhältnis zwischen drogenabhängigen und nicht-drogenabhängigen Insassinnen in Vechta werden auch abschließend Kontakt- und Verständigungsprobleme bestätigt. Eine schwierige Konstellation dieser beiden Inhaftiertengruppen lassen sich durch Äußerungen in den qualitativen Interviews mit den nicht-drogenabhängigen Insassinnen belegen. In Lingen gab es zum ersten Meßzeitpunkt auch Vorbehalte gegen nicht-drogenabhängige Inhaftierte und deren Haltung anläßlich des Modellprojektes. Befürchtete Schwierigkeiten haben sich in der abschließenden Betrachtung nicht bewahrheitet.

Den Kontakt zu den Bediensteten sehen die meisten befragten Inhaftierten durch die Praxis des Modellprojektes nicht grundsätzlich verschlechtert. Allerdings treten in Vechta auch hier wieder Anonymitätszweifel zutage, die sich im Verhältnis mit den Bediensteten in dem Bekanntwerden des intravenösen Drogenkonsums und einhergehender Kontrollpraxis niederschlagen könnten. Fraglich bleibt, inwieweit die verstärkte Befürchtungshaltung gegenüber den Bediensteten anläßlich des Modellprojektes nicht in einem allgemeinen Interessenkonflikt und in asymmetrischen Beziehungsmustern zu suchen sein dürfte und damit als strukturelles Moment der Interaktion zwischen Bediensteten und Inhaftierten unabhängig von der Existenz des Modellprojektes als grundsätzliches Phänomen auftritt.

**Forderungen zur Umsetzung und Durchführung des Modellprojektes**

Die Ergebnisse dieses Befragungsteils verdeutlichen, daß über beide Erhebungszeitpunkte ein hoher Anteil von Personen beteiligt war, die keine konkreten Forderungen an die Praxis des Modellprojektes stellen. Gleichzeitig realisiert ein ebenso deutlicher Anteil von InsassInnen während der abschließenden Befragung, daß ihre in der ersten Befragung aufgestellten Forderungen in der Projektpraxis nicht berücksichtigt wurden. Auffälligste Forderung ist hierbei die Gewährleistung einer weitgehend anonymen Projektteilnahme, die nach Bekundung der befragten ProjektteilnehmerInnen bislang nicht als umgesetzt gelten kann. Diese Erkenntnis geht in die Vorschläge für eine zukünftige Praxis des Modellprojektes ein. Zentral bleiben die Forderungen nach Wahrung der Anonymität und eines uneingeschränkten Zugangs zu Spritzen. Für einen uneingeschränkten Zugang zu Spritzen wird in der JVA

Lingen I Abt. Groß Hesepe die Einführung einer Automatenvergabe gefordert und in Vechta eine zuverlässigere Pflege und Instandhaltung der Automaten. Darüber hinaus erhöht sich von der ersten zur zweiten Befragung die Forderung nach dem Bereithalten verschiedener Nadeln, Hygienemitteln, Ascorbinsäure und der Schwellenverminderung einer Methadonbehandlung.

**Veränderungen der subjektiven Bewertungen des Modellprojektes**

Augenscheinlich hat sich in beiden Institutionen 'die Angst, sich im Vollzug mit Krankheiten zu infizieren', zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten deutlich vermindert. Die zugrunde gelegten subjektiven Bewertungen entspringen einem individuellen Empfinden und drücken womöglich ein Klima von größerer Sicherheit anläßlich der Gesundheitsschutzmöglichkeiten durch den Spritzentausch aus. Durch die Erweiterung des individuellen Handlungsspielraumes, sich nach eigenem Bedarf mit sterilen Spritzen versorgen zu können, entwickeln sich Selbstkontrollüberzeugungen, aktiv und selbstbestimmt Infektionsschutz betreiben zu können. Ein Gefühl, sich Verhältnissen nicht nur passiv ausliefern zu müssen, sondern aktiv Selbstverantwortung übernehmen zu können, baut Ängste ab. Es läßt sich vermuten, daß diese Tendenzveränderung sich auch über eine Beschäftigung mit Infektionswegen und -krankheiten im Rahmen der begleitenden Präventionsveranstaltungen erklären läßt. Eine bewußtere Auseinandersetzung baut irrationale Ängste ab und ermöglicht eine realistischere und sachlichere Risikoabwägung. Zum zweiten Befragungszeitpunkt wurde zusätzlich die Frage gestellt, ob das „Spritzenprojekt und die damit verbundenen Schutzmöglichkeiten als Verbesserung der gesundheitlichen Lage" empfunden wird. Diese sehr allgemein gehaltene Frage, die sich auf ein subjektives (Körper-)Gefühl bezieht und nicht nach konkreten Belegen der eigenen Annahme fragt, wird von etwa Dreiviertel der befragten InsassInnen bejaht, d.h. der gesundheitsbezogene Charakter des Modellprojektes wird von dem größten Teil der NutzerInnen bestätigt.

Die Bewertung der Zugangsmöglichkeiten zu sterilen Spritzen für Gefangene entwickelt sich unter den beiden Befragungszeitpunkten in beiden Anstalten leicht gegenläufig. Indirekt wird mit diesem Frageteil der Vergabemodus für Spritzen bewertet. Während in Vechta bei der Befragung vor Einführung des Modellprojektes die Zugangsmöglichkeiten via Automat positiver bewertet wurden als in der zweiten Befragung, zeigt sich in Lingen ein umgekehrtes Verhältnis, d.h. nach dem konkreten Erleben der Modell-

projektpraxis stufen die Projektteilnehmer die Zugangsmöglichkeiten günstiger ein als vorab. Als Hintergründe dieser Entwicklung lassen sich Differenzen zum einen in der Vorstellung und zum anderen in der anschließend erlebten Modellpraxis heranziehen. Die Automaten wurden vermutlich von den Frauen in Vechta vor Teilnahme am Modellprojekt als praktikable Bezugsquelle für sterile Spritzen mit einem großen Potential an selbstbestimmten Nutzungsmöglichkeiten eingestuft. Die Projektpraxis offerierte zum Teil andere und ernüchternde Erfahrungsbereiche, die nicht antizipierbar waren: Automatendefekte, Zugangsbeschränkungen durch Umbaumaßnahmen und Umschlußzeiten, Angewiesenheit auf Bedienstete zum Durchschließen etc. Der Suchtberatungsdienst als Ort der Spritzenbeschaffung in einem personenorientierten Vergabeverfahren in Lingen I Abt. Groß Hesepe wurde wahrscheinlich als hochschwelliger für die Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen eingeschätzt, als es die Projektrealität bestätigt hat. Trotz festgelegter, beschränkter Umtauschzeiten bewerten die Projektteilnehmer die Zugangsmöglichkeiten zu Spritzen günstiger als vorab. Wahrscheinlich hat die personelle Kontinuität und eine anfänglich großzügige Auslegung der Öffnungszeiten bei den Inhaftierten eine Erfahrung von Verläßlichkeit bewirkt und eine praktikable Alltagsroutine für den Spritzentausch unterstützt. Somit relativiert die Projekterfahrung die angenommenen Nutzungsqualitäten der unterschiedlichen Vergabemodi: Automaten als Lieferanten steriler Spritzen erweisen sich im Vollzugsalltag als eingeschränkter verläßlich, die Praxis einer Hand-zu-Hand-Vergabe gestaltet sich zuverlässiger als vor Beginn des Projektes angenommen.

Für die Situation in Vechta werden die beschriebenen Veränderungen der Bewertung der Zugangsmöglichkeit zu sterilen Spritzen über Automaten durch die Nennung weiterer Bedingungen für die Nutzung der Automatenvergabe in der abschließenden Befragung bestätigt: Die Befragten fordern eine „bessere Zugänglichkeit“, „gefüllte und intakte Automaten“ und „keine Teilnahmebeschränkungen“. Trotz der einschränkenden Bewertung der Spritzenzugänglichkeit über Automaten, wird diese Vergabeform von den Frauen vor möglichen Alternativen präferiert. Als alternative Beschaffungsmöglichkeit bei Automatendefekten wurde in Vechta über einen begrenzten Zeitraum ein Spritzenumtausch im medizinischen Dienst organisiert. Die eingeschränkte Akzeptanz dieses Alternativangebotes erklären die Befragten mit der Einschätzung von Umständlichkeit („sehr umständliches Vorgehen“), Kompetenzunsicherheiten („Sani fühlen sich oft nicht zuständig“),

Anonymitätszweifel („Angst um Bekanntwerden des Konsums“) und Befürchtungen vollzuglicher Nachteile („darf Lockerungen nicht verlieren“).
Es bleibt festzuhalten, daß die positiven Bewertungen der Zugangsmöglichkeiten zu sterilen Spritzen durch die männlichen Gefangenen und das Nicht-Wahrnehmen von vollzuglichen Nachteilen oder Verschlechterungen offenbar keinen überzeugenden Einfluß auf die ‚Weigerer’ oder ‚Zweifler’ hatten. Dies erstaunt umso mehr, als daß die wesentliche Kommunikation über Infektionsrisiken unter den Gefangenen selbst stattfindet: Eine Überzeugung oder eine Zerstreuung der Zweifel der Teilnahmeverweigerer gelingt über diesen Weg nicht.

Die subjektive Bewertung der Nutzungsbedingungen bezieht sich über beide Befragungszeitpunkte zentral auf Befürchtungen mangelnder Anonymität mit möglicherweise einhergehender erhöhter Kontrolltätigkeit der Anstalten. Vor allem in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe schließt sich an die Bewertung eingeschränkter Anonymität der Hand-zu-Hand-Vergabe die Forderung nach Einrichtung einer Automatenvergabe an.

Als weitere Bedingungen für eine Hand-zu-Hand-Vergabe fordern die Projektteilnehmer in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe eine Veränderung der „Häufigkeit/Regelmäßigkeit der Spritzenvergabe“ sowie ein „schnelles Tauschen“. Die Vergabemodalität in Lingen erfordert eine Organisation des Spritzentausches auf längere Sicht aufgrund der festgelegten Tauschzeiten. Ein bewußtes Vorausplanen der Spritzenbeschaffung und in der Regel situationsbezogener, spontaner Drogenkonsum verfolgen allerdings ganz unterschiedliche Ablauflogiken. Die Forderungen verlangen eine bedarfsgerechtere Versorgungssituation mit Spritzen, ohne die anstaltlichen Bedingungen wie personelle Voraussetzungen zu berücksichtigen.
Eine eingeschränkte Nutzung der Spritzentauschmöglichkeit am Wochenende (86,1%) bei Mitarbeitern des Sanitätspersonals begründen die Befragten mit folgenden Argumenten: Uninformiertheit („Möglichkeit nicht bekannt“), Anonymitätseinschränkungen („Anonymität nicht gewahrt, ...“), persönliche Vorbehalte und Kompetenzzweifel („sehr unfreundlich, geben auch nicht automatisch Tupfer und Asco“).

Die stattgefundenen Informationsveranstaltungen für Gefangene werden von den InsassInnen beider Anstalten in der zweiten Befragung kritischer bewertet, als deren generelle Durchführung. Hier muß allerdings festgehalten werden, daß die generelle Bewertung von Informationsmaßnahmen zum Teil nicht vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen durch Teilnahme vorge-

nommen wird. Bei einem insgesamt abfallenden Niveau der Bewertung von Informations- und Schulungsmaßnahmen in beiden Anstalten wird dennoch von den Insassinnen der JVA Vechta die Durchführung und Realisierung von Informationsveranstaltungen insgesamt positiver bewertet als in Lingen.

Bezüglich der Frage nach angemessener Information über die Vorbereitungen und die Umsetzung des Modellprojektes durch die Anstalt zeigt sich bei den Insassinnen in Vechta eine Umkehr der Verhältnisse über beide Erhebungszeitpunkte: Während bei der ersten Befragung noch 65% der Meinung waren, angemessen über die Vorbereitungen zum Modellprojekt informiert worden zu sein, verringert sich der Anteil bei der zweiten Befragung auf 37%. Ein vergleichbares Verhältnis ergibt bei der Frage des Interesses an Informationsveranstaltungen, indem der Zustimmungsanteil in Vechta von 90% auf 65% fällt.
Hinzu kommt noch ein besonderer Aspekt bei der Frage zur Teilnahme an Informations- und Schulungsveranstaltungen zum Thema „Drogen und Informationskrankheiten im Vollzug“. Es geben in der JVA Vechta 13 (28,3%) Frauen an, über stattgefundene Informationsveranstaltungen nicht informiert worden zu sein bzw. behaupten, daß keine stattgefunden hätten.
Diese Ergebnisse sprechen die anstaltliche Informationspraxis im Zusammenhang mit dem Modellprojekt in Vechta an. Das relativ große Interesse vor Beginn des Modellprojektes sowohl an den Entwicklungen des Modellprojektes, als auch generell an Schulungsmaßnahmen zur Thematik des Modellprojektes wurde durch die reale Angebotspraxis nicht aufrechterhalten, so daß sich eine größere Gleichgültigkeit gegenüber drogen- und infektionsbezogenen Themen im Laufe des Modellprojektes entwickelt hat. Das grundsätzliche Motivationsniveau für Information und Schulung hat sich reduziert.

Die Befragten in Lingen fühlen sich über beide Befragungszeitpunkte über das Modellprojekt ähnlich angemessen informiert (86% zu 78%) und geben ein nur leicht reduziertes Interesse an Informationsveranstaltungen an (87,1% zu 86,1%). Als wichtige Themen bzw. geschlossene Wissenslücken im Rahmen von Informationsveranstaltungen werden in der JVA für Frauen in Vechta folgende genannt: „Übertragungswege von Infektionskrankheiten“ vor allem von Hepatitis, „Sexuelle Kontakte und Infektionsgefahren“, „safer use“, „Desinfektion von Spritzen“, „Abszesse“, „Überdosierungen“. Die Forderung nach Informationen über das Modellprojekt wird erneut gestellt.

Den Teilnehmern von Informationsveranstaltungen in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe ging es in den Präventionsveranstaltungen als Wissenserweiterung vor allem um die folgenden Themen: „Infektionswege und Hepatitisformen“, „Prävention bei Hepatits und AIDS“, „Infektionsschutz beim Spritzdrogenkonsum“ (Zubereitung und Filter).

**Bewertung des Modellprojektes in den qualitativen Befragungen durch die ProjektteilnehmerInnen**

*Die Projektteilnehmerinnen der JVA Vechta*

Bei der Beurteilung der Zugänglichkeit zu den Spritzenaustauschautomaten des Modellprojektes spielen allgemeine infrastrukturelle Bedingungen der anstaltlichen Gegebenheiten und der räumlichen Unterbringung eine ausschlaggebende Rolle. Eine leichte, d.h. jederzeitige Zugänglichkeit ohne die Notwendigkeit des ‘Durchschließens’ wird für die Haftraumbereiche benannt, die sich in unmittelbarer Nähe zu den aufgehängten Automaten befinden. Damit einhergehend wird eine weitgehende Selbständigkeit in der Versorgung mit sterilen Einwegspritzen beschrieben, die bedarfsgerecht erfolgen kann. In anderen Bereichen der Haftanstalt, die von den Automatenstandorten abgetrennt sind, ist die Zugänglichkeit auf wenige Stunden am Tag beschränkt oder von Unterstützungen durch Bedienstete abhängig. Da nicht mehrere Spritzen gleichzeitig im Haftraum gelagert werden dürfen, entstehen Engpässe. Diese Bedingungen werden als unzureichend und nicht bedarfsgerecht von den befragten ProjektteilnehmerInnen bewertet. Diese Erfahrungen bilden die Grundlage für eine mangelhafte Umsetzung der Gesundheitsbotschaften (‘Für jede Injektion eine neue sterile Spritze benutzen!’) und fördern regelwidriges Verhalten (unerlaubte Vorratshaltung von Spritzen im Haftraum).
Sowohl die räumliche Nähe als auch das Abhängigkeitsverhältnis zu den Bediensteten werden als Medium sozialer Kontrolle und Anonymitätseinschränkungen beschrieben, die sich sowohl auf Mitinhaftierte, als auch auf Justizvollzugsbeamte bezieht. Diese Verhältnisse sind bestimmt durch die Einsehbarkeit des Spritzenzugangs und die Rechtfertigungspflicht für die Bitte zum Durchschluß zu den Automatenstandorten. Während diese Form der sozialen Kontrollmöglichkeit bei den Mitinhaftierten zu Vermutungen über das Vorhandensein von Drogen in der Anstalt führt, wird in Bezug auf die Bediensteten eine Kontrollorientierung angenommen. Die Wahrung einer Anonymität wird außerdem an der leichten Einsehbarkeit der Spritzenlage-

rung im Haftraum für Bedienstete angezweifelt. Darüber hinaus wird eine eingeschränkte Anonymität mit häufigen Automatendefekten und -ausfällen in Verbindung gebracht. Da diese Zwischenfälle eine verstärkte Unterstützung durch Bedienstete beim Ausweichen auf andere Automaten erfordern, wird der Spritzentausch zu einem öffentlichen Vorgang.

Die Befragten reflektieren die Relevanz und Fragen der Einhaltung der Teilnahmeregeln unter verschiedenen Aspekten: Lagerung, Sicherheitsaspekte für die Bediensteten, Beschränkung auf eine Spritze im Haftraum, Anonymitätserwägungen und Ausschlußsituation der Substituierten. Insgesamt wird deutlich, daß die Logik der Regelsetzung für den Vollzugsablauf verstanden werden. Regelverstöße werden vor diesem Hintergrund an den eigenen Bedürfnissen, den räumlichen Gegebenheiten, Gewohnheiten und der eigenen Logik des Drogenkonsums erklärt und legitimiert.
Grundsätzlich läßt sich auf seiten der Befragten ein Verständnis der Ausschlußkriterien für die Substituierten feststellen, das sich aber bei Fragen der Infektionsprophylaxe und Rückfallproblematik als gebrochen erweist. Die Beigebrauchsproblematik mit einhergehenden Infektionsrisiken für Gefangene in Substitutionsbehandlung wird in ihrer gesamten Ambivalenz erfaßt und entsprechend unschlüssig bewertet. Die Verständnisnähe zum Regelverstoß Substituierter wird über die eigene potentielle Betroffenheit hergestellt.

Als Auswirkungen des Modellprojektes werden von den weiblichen Befragten unterschiedliche Aspekte mit sozialer wie individueller Bedeutung angeführt: größere Offenheit im Umgang mit Drogenkonsum, bedarfsgerechte Versorgung mit Spritzutensilien, Verbreitung von Drogen im Vollzug, soziale Entspannung unter den drogenabhängigen Inhaftierten. Seit Einführung des Modellprojektes wird der Heimlichkeitscharakter des Drogenkonsums als vermindert wahrgenommen. Der Umgang mit der Problematik wird als offener beschrieben aufgrund der von dem Modellprojekt ausgehenden permissiven Signale zum Spritzenbesitz – bis hin zu einem formulierten Anspruch auf eine rechtmäßige Teilnahme am Spritzenaustauschprojekt, was sich in einer Selbstverständlichkeit im vollzuglichen Umgang mit den Bediensteten ausdrückt.
Einige Aussagen von Befragten machen deutlich, daß in der Vergangenheit der Spritzenbesitz einen Machtfaktor darstellte, der Einfluß auf die Beziehungen der drogenabhängigen Inhaftierten untereinander in Form von Abhängigkeitsverhältnissen ausgeübt hat. Darüber hinaus werden Infektionsrisiken aus dieser Zeit angesprochen. Seit der Einführung des Modellprojek-

tes wird für diese Zusammenhänge eine soziale Entspannung wahrgenommen.

Die Verbesserungsvorschläge der Projektteilnehmerinnen beziehen sich auf die folgenden Bereiche: Eine in verschiedenen Informationszugängen zu den Projektteilnehmerinnen benannte Versorgungslücke mit zusätzlichen Kanülen sollte im Interesse einer bedarfsgerechten Versorgung geschlossen werden. Um eine höhere Anonymität in Bezug auf den Status 'Projektteilnehmerin' gewährleisten zu können, wird eine Aushändigung einer Spritzenattrappe an alle inhaftierten Frauen erwogen, die aufgrund von Betäubungsmitteldelikten verurteilt worden sind. Eine leichtere und zeitlich umfangreichere Zugänglichkeit zu den Spritzenautomaten wird von mehreren befragten Gefangenen angeregt, um jederzeit und nach Bedarf, d.h. bei schlechtem Venenzugang erhöhte Nutzung von Kanülen, tauschen zu können. Da die vollzugsinternen Abläufe den Zugang zu den Automaten bestimmen, wird eine Engpaßsituation beschrieben, die durch veränderte Nutzungsmöglichkeiten aufgehoben werden könnte.

*Die Projektteilnehmer der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe*

Die Entscheidung zu einer Teilnahme wird von den Gefangenen in Groß Hesepe damit begründet, daß aufgrund der eigenen Haftgeschichte als bekannter Drogenkonsument Ängste der Entdeckung durch eine Nutzung des Spritzenaustauschprojektes nicht mehr vorliegen. Indirekt drückt sich darin die vermutete Zurückhaltung potentieller Drogenkonsumenten zur Teilnahme am Spritzenumtauschprojekt aus: Angst vor einer Identifizierung als Inhaftierter mit Drogenbezug und entsprechenden vollzuglichen Sanktionsmöglichkeiten. Die übergeordnete Zielsetzung des Projektes 'Infektionsschutz' wird nicht als Motiv der Teilnahme thematisiert oder als handlungsleitend beschrieben. Angstwegfall wird als Motiv zum nachträglichen Einstieg angeführt.

Zur Annahmebereitschaft werden von den befragten Männern ambivalente Ausführungen gemacht. Zum einen besteht eine Skepsis in Bezug auf die vollzuglichen Konsequenzen der Teilnahme wie zum Beispiel Wegfall von Lockerungen, zum anderen wird die Teilnahme als 'resignatives' Zugeständnis an die anstaltliche Kontrollpraxis formuliert.
Bedenken gegenüber einer Projektteilnahme werden mit der subjektiv wahrgenommenen, an eigenen Erfahrungen orientierten und im Zusammenhang mit Mitgefangenen beobachteten Veränderungen der Kontrollmaßnahmen in

enge Verbindung gebracht. Auffällig ist, daß keine exakten Aussagen über die Lockerungspraxis gemacht werden (können), sondern die Wahrnehmungen sich in einer Grauzone von eigenen Einschätzungen und Gerüchten bewegen. Die Akzeptanz des Modellprojektes unter den Inhaftierten ist abhängig von einer Mißtrauenshaltung, die im informellen Zusammenhang gebildet und z.T. aufrechterhalten und meinungsbildend wird. Können auch im Einzelfall im Austausch mit Bediensteten Zweifel ausgeräumt werden, so geht die Vermutung dahin, daß bei vielen Gefangenen ein enger Zusammenhang zwischen möglicher Projektteilnahme und Lockerungsnachteilen gesehen wird und letztlich Grund für die Verweigerung der Projektteilnahme ist. Charakteristischer Umgang mit dem Pilotprojekt ist eine abwartende Zurückhaltung, die schließlich durch eigene Beobachtungen und ermutigende Erfahrungen aufgegeben wird. Die Entscheidung zur Projektteilnahme wird durch eine relativ schnelle Realisierung des Zugewinns von Handlungsvorteilen im nachhinein gestärkt.

Die Rolle der Bediensteten im Projektverlauf wird von den Männern unter den Aspekten von Anonymität, Kontrolle und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in den Interviews thematisiert. Deutlich ist bei aller einschränkenden Bewertung die Feststellung einer regelkonformen Behandlung der Projektteilnehmer durch die Bediensteten.
Eine Gewährleistung von Anonymität einer Teilnahme am Projekt im Kontakt mit den Bediensteten wird grundsätzlich hinterfragt, aufgrund des ohnehin vorhandenen Wissens bei den Bediensteten über den Status ‘Drogenkonsument’ der Betroffenen. Gleichzeitig werden an das Wissen keine zu befürchtende Nachteile geknüpft. Die Regel des Spritzenaustauschprojektes einer sichtbaren Aufbewahrung in einer Holzleiste im Schrank wird als nachvollziehbare, schutzorientierte Notwendigkeit für Bedienstete verstanden und akzeptiert.
Den männlichen Befragten sind die alltäglichen Rollenkonflikte der beteiligten Bediensteten als Mitarbeiter des Spritzenaustauschprojektes und gleichzeitig als Personen mit Kontrollauftrag durchaus bewußt. Die wahrgenommenen Zweifel an einer Eindeutigkeit der Berufsrolle werden im Prozeß der Selbstvergewisserung im Gespräch mit den entsprechenden Bediensteten geäußert und ausgeräumt.

Die qualitativen Ergebnisse sowohl der Projektteilnehmer, als auch der Substituierten und auch der Nicht-Drogenabhängigen in Groß Hesepe bestätigen die Existenz einer inoffiziellen Teilnahme am Spritzenumtauschprojekt als

Tausch über Dritte. Die Befragten beschreiben sowohl die Praxis des verdeckten Tauschens und mögliche Abhängigkeitsstrukturen zwischen ‘offiziellen’ und ‘inoffiziellen’ Teilnehmern, als auch die Konsequenzen von damit einhergehenden Gesundheitsrisiken. Die inoffizielle Spritzentauschpraxis wird als ‘Mißbrauch’ des Modellprojektes bezeichnet, was ein Bewußtsein der Normübertretung zum Ausdruck bringt. Der Besitz ‘illegaler’ Spritzen ist den Beschreibungen zufolge verbreitet. Die Praxis des inoffiziellen Tauschens hängt unmittelbar mit dieser Tatsache zusammen, insofern als daß benutzte Spritzen von Nicht-Projektteilnehmern durch Projektteilnehmer unentdeckt getauscht werden. Ein Grund für die Existenz des als unproblematisch beschriebenen inoffiziellen Tauschens wird darin gesehen, daß eine Praxis von Gelegenheitskonsum den vermeintlichen Aufwand des Eintritts in das Spritzenumtauschprojekt nicht rechtfertigen würde. Es wird berichtet, daß mit zunehmender Dauer des Modellprojektes die Bereitschaft zur inoffiziellen Weitergabe steriler Spritzen von Seiten der Projektteilnehmer abnimmt und Berührungsängste Dritter nicht mehr toleriert werden.

Grundsätzlich wird die Begründung für den Ausschluß der Substituierten von den männlichen Gefangenen verstanden und in den Interviews nachvollzogen. Die Argumentationen lassen sich folgendermaßen skizzieren: Signalfunktion und Verführ- und Aufforderungscharakter zum Beikonsum, insbesondere gefördert durch die Unausweichlichkeit zu drogenkonsumierenden Mithäftlingen auf der Zelle, bewußte Entscheidung zur Einhaltung der Regeln der Substitution, d.h. Verzicht auf Beikonsum.

Die befragten männlichen Projektteilnehmer nehmen eine Bewertung der Vergabemodalität in Form einer negativen Kritik in Bezug auf die Wochenendregelung und die zeitliche Zugänglichkeiten zu sterilen Spritzen an normalen Werktagen vor. Insgesamt wird der Eindruck vermittelt, daß sich die Betroffenen mit den Gegebenheiten arrangiert haben. Allerdings wurden die Interviews vor der letzten Neuregelung einer konsequent durchgehaltenen zeitlich streng begrenzten Einheit am Nachmittag durchgeführt, so daß die Äußerungen nicht den aktuellen Vergabestandard beurteilen. Vor dieser Neuregelung konnten Spritzen im informellen Einverständnis den ganzen Tag über bei Anwesenheit der SuchtberaterInnen getauscht werden. Der zeitliche Rahmen zur Spritzentauschmöglichkeit wird als sehr begrenzt und nicht zu den Konsumgewohnheiten passend wahrgenommen. Das Bedürfnis, immer eine neue Spritze zur Verfügung zu haben, wird mit einer schlechten Venenlage langjähriger Drogengebraucher begründet. Die Zeiten für den

Spritzenumtausch am Wochenende werden z.T. als nicht den Lebensgewohnheiten und den Routinen am Wochenende angemessen und als zu eingeschränkt beschrieben. Trotz unzureichender Interessenbeachtung der Nutzer wird ein Verständnis für den Personalaufwand und die Arbeitsbelastung der Bediensteten signalisiert.

**Teilnahmeverweigerer in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe**

Aus den Befragungen der Teilnahmeverweigerer, bzw. ‚Zweifler' in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe ergeben sich die Begründungen für eine nichtoffizielle Teilnahme und damit eine mangelnde Annahmebereitschaft des Modellprojektes als anstaltliches Angebot.

Eine selbstverständliche Praxis inoffizieller Teilnahme wird beschrieben, die als unkomplizierter empfunden wird, als der offizielle, formale Weg zur Teilnahme. Die Organisation einer Spritze wird bei Bedarf als problemlos bezeichnet. Damit wird die Existenz eines heimlichen 'Projektes von Spritzentausch' innerhalb des Modellprojektes bestätigt und damit keine Notwendigkeit zur offiziellen Teilnahme indirekt zum Ausdruck gebracht.

Als Motive für eine Nichtteilnahme werden differente Gründe, wie Ängste vor mangelnder Anonymität, Konsequenzen informeller Meinungsbildung, Befürchtungen vor negativen vollzuglichen Konsequenzen und Antizipation sozialer Kontrolle aufgeführt. Die Angst vor negativen vollzuglichen Konsequenzen wird damit begründet, daß die räumlich-organisatorische Anlage des Modellprojektes vor allen Dingen über ein personenorientiertes Vergabeverfahren einer völligen Anonymität entgegensteht und Informationen über eine Projektteilnahme wider Willen preisgibt. Die Routinen des Vollzugsalltags sind allseits bekannt und liefern eine Transparenz von Interaktionen und Lebensäußerungen. Allen gegenüber, denen das System der Haftanstalt bekannt ist (Bedienstete und Mitgefangene), liefert man sich in dem Moment aus, wo der Schutz der Subkultur verlassen wird, um Alltagsanforderungen gerecht werden zu können. Soziale Kontrolle als strukturelles Moment von geschlossenen Institutionen wird als allumfassend, allgegenwärtig und unausweichlich erlebt. Zu realistischen Beobachtungen gesellen sich Vorstellungen von Anonymitätsbrüchen und Verfolgung. Vor diesem Hintergrund werden eigentlich fördernde Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge für eine Gruppe von Gefangenen unannehmbar.

Die Weigerung begründet sich demnach auf inhaltlichen Argumenten und einer bewußten Entscheidung der Betroffenen. Die damit zum Ausdruck

gebrachte Fähigkeit zur Reflexion könnte für die Anstalt bedeuten, ein höheres Maß an Akzeptanz durch Aufklärungs-, Vermittlungsarbeit und Diskussion zu erzeugen. Bislang existiert für die Gruppe der zweifelnden und unentschiedenen drogenabhängigen Inhaftierten kein Forum, das Zweifel ausräumen und Mißtrauen durch einen offenen Austausch mit Teilnehmern und Bediensteten an der Projektrealität begegnen könnte. Deshalb findet ein Meinungsbildungsprozeß in Bezug auf das Modellprojekt im informellen Rahmen unter den Inhaftierten statt: Informelle Diskurse zu den Auswirkungen der Teilnahme am Spritzenumtauschprojekt mit möglichen negativen Folgen können beschrieben werden als 'Mund-zu-Mund-Propaganda', Gerüchte, Mutmaßungen und Befürchtungen. Obwohl die Vermutungen über negative Konsequenzen nicht durch Fakten und konkrete Erfahrungen begründet werden können, wirken sie handlungsleitend, realitätsstiftend und hemmend für eine Akzeptanz des Modellprojektes. Die Wirkung eines grundsätzlichen Mißtrauensklimas gegenüber anstaltlichen Angeboten wird als Motor für diese informellen Formen der Meinungsbildung deutlich.

Das Modellprojekt selbst kann als Schnittstelle verstanden werden zwischen einem subkulturellen Lebensraum 'Drogenabhängigkeit' und regelkonformem Verhalten durch eine Teilnahme an einer anstaltlich geförderten Gesundheitsmaßnahme. Die Teilnahmeverweigerer scheinen sich in diesem Spannungsfeld zum Verbleib in den subkulturellen Bezügen mit Schutz vor vollzuglicher Auffälligkeit entschieden zu haben. Damit einhergehend werden Risiken einer Gesundheitsgefährdung gegen eine Aufgabe von Anonymität abgewogen.

Die inoffizielle Teilnehmerschaft drückt keine Opposition zum Modellprojekt aus, sondern eher eine Opportunität, keine aggressive Verweigerung oder Störung, sondern passives individualistisches Umgehen vermeintlicher Nachteile.

### Akzeptanz aus Sicht des Suchtberatungsdienstes, der Leiter und der Externen Dienste

#### JVA für Frauen Vechta

Der Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes der JVA für Frauen Vechta stellt eine grundsätzliche Akzeptanz des Modellprojektes durch eine hohe Einbindung von drogenabhängigen Gefangenen in das Modellprojekt und eine Unterstützung durch die Bediensteten fest. Die Annahmebereitschaft durch die Inhaftierten wird dem hohen Grad an Bedürfnisorientierung der Modell-

maßnahmen für die Zielgruppe zugeschrieben. Außerdem werden den Nutzerinnen der Maßnahme flexible Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Modellprojekt bestätigt, die nach Meinung des Befragten auf eine Erweiterung der Handlungskompetenzen und auf eine prinzipielle Zunahme an Eigenverantwortlichkeit der Projektteilnehmerinnen schließen lassen. Allerdings wird den Projektteilnehmerinnen eine Verantwortungsübernahme für das Modellprojekt nicht durchgängig attestiert, was über das phasenweise Vorkommen von Manipulationen an den Automaten vor allem in der ersten Projektzeit begründet wird.

Der Anstaltsleiter betrachtet die Akzeptanz des Modellprojektes auf zwei Ebenen: der hohe Grad der Integration der Projektmaßnahmen in den Arbeits- und Anstaltsalltag und die positive Resonanz der Öffentlichkeit auf das Modellprojekt. Die Akzeptanzbereitschaft der Inhaftierten wird als ein Prozeß beschrieben, der über Phasen von Manipulationen und Beschädigungen der Automaten hin zu einem in der Regel verantwortlichen Umgang führte. Eine hohe Akzeptanz spiegelt sich durch eine große Reichweite des Modellprojektes wider. Als Bedingungen für eine Annahmebereitschaft durch die Inhaftierten werden zwei Faktoren benannt: Zum einen wird das gewählte Vergabeverfahren via Automaten als glaubwürdiges anstaltliches Angebot zur Infektionsprophylaxe angenommen, zum anderen wird die Kontrolltätigkeit in der Anstalt während des Modellprojektes als unverändert beschrieben und damit als vertrauensbildende Maßnahme der Anstalt an die Inhaftierten bewertet.

**JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe**

Zur Frage der Akzeptanz durch die Inhaftierten führt der Suchtberatungsdienstmitarbeiter eine Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung im Modellprojektablauf an, die sich in einer weitgehenden Einhaltung der Projektregeln, in einer hohen Rücklaufquote gebrauchter Spritzen und in dem Ausbleiben besonderer Vorkommnisse ausdrückt. Nach Meinung des Suchtberatungsdienstmitarbeiters verhalten sich die Gefangenen in hohem Maße regelkonform in dem Bewußtsein, daß das Modellprojekt noch einen Vorläufigkeitscharakter besitzt, dessen Übernahme in einen regulären Ablauf von einem positiven Ausgang abhängig ist. Durch diese Form der Annahme der Maßnahme drückt sich eine Identifikation der Gefangenen mit dem Modellprojekt aus.

Zu dem Vorkommen einer inoffiziellen Teilnehmerschaft äußert sich der Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes mit Blick auf das Projektziel, des Infektionsschutzes optimistisch. Ausgehend von der Praxis des täglichen Mehrfachtausches der offiziellen Teilnehmer wird eine Versorgung mit sterilen Spritzen von nicht angemeldeten Gefangenen abgeleitet, deren Zahl als mindestens ebenso groß wie die der offiziellen Teilnehmer geschätzt wird. Mit der inoffiziellen Teilnahme wird eine grundsätzliche Akzeptanz des Projektes, d.h. eine pragmatische Nutzung des Angebots steriler Einwegspritzen, angenommen. Die Vermutung geht dahin, daß durch die offiziell am Programm teilnehmenden Gefangenen eine weitgehende Versorgung der übrigen drogenabhängigen Inhaftierten mit sterilen Einwegspritzen gewährleistet wird. Damit zeigt sich, daß die noch zu den beiden ersten Befragungszeitpunkten geäußerten Erwartungen einer baldigen Zunahme der Zahl der Spritzenumtauschteilnehmer im weiteren Projektverlauf nicht realisiert worden sind. Diese Hoffnungen auf den regulierenden Effekt des Faktors ‘Zeit’ hat sich nicht bewahrheitet. Auch die Erfahrungen der Gewährung von Vollzugslockerungen bei Projektteilnehmern und einer gleichbleibenden Frequenz von Haftraumkontrollen hat nicht zum erwarteten Anstieg der Teilnahmezahlen geführt. Statt dessen haben die Gefangenen eine Form eigenen Umgangs mit ihren subjektiven Befürchtungen gegenüber einer offiziellen Teilnahme entwickelt, die für sie keine nachteiligen Folgen zu haben scheint.

Die Akzeptanz der Bediensteten des Allgemeinen Vollzugsdienstes wird vom Leiter eher als ein passives Annehmen denn als ein aktives Mitgestalten aufgrund der Unauffälligkeit des Modellprojektes beschrieben. Anläßlich einer gründlichen Vorbereitungszeit vor Einführung des Modellprojektes und des Ausbleibens besonderer Vorkommnisse besteht seiner Meinung nach kein kontinuierlicher Diskussionsbedarf und kein Handlungsbedarf von Seiten der Bediensteten in Bezug auf die Maßnahmen der Spritzenvergabe. Die räumliche Distanz der Spritzenvergabe vom Vollzugsalltag läßt das Modellprojekt für die Bediensteten in ihrem Arbeitsalltag nicht wahrnehmbar werden. Ohne offensichtlichen Bezug erfährt es keine tägliche Präsenz und wird deshalb nicht zum Gegenstand der Beschäftigung. Als Indiz einer grundsätzlichen Annahme des Modellprojektes durch die Mitarbeiterschaft wird die eingeleitete Diskussion über die Möglichkeiten einer Einführung von Spritzentausch in die Hauptanstalt gewertet.
Der befragte Vollzugsleiter vermutet eine Zurückhaltung bei der Annahmebereitschaft der Gefangenen dem Modellprojekt gegenüber. Er geht davon aus, daß Befürchtungen über mögliche vollzugliche Nachteile bei einer Teil-

nahme das Motiv für die Zurückhaltung sein könnten, obwohl er in der Praxis bislang keinen Beleg dafür ausmachen konnte. Gegen die Befürchtungshaltung führt er die konkreten Erfahrungen von aktuellen Projektteilnehmern an, die sich bislang ihm gegenüber weder über die Modellpraxis kritisch geäußert hätten noch vollzugliche Nachteile aufgrund der Projektteilnahme hinnehmen mußten.
Eine erfahrene breite fachpolitische Zustimmung wird als öffentliche Akzeptanz des Modellprojektes gewertet, die der Leiter in einen Zusammenhang mit dem erfolgreichen Verlauf des Modellprojektes ohne problematische Entwicklungen bringt.
Im Leitungsinterview wird ein offizielles Wissen über die Praxis einer verdeckten Projektteilnahme bestätigt. Es ist der Anstalt bekannt, daß Drogenkonsumenten, die sich nicht persönlich zur Teilnahme am Modellprojekt entschließen können, sterile Spritzen über Projektteilnehmer besorgen und tauschen lassen. Diese individuelle Bewältigungsstrategie von Mißtrauen gegenüber der anstaltlichen Maßnahme wird, obwohl sie regelwidrig ist, nach Auskunft des Leiters toleriert, da sie dem Hauptziel des Modellprojektes, dem Infektionsschutz, dienlich ist.

Nach Aussagen der MitarbeiterInnen der Externen Dienste haben zur Akzeptanz des Modellprojektes durch die Gefangenen regelmäßig Diskussionen und Meinungsbildungsprozesse im Rahmen des offenen Teestubenangebotes stattgefunden. Die am Modellprojekt teilnehmenden Gefangenen diskutierten kontrovers mit Gefangenen, die eine offizielle Teilnahme ablehnten und sich informell mit Spritzen versorgen ließen. Überrascht waren einige MitarbeiterInnen über die Vehemenz, mit der einige Gefangene ihre Befürchtungen nachteiliger Folgen für ihre Haftsituation vorgetragen haben. In diesem Zusammenhang haben die MitarbeiterInnen eine vermittelnde Rolle gespielt, in dem über die Spritzenabgabe im anstaltlichen Kontext aufgeklärt wurde.
Als wesentliche Barriere in der Annahme des Modellprojektes und einer aktiven Teilnahme wird die durch viele Gefängnisaufenthalte und -erfahrungen geprägte, tief verwurzelte Mißtrauenshaltung vieler Gefangene gegenüber vollzuglichen Maßnahmen identifiziert. Zum Abbau dieses Mißtrauens ist die Beobachtung guter Erfahrungen im Sinne einer Konsequenzlosigkeit der Teilnahme am Modellprojekt für den eigenen Vollzug bei Mithäftlingen erforderlich.
Die Tatsache einer informellen Teilnehmerschaft am Spritzenumtauschprojekt durch einige Gefangene wird abgewogen mit der tatsächlichen Erreichbarkeit der Gefangenen für die infektionsprophylaktischen Maßnahmen. Als

Ergebnis dieses Abwägungsprozesses erhält die möglichst hohe Reichweite der Modellprojektmaßnahmen höhere Priorität. Dabei wird bei einem Teil der Gefangenen ein Gesundheitsbewußtsein und auch ein Gesundheitsverhalten beobachtet, das sich an der Weitergabe nur steriler Spritzen festmacht. Darüber hinaus wird die anstaltliche Aufklärungsarbeit über die Ziele des Modellprojektes als unzureichend für eine umfangreichere Einbindung drogenabhängiger Inhaftierter bewertet.

**Machbarkeit der Maßnahme zur Infektionsprophylaxe**

Für die Bewertung der Machbarkeit des Modellprojektes in den beiden Anstalten ist der Prozeß der praktischen Integration der außerhalb des Vollzuges bewährten infektionsprophylaktischen Maßnahmen von großer Bedeutung: Wie läßt sich eine kontrovers betrachtete Maßnahme in ein kontrollorientiertes System wie den Justizvollzug einbinden? Welche organisatorischen, rechtlichen, personellen, praktischen und technischen Konsequenzen ergeben sich für den Vollzug durch die Adaption eines Spritzenumtausches und einer lösungsorientierten Thematisierung von Infektionsrisiken und Drogenkonsum in Haft? Die Ausführungen zur Beurteilung der Machbarkeit der Maßnahme stellen schwerpunktmäßig eine Reflexion der verschiedenen Statusgruppen der Justizvollzugsanstalten dar.

**Vorbereitung und Implementation des Modellprojektes**

Im Prozeß der Implementierung des Modellprojektes wird deutlich, daß der Entscheidung für diese innovative Maßnahme eine lange und kontinuierliche Auseinandersetzung der beiden Anstalten mit der Problematik von Drogenkonsum und Infektionskrankheiten in Haft vorausgegangen ist: Langjährige Erfahrungen in der vollzuglichen Arbeit mit drogenkonsumierenden Inhaftierten kulminierten in einem offensiven Umgang mit den verschiedenen, widersprüchlichen Dimensionen (Gesundheitsfürsorge vs. Sicherheitsauftrag, Abstinenzorientierung in der Suchtberatung vs. Anerkennen der Realität eines verbreiteten Drogenkonsums etc.) bei der Problemwahrnehmung aus der Praxis. Mit der vom Niedersächsischen Justizministerium eingesetzten Expertenkommission konnte Fachwissen aus den Bereichen Vollzug, Administration, externe Fachdienste der Drogen- und Aids-Hilfe, Medizin und Forschung gebündelt in einen Prozeß der Risikobewertung eingebracht werden. Fachlich begründete und praktikable Modelle zur Risikovermeidung/-bewältigung wurden erarbeitet. Damit war eine rationale Grundlage

für einen politischen Entscheidungsprozeß im Umgang mit identifizierten Gesundheitsrisiken erstellt. Die Praxisorientierung der Expertenempfehlung unterstützte die Entwicklung einer Planungssicherheit für die Politik. Die in den beiden Anstalten vorhandenen Kompetenzen und Erfahrungen im Zusammenhang von „Drogenkonsum und Infektionsgeschehen“ wurden in den Prozeß der Projektvorbereitung und -umsetzung einbezogen: Eine Mitwirkung des Personals wurde ausdrücklich gefordert und unterstützt. Der Meinungsbildungsprozeß in Bezug auf die Einführung eines Modellprojektes erfolgte sowohl in anstaltsinternen Arbeitskreisen, als auch im intensiven Austausch mit den beiden Schweizer Modellprojekten in Hindelbank und Oberschöngrün. Der fachliche Austausch organisiert über gegenseitige Besuche und Hospitationen von Bediensteten aller Hierarchieebenen hat zudem während des Verlaufs des Modellprojektes zu einer fachlichen Begleitung und Sicherheit durch gegenseitige Beratungen geführt.

Der Entscheidungsfindungsprozeß für die Installation des Modellprojektes fand auf allen Beteiligtenebenen statt. Der Entscheidungsweg war deshalb nicht hierarchisch von Politik über Administration zum Vollzug ausgerichtet, sondern basisorientiert und wechselseitig.
Die Zielgruppenorientierung der präventiven Botschaften und Maßnahmen in beiden Anstalten drückt sich aus in einer Beteiligung der Gefangenen über Befragung zur Teilnahmebereitschaft, Einschätzungen und Vorschläge zu konkreten Modalitäten der Spritzenvergabe. Externe Fachkräfte und -organisationen (Externe Drogenberatung, Aids-Hilfe und Selbsthilfegruppe JES) sind im Interesse von Authentizität und Lebensweltnähe in den Vorbereitungs- und Durchführungsprozeß des Modellprojektes einbezogen worden.
Eine Transparenz und Abstimmung in der Fachöffentlichkeit war im Vorbereitungsprozeß beabsichtigt. Politische Fachgremien und verantwortliche PolitikerInnen und juristische Verantwortungsträger wurden im Prozeß der Konzeptionsentwicklung der Anstalten informiert, um einen breiten Konsens und Unterstützung zu erhalten.

Die beiden Anstalten des Modellprojekts haben unterschiedliche, den anstaltlichen Zielsetzungen und Gegebenheiten angepaßte Modalitäten der Spritzenvergabe gewählt (Automaten- und Handvergabe innerhalb einer Teestube). Gemeinsam ist beiden jedoch eine Integration in die jeweilig vorhandenen anstaltlichen Drogenhilfe-Konzeptionen und ein Verständnis von „Infektionsprophylaxe“ im Kontext einer umfangreicheren Gesundheitsförderung. Diese sieht neben der instrumentellen Prävention auch personal-

kommunikative Strategien vor: durch regelmäßige und punktuelle Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen (Drogennotfallhilfe, safer-sex/safer-use-Beratung, regelmäßige Berichte auf den Dienstbesprechungen etc.) sowohl für die Gruppe der Bediensteten, als auch für die Inhaftierten, soll eine Akzeptanz des Modellprojektes gefördert und ein verbessertes Wissen über die gesundheitlichen und sozialen Zusammenhänge von „Drogenabhängigkeit und Infektionskrankheiten" vermittelt werden. Veränderte Einstellungen sollen schließlich zu risikobewußterem Verhalten der Zielgruppe beitragen. In beiden Anstalten sind diese flankierenden Präventionsmaßnahmen von den jeweiligen Zielgruppen angenommen worden.

**Machbarkeit aus Sicht der Bediensteten**

**JVA für Frauen in Vechta**

Unter den Aspekten zeitliche Erreichbarkeit und Funktionsfähigkeit der Automaten sowie organisatorische Ablaufbedingungen wird die Machbarkeit des Projektes reflektiert. Nach anfänglichen technischen Schwierigkeiten wird zwischenzeitlich die Funktionsfähigkeit der Automaten als überwiegend zuverlässig eingestuft. Die im Haftalltag gegebenen Beschränkungen der Zugänglichkeit der Automaten wird durch vorkehrende individuelle Strategien der Projektteilnehmerinnen kompensiert und deshalb als problemlos beschrieben.
Es existiert eine Übereinstimmung darüber, daß es keine umfassende Anonymität der Projektteilnahme bzw. der Projektteilnehmerinnen geben kann. Aufgrund der Einsehbarkeit der Utensilien im Haftraum und der sozialen Nähe im Haftalltag wird der Status „Drogenabhängig" zum Alltagswissen für Bedienstete und Mitinhaftierte. Die Spritzenabgabe via Automaten wird unter Anonymitätsgesichtspunkten dahingehend eingeschätzt, daß zumindest potentiell der Spritzentauschvorgang unentdeckt vonstatten gehen kann. Die genannten Einschränkungen der Anonymitätsbestrebungen werden von den Projektteilnehmerinnen als unproblematisch und praktikabel angenommen. Es wird vermutet, daß dem Anonymitätsgesichtspunkt in der Alltagspraxis wenig Bedeutung zugemessen wird und daß trotz eines eingeschränkten vertraulichen Umgangs mit dem Modellprojektgeschehen im täglichen Miteinander eine Akzeptanz dieser Bedingungen bei den Inhaftierten vorliegt. Eine mögliche individuelle Gewichtung des Anonymitätsanspruchs ist, daß zwar das Handeln im Zusammenhang mit den Modellprojektmaßnahmen sichtbar sein kann, daß es aber kein namentliches Registrieren gibt. In der Beurtei-

lung von Anonymität zwischen Bediensteten und Inhaftierten hat der alltägliche Umgang mit der Kontrollfunktion der Bediensteten eine hemmende Funktion für die Durchführung der Modellprojektmaßnahmen unter vollkommen anonymen Bedingungen.
Der Vergabemodus wird unter folgenden Beurteilungskriterien bewertet:

- Die Bedingung eines technisch einwandfreien Funktionierens für einen erfolgreichen Ablauf der Maßnahme wird als übergeordnete Prämisse betont.
- Die Automatenregelung kann eine selbstbestimmte und unabhängige Praxis der Projektteilnehmerinnen gewährleisten, indem die Tauschmomente und -frequenzen anonym ablaufen können.
- Die Erreichbarkeit der Automaten und damit eine lückenlose Versorgung mit sterilen Einwegspritzen wird als gewährleistet und ausreichend beschrieben.

Die Regeln des Spritzenumtauschprogramms werden seitens der Gefangenen in hohem Maße eingehalten. Bei der geringen Zahl von bislang vorgekommenen Regelwidrigkeiten werden Veränderungen der Sanktionspraxis im Projektverlauf angesprochen: Die anfängliche formale Verhängung von Sanktionen ist nach Angaben einzelner Bediensteter eher einer mündlichen und informellen Aufforderung zur Regeleinhaltung gewichen. Als Grund für den Verzicht auf formale Reaktionen und eine großzügige Praxis wird ein verantwortlicher Umgang der Gefangenen mit Spritzen und ein Überwinden der Unsicherheit auch bei Bediensteten angeführt. Die eindeutig festgestellten Grenzen der Anonymitätsgewährung münden in die Frage nach der Praxis von Kontrollverhalten durch die Bediensteten seit Einführung des Modellprojektes und daraus resultierenden möglichen vollzuglichen Konsequenzen für die betroffenen Inhaftierten. Es wird davon ausgegangen, daß sich das Kontrollverhalten seit Beginn der infektionsprophylaktischen Maßnahmen nicht verändert hat, obwohl die Anlage des Projektes eine leichte Einsehbarkeit begünstigt, d.h. obwohl potentiell die Kontrollmöglichkeiten bezogen auf den Status ‘drogenabhängig’ durch das Projekt vergrößert worden sind. Es scheint sich keine neue, auf das Modellprojekt bezogene Kontrollpraxis etabliert zu haben, entsprechend der in der Umsetzungskonzeption der Anstalt vorgesehen Handlungsanweisungen für die Bediensteten. Deutlich wird allerdings das Konfliktpotential, das sich durch mögliche Verhaltensunsicherheiten auf Seiten der Bediensteten und mißtrauisches Vorsichtsverhalten auf Seiten der Inhaftierten ergibt.

Im Interesse von Differenzierungsmöglichkeiten in der Unterbringung unterschiedlicher Inhaftiertengruppen werden befürwortende Voten für Zugangsbeschränkungen des Projektes laut. Es erscheint sinnvoll und nachvollziehbar, daß bestimmte Bereiche automatenfrei gestaltet werden. Widersprüchliche Betrachtungsweisen der Ausschlußsituation der Substituierten werden dargelegt. Obwohl die Gründe für eine Sonderregelung für die Substituierten theoretisch nachvollzogen werden kann, existieren Zweifel an dem realen Verhalten der Betroffenen, und das Vorkommen von Beikonsum wird eingeräumt. Es wird bislang von einer individuellen Lösung der widersprüchlichen Situation dieser doppelten Realität von betroffenen Substituierten ausgegangen. Die Forderung nach Integration der Substituierten in die Modellprojektmaßnahmen mit dem Ziel einer lückenlosen Prophylaxe wird formuliert.
Gerade weil die Drogenkonsumproblematik im Vollzug nicht grundsätzlich bearbeitet werden kann, wird mit dem Modellprojekt ein basales Angebot der effektiven Gesundheitsverbesserung vorgehalten.

**JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe**

Der Anonymitätsbegriff wird durch individuelle Deutungen unterschiedlich interpretiert. Entsprechend variieren die Einschätzungen zur Gewährleistung von Anonymität der Teilnahme am Spritzenumtauschprojekt: Einerseits wird eine Umsetzung des Anonymitätsanspruchs im System Justizvollzug grundsätzlich in Frage gestellt. Andererseits scheint ein anonymisierter Umgang mit den Modellprojektmodalitäten durch ein diskretes Verhalten in der Praxis realisierbar. Aufgrund der Enge des Zusammenlebens ergibt sich eine soziale Kontrolle, die eine Anonymität unter Inhaftierten tendenziell verunmöglicht.
Angesichts des zahlenmäßig großen Rücklaufs gebrauchter Spritzen wird die Entscheidung für den gewählten Vergabemodus als in der Praxis bestätigt eingeordnet. Die Verantwortungsübernahme der Inhaftierten für die sorgfältige Rückgabe gebrauchter Spritzen wird an der Kontaktsituation mit größerer sozialer Verbindlichkeit beim Tauschen festgemacht, die eine Automatenabgabe nicht gewährleistet. Es wird der Vorteil hervorgehoben, daß beim Tauschen eine Gesprächsmöglichkeit vorhanden ist, die bei Bedarf von den Betroffenen genutzt werden kann. Kritische Bemerkungen zum gewählten Vergabemodus orientieren sich an den wahrgenommenen Grenzen der Anonymität. Die medizinische und formale Prozedur wird als so hochschwellig eingestuft, daß die Annahmebereitschaft der Inhaftierten darunter leidet.

Eine weitgehende Einhaltung von Regeln des Spritzenumtauschprojektes durch die Gefangenen wird konstatiert, was entsprechende Sanktionierungsroutinen erübrigt. Gelegentlich vorgekommene Regelverstöße im instrumentellen Bereich des Modellprojektes, wie beispielsweise eine unsachgemäße Lagerung von Spritzen, werden nach individuellen Maßstäben der verantwortlichen Bediensteten eingeordnet und mit entsprechenden Reaktionen belegt. Die Palette an möglichen Sanktionen reicht von diskreten informellen Zurechtweisungen der betroffenen Teilnehmer bis hin zu formalen Vorgängen, auf die unter Umständen mit Verweisen reagiert wird.

**Machbarkeit aus der Sicht des Suchtberatungsdienstes, der Anstalts- und Vollzugsleitungen und der Externen Dienste**

**JVA für Frauen in Vechta**

*Der Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes*

Der befragte Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes bewertet als Stärke der anstaltlichen Projektorganisation die Einrichtung der 'Arbeitsgruppe Spritzentausch', die über die gesamte Phase des Modellprojektes mit Vor- und Nachbereitung ein Gremium zum Austausch, zur Entscheidung, zur Weiterentwicklung bildete und als produktiv und unterstützend empfunden wurde. Als entscheidend wurde die Tatsache hervorgehoben, daß sich die Arbeitsgruppe aus VertreterInnen aller Abteilungen zusammensetzte. Eine Integration in den Arbeitsalltag der Bediensteten offenbart sich seiner Meinung nach in einer Verankerung sowohl der Projektidee, als auch der Projektpraxis im Vollzugsalltag. Trotz anfänglicher Verhaltensunsicherheiten der Bediensteten in der Umsetzung der anstaltlichen Handlungsorientierung zum Modellprojekt hat sich der Prozeß der Verankerung seit Projektbeginn überraschend schnell vollzogen. Eine Stabilisierung und Arbeitsroutine hat sich allerdings erst während der Gesamtprojektlaufzeit ergeben. Die Annahmebereitschaft durch die Bediensteten ging mit einem Umwertungsprozeß einher. Der Symbolcharakter von Spritzen als verbotener Gegenstand und Indiz für verbotenen Drogenkonsum mußte umdefiniert werden als erwünschtes Präventionsinstrumentarium für einen weiterhin verbotenen Drogenkonsum. Das Spagat zwischen Gesundheitsschutz einerseits und Kontrollauftrag andererseits mußte vollzogen und ausgehalten werden. Nach Einschätzung des Suchtberatungsdienstmitarbeiters scheint sich der Stellenwert der Spritze als potentieller Bedrohungsgegenstand unter den alltäglichen Erfahrungen im

Modellprojekt bei den Bediensteten relativiert zu haben. Die Spritze nimmt keinen Sonderstatus ein, sondern ist nur einer von vielen möglichen Gegenständen, die zu Bedrohungszwecken mißbraucht werden können.
Als Ausdruck der Machbarkeit der Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe wertet der Mitarbeiter des SBD ein verändertes soziales Klima in der Anstalt, das Drogenkonsum als anstaltliche Realität wahrnimmt, anerkennt und zum Gegenstand von Gesprächen macht. Es wird die Vermutung ausgesprochen, daß sich das Gesamtverständnis für die gesundheitliche Lage drogenabhängiger Gefangener erweitert hat.
Nachdem zu Beginn des Projektes sehr viele Unsicherheiten in Bezug auf eine Regeleinhaltung bei den Inhaftierten herrschten, hat sich die Lage im Laufe des Projektes entspannt. Förderlich für diesen Prozeß war neben der Erfahrungs- und Eingewöhnungszeit mit Grenzprüfungen auch eine verstärkte Auseinandersetzung mit den Projektteilnehmerinnen, z.B. über einen Appell an die Verantwortung der Inhaftierten und auch über das Vertretungsgremium der Inhaftierten 'Gefangenenmitverantwortung' (GMV).
Die in der Projektlaufzeit erfolgten ‚besonderen Vorkommnisse' beziehen sich im wesentlichen auf zwei ständig wiederkehrende Regelverstöße: regelwidrige Spritzenlagerung und unerlaubter Spritzenbesitz. Insgesamt läßt sich für die gesamte Laufzeit des Projektes weder eine deutliche Erhöhung noch ein Absenken der 'Besonderen Vorkommnisse' verzeichnen. Es wird ein Zusammenhang hergestellt zwischen dem Drogenangebot in der Anstalt und Regelverstößen: Bestimmte Fehlverhaltensweisen und Nachlässigkeiten werden mit der Wirkung von Drogen erklärt. Weitere Auffälligkeiten und insbesondere Bedrohungsszenarien haben sich nicht ergeben.

Der Suchtberatungsdienstmitarbeiter spricht die Meinung vieler Inhaftierter aus, wonach die Anonymität der Automatenvergabe als beschränkt betrachtet wird. Diese Erkenntnis wurde seiner Meinung nach allerdings relativiert, nachdem eine zweiwöchige Hand-zu-Hand-Vergabe wegen Funktionsstörungen der Automaten eingeführt werden mußte. Die geringe Inanspruchnahme der Spritzenabgabe durch den medizinischen Dienst als Ersatzangebot bestärkte die Anstalt in der Wahl des Tauschmodus'. Der Abgabemodus via Automaten hat sich trotz geringer Einschränkungen grundsätzlich bewährt. Darüber hinaus besteht auch kein Wissen über eine alternative Abgabeform unter den vorgefundenen Anstaltsbedingungen, die ein größeres Maß an Anonymität gewährleisten könnte.

Während der Ausschluß aus dem Modellprojekt von Gefangenen der Mutter-Kind-Abteilung nachvollzogen werden kann und als gerechtfertigt bezeichnet wird, ergibt sich eine detaillierte fachliche Kritik am Teilnahmeverbot der anderen Gruppen. Weder kann von einer absoluten Drogenfreiheit in der Aufnahmeabteilung, dem Offenen Vollzug und dem Freigang ausgegangen werden, noch kann eine Praxis des Beikonsums in der Gruppe der Substituierten ignoriert werden. Weitere Indizien eines vorhandenen Rückfallgeschehens bei Substituierten sind Verhaltensauffälligkeiten und Spritzenfunde. Der Befragte verweist in diesem Zusammenhang auf ein weiteres Ziel des Modellprojektes, den Status der Spritze als Handelsware zu eliminieren. Insgesamt mündet seine Betrachtung in ein deutliches Votum für einen Einbezug dieser Gruppen bzw. Bereiche in den Spritzenumtausch. Er belegt seine Ansicht vor allem für die Gruppe der Substituierten mit Infektionsschutznotwendigkeiten.

*Der Anstaltsleiter*

Die Machbarkeit der Infektionsprophylaxe im Sinne einer vollzugspraktischen Umsetzbarkeit des Modellprojektes wird im Hinblick auf folgende organisatorische und interaktionelle Aspekte durch den Leiter bewertet:
Gerade durch die Erfahrung in der JVA für Frauen in Vechta sowohl mit der Automatenvergabe als auch mit der Hand-zu-Hand-Vergabe in Zeiten defekter Automaten läßt sich im Vergleich eine sichere Bewertung der jeweiligen Praktikabilität vornehmen. Die Praxisprüfung beider Verfahren weist nach Meinung des Leiters darauf hin, daß das Vergabeverfahren via Automaten trotz möglicher Technikdefekte der letztendlich einzig machbare und von den drogenabhängigen Inhaftierten akzeptierte Vergabemodus zu sein scheint.

Als Problembereiche und Zwischenfälle des Modellprojektes werden ausschließlich technische Defekte und Störanfälligkeiten der Automaten vor allem in der ersten Projektphase benannt. Mit der anfänglichen technischen Unzuverlässigkeit der Automaten gingen Verunsicherungen der Nutzerinnen einher und störten das Modellprojekt in seinem gesamten Ablauf sensibel bis hin zu Überlegungen, auf andere Vergabeformen grundsätzlich ausweichen zu müssen. Eine reibungslose, kontinuierliche Versorgungsmöglichkeit mit sterilen Spritzen stand angesichts der Störanfälligkeit der Automaten in dieser Zeit für die Betroffenen in Frage. Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Maßnahme manifestierten sich an den Störfällen und bestimmten ein Klima

allgemeiner Unzufriedenheit und Unruhe mit der Spritzenvergabe, das allmählich durch eine inzwischen hergestellte technische Zuverlässigkeit abgebaut werden konnte. Die besonders von KritikerInnen antizipierten Problembereiche ‚Spritzen als Waffe' und ‚Ansteigen des Drogenkonsums' konnten durch die Erfahrungen mit der Modellpraxis entkräftet werden. Der Anstaltsleiter weist darauf hin, daß es nicht zu tätlichen Angriffen mit Spritzen von Inhaftierten Bediensteten oder anderen Inhaftierten gegenüber gekommen ist, und daß sich der Drogenkonsum seit Einführung des Modellprojektes nicht wahrnehmbar gesteigert hat.

Der Anstaltsleiter bewertet die Maßnahmen des Modellprojektes als eine Erweiterung und inhaltliche Akzentuierung der anstaltlichen Drogenhilfeangebote, die auf eine weitergehende Erreichbarkeit des Klientels, der Akzeptanz und der Haltekraft der Drogenhilfe verweisen können. Die Versorgungslage der drogenkonsumierenden Inhaftierten wird durch die Angebote des Modellprojektes als bedarfsgerecht verbessert wahrgenommen, indem eine ganz neue Qualität niedrigschwelliger Arbeit entstanden ist. Die polarisierende Bewertung von Abstinenzorientierung versus Suchtbegleitung in der ursprünglichen psychosozialen Arbeit mit Drogenabhängigen im Justizvollzug wird aufgehoben und beide Ansätze als sich ergänzende Maßnahmen gewürdigt. Darüber hinaus wird im Zusammenhang mit dem Modellprojekt ein weitergehender Hilfebedarf als Perspektive und Entwicklungsaufgabe thematisiert: die kontrollierte Originalstoffvergabe an Drogenabhängige, der ein Effekt der Entkriminalisierung und Haftvermeidung Drogenabhängiger genauso zugeschrieben wird wie einer bedarfsgerechteren Versorgung drogenabhängiger Inhaftierter.

Zum Umgang mit dem Ausschluß der Substituierten wird eine ambivalente Position vorgetragen. Die Entscheidung zum Partizipationsverbot der Substituierten beruht auf einer rechtlichen Abwägung und ist Bestandteil des ministeriellen Erlasses zum Modellprojekt, der als rechtliche Basis für die Modellprojektpraxis in der Anstalt verbindlich ist. Gleichwohl bleibt über alle Interviewzeitpunkte ein offenes Problembewußtsein bei der Einschätzung der Situation der Substituierten für dem Anstaltsleiter entscheidend. Der Befragte thematisiert immer wieder den Widerspruch zwischen einem existierenden Gesundheitsrisiko durch die bekannte Praxis des Beikonsums und der Ausschlußsituation.

Nach Auskunft des Leiters hat sich die vor Beginn des Modellprojektes rechtlich geklärte Verfahrensweise der Projektteilnahme jugendlicher Dro-

genkonsumentinnen durch Einholung der Erlaubnis der Erziehungsberechtigten in der Praxis als unproblematisch bewährt. Der präventive Nutzen einer Teilnahmemöglichkeit am Spritzentausch gerade jugendlicher Drogenkonsumentinnen wird hervorgehoben.

Für die Entwicklung des Verhältnisses drogenabhängiger und nicht-drogenabhängiger Inhaftierter in Richtung sozialer Entspannung waren vor allem die anstaltlichen Maßnahmen der baulichen Erweiterung des Wohnraumangebotes und damit der Differenzierungsmöglichkeiten unter der Laufzeit des Modellprojektes von Bedeutung. Darüber hinaus konnte das von den nicht-drogenabhängigen Inhaftierten geäußerte Empfinden der Vernachlässigung ihrer Bedürfnisse und Interessen seitens der Anstalt zugunsten der drogenabhängigen Gefangenen und des Modellprojektes durch spezifische Angebote für die Nicht-Drogenabhängigen aufgehoben werden.

Neben der politischen Verantwortungsübernahme bescheinigt der Befragte dem Niedersächsischen Ministerium der Justiz eine produktive Unterstützung der Praxis des Modellprojektes. Er definiert die Kommunikationsstrukturen mit den politisch für das Modellprojekt Verantwortlichen unter der Laufzeit des Projektes als offen, interessiert und fördernd. Gleichzeitig betont er den Nutzen eines offenen politischen Diskurses für eine Modellmaßnahme. Zum einen fördert dieser die Auseinandersetzung mit Argumentationen und Praxiseinschätzungen aus unterschiedlichen politischen Überzeugungen und zum anderen einen Praxis-Politik-Austausch dieser vollzugspraktischen Präventionsmaßnahme. Der Befragte wertet die positive Resonanz von VertreterInnen verschiedener politischer Parteien als Ausdruck einer Annahmebereitschaft des Spritzenumtauschprojektes durch eine breite Öffentlichkeit.

**JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe**

*Der Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes*

Der befragte Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes stellt eine erfolgreiche Einlösung der ursprünglich anvisierten Zielsetzungen des Modellprojektes anhand folgender Entwicklungen fest: Neben einer Integration des Hand-zu-Hand-Vergabemodelles in den Arbeitsalltag werden gesundheitsbezogene Ziele wie Reduktion der Spritzenabszesse, Hepatitiserkrankungen und damit verbundene Verlegungen in das Justizvollzugskrankenhaus genannt. Eine vollzogene praktische Umsetzung der Präventionsmaßnahmen wird konsta-

tiert und eine direkt damit zusammenhängende Erweiterung eines gesundheitsorientierten Verhaltens drogenabhängiger Inhaftierter mit entsprechend niedrigeren Krankenständen in der Anstalt abgeleitet.

Als Beleg für eine grundsätzliche Machbarkeit des Spritzenumtausches wird eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsalltag angeführt. Nach Feststellung des SBD-Mitarbeiters gilt das Modellprojekt als integraler Bestandteil der Drogenhilfeangebote in der Anstalt. Aufgrund einer Unauffälligkeit und Störfreiheit im Arbeitsalltag und dem Ausbleiben negativer Effekte haben die Bediensteten gegenüber der Spritzenvergabe eine neutrale Position eingenommen.

Im Interview wird eine veränderte Lagerungspraxis der Spritzen festgestellt: von einer ursprünglich konzipierten Schranklagerung im Haftraum zu einer ständigen, körpernahen Mitnahme der Spritze in einem Plastikröhrchen durch die Projektteilnehmer. Obwohl diese Praxisänderung einen Regelverstoß darstellt, können die Beweggründe für dieses Verhalten durch den Mitarbeiter des SBD nachvollzogen werden: Eine größere Praktikabilität bedeutet eine unmittelbare Verfügbarkeit bei eventuellen Drogenkonsumgelegenheiten. Eine vermehrte Anonymität ergibt sich darüber, daß so die Bediensteten bei Zellenkontrollen keine Spritze im Schrank vorfinden und somit keinen Anlaß bekommen, auf den Status ‘Drogenkonsument’ rückzuschließen. Eine erhöhte Sicherheit gegen Diebstähle und sonstige Übergriffe von Mitgefangenen wird durch die körpernahe Aufbewahrung hergestellt.
Der informelle Veränderungsprozeß bei der Spritzenlagerung hat auch Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Bediensteten bei Zellenrevisionen. Wenn keine Spritze im Schrank hängt, ist nicht selbstverständlich davon auszugehen, daß man sich in einem Haftraum eines Nicht-Projektteilnehmers befindet. Dementsprechend sind grundsätzlich Vorsichtsmaßnahmen vor Nadelstichverletzungen zu treffen. Allerdings bestand unter den Bediensteten offenbar Konsens, daß weder das Vorhandensein, noch das Fehlen einer Spritze aus dem Modellprojekt im Schrank Anlaß dafür bot, Vorkehrungen der Umsicht, Vorsicht und des Schutzes zu vernachlässigen.

Mit der Praxis des Modellprojektes gehen umfangreiche Auswirkungen auf die Organisation und Arbeit des SBD einher. Das Spritzenaustauschprojekt als schadensminimierende Maßnahme wird als ein integraler Bestandteil eines umfangreichen Drogenhilfeangebotes des Suchtberatungsdienstes für die gesamte Anstalt bewertet. Damit entspricht die Realität der Modellmaßnahmen ihrer ursprünglichen Konzeption, die vorsah, nicht abgelöst von

anderen Angeboten und Zielsetzungen eine Maßnahme zu ergreifen, sondern eine notwendig gewordene Ergänzung der Drogenhilfekonzeption und -praxis um den Aspekt der Infektionsprophylaxe vorzunehmen. Konsequenterweise wird die Forderung erhoben, die Spritzentauschmöglichkeit über die Modellphase hinaus als Standardangebot weiterführen zu können und eine Erweiterung der Drogenhilfe in der Hauptanstalt um dieses Angebot zu diskutieren und vorzubereiten. Der SBD-Mitarbeiter schlägt parallel zu ministeriellen Diskussionsprozessen einen Weg der Eigeninitiative aus der Praxis heraus vor, der allein eine authentische, an den anstaltlichen Rahmenbedingungen ausgerichtete konzeptionelle Umsetzung gewährleisten kann.

Neben dem Nutzen für eine bedarfsgerechtere Versorgung der drogenabhängigen Inhaftierten durch den Spritzentausch wird ebenfalls eine Problemsicht im Hinblick auf die personelle Organisation angesprochen. Eine erhöhte personelle Bindung durch das Modellprojekt besonders in der personenorientierten Vergabeform wird deutlich gemacht: kontinuierliche Präsenz, Abstimmung mit KollegInnen, Koordinationstätigkeit, Repräsentation der innovativen Praxis. Die Aufrechterhaltung der übrigen bzw. die Entwicklung neuer Angebote für andere Zielgruppen der Drogenhilfe ist ohne zusätzliche Personalmittel nur eingeschränkt möglich und hängt offenbar in entscheidendem Maße vom besonderen Engagement einzelner MitarbeiterInnen ab. Der zusätzliche Einsatz von MitarbeiterInnen kann zwar über die Dauer einer Modellphase aufrechterhalten werden, ein Transfer in den anschließenden Arbeitsalltag erfordert allerdings neben dem Wegfall modellspezifischer Tätigkeiten (Statistik, Anmeldeverfahren etc.) personalorganisatorische Überlegungen.

Der Ausschluß der Substituierten vom Spritzenumtauschprojekt wird von dem befragten Mitarbeiter des SBD inhaltlich begründet und akzeptiert. Seine fachliche Sicht geht dahin, daß die Substitutionsbehandlung auf einer Vertragsbasis durchgeführt wird, die Beikonsum als medizinisch kontraproduktiv außerhalb wie innerhalb der Anstalt ausschließt. Seine Argumentation geht von einer Entscheidungsfähigkeit der Gefangenen für oder gegen eine Substitution aus. Realistischerweise werden Rückfallsituationen angesprochen, ihre Bewältigung wird jedoch im Rahmen eines Selbstmanagements des Betroffenen erwartet. Der Befragte sieht keinen Regelungsbedarf hinsichtlich eines womöglich infektiologisch bedenklichen Beikonsums.

*Der Vollzugsleiter*

Die Machbarkeit einer Spritzenvergabe als Maßnahme der Infektionsprophylaxe im Justizvollzug wird nach der zweijährigen Erprobungsphase in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe als erfolgreich bewertet, weil das Modellprojekt ohne Auswirkungen auf den Ablauf des Vollzugalltags und ohne Auffälligkeiten in seiner Praxis zur Normalität geworden ist.

Der Vergabemodus der Spritzen von Hand zu Hand wird als praktikabel und mit den anstaltlichen Interessen einer Kontrollierbarkeit des Spritzenrücklaufes konform bewertet. Die in der Modellprojektlaufzeit erreichte hohe Rücklaufquote gebrauchter Spritzen wird als Bestätigung angeführt. Einer anderen Vergabeform wird diese Qualität für die eigene vollzugliche Realität nicht zugebilligt.
Trotz der grundsätzlichen Befürwortung der Hand-zu-Hand-Vergabe durch die Anstalt werden Annahmeprobleme dieses personenorientierten Verfahrens bei einzelnen Gefangenen festgestellt. Relativierend wird angeführt, daß die Anstalt durch die Einführung des Spritzentausches eine prinzipielle Chancengleichheit für alle drogenabhängigen Inhaftierten zur Partizipation an einem Präventionsangebot geschaffen hat. Darüber hinaus setzt der Befragte auf positive Erfahrungswerte von Projektteilnehmern mit der Lockerungspraxis und sieht optimistisch einer langsamen Steigerung des Vertrauens und der Akzeptanz entgegen.
Obwohl es sich bei der über die Modellprojektzeit eingeschliffenen Praxis eines ständigen Spritzenmitführens durch die Projektteilnehmer um ein grundsätzlich regelwidriges Verhalten handelt, da die Konzeption eine Spritzenlagerung im Schrank im Haftraum vorsieht, hat der Befragte Verständnis für diese Entwicklung. Er betont eine bestehende Flexibilität der konzeptionellen Rahmenbedingungen des Modellprojektes, wie es der Erprobungscharakter der Maßnahmen verlangen würde. Er bewertet die Modellprojektlaufzeit als Prüfphase der ursprünglichen Konzeption und spricht sich für eine Veränderung aus, wenn Zielgruppeninteressen dies erfordern würden.

Da der personenorientierte Vergabemodus des Spritzentausches konzeptionell den Arbeitszielen des anstaltsinternen Suchtberatungsdienstes entspricht, ließ er sich als konsistenter Bestandteil in das Drogenhilfeangebot einbinden. Die Beziehungsorientierung trifft auf das Interesse, auch über den Spritzentausch einen verbindlichen Kontakt zu den Projektteilnehmern aufzubauen, der es ermöglichen soll, über andere Hilfeformen in ein Gespräch zu kom-

men bzw. höherschwellige Angebote mit Abstinenzorientierung anzuvisieren.

Als der vollzugspraktischen Umsetzung der innovativen Präventionsmaßnahme in hohem Maße förderlich wird die Vernetzung mit der Männerhaftanstalt Oberschöngrün/Schweiz von dem befragten Leiter angeführt. Seiner Meinung nach hat die überregionale Orientierung zur Entwicklung einer eigenen stabilen Position der Mitarbeiterschaft zum Modellprojekt beigetragen. Gleichzeitig beeinflußte die Hospitationstätigkeit einzelner MitarbeiterInnen produktiv die Integration der Maßnahme des Spritzentausches in den Arbeitsalltag.

*Die MitarbeiterInnen der Externen Dienste*

Die konzeptionell vorgesehene stärkere Einbindung der Teestube als Kontakt- und Anlaufstelle in die Arbeit des Suchtberatungsdienstes wird nach Auffassung der MitarbeiterInnen nicht genügend umgesetzt. Die Teestube wird von den Gefangenen mit dem einmal wöchentlichen Angebot der AIDS-Hilfe gleichgesetzt. Eine Nutzungserweiterung wäre mit der gegenwärtigen Personalausstattung des Suchtberatungsdienstes nicht umsetzbar.
Einer Kritik der AIDS-Hilfe unterliegt die schlechte Ausstattung der Teestube**,** für die keine zusätzlichen Mittel bereitstehen. Ohne Eigenmittel der AIDS-Hilfe wäre eine wöchentliche Nutzung für ihre Präventionsarbeit nicht möglich gewesen.

**Organisatorisch-praktische Aspekte der Machbarkeit**

**JVA für Frauen Vechta**

Mit einer Zahl von 169 drogenabhängigen Frauen, die Teilnehmerinnen am Modellprojekt waren, ergibt sich eine hohe Reichweite des Modellprojektes. Die Menge der täglich entnommenen Spritzen unterlag erheblichen Schwankungen, die das diskontinuierliche Drogenangebot in der Anstalt widerspiegeln. Der Vergabemodus der Spritzen über Automaten war geprägt durch Phasen von Funktionsstörungen, die letztendlich einen durchschnittlichen Nutzungsgrad von 81% ergaben. Aufgrund einer kurzzeitigen Deinstallation der Automaten wegen technischer Störungen wurde ein alternativer Vergabemodus der Hand-zu-Hand-Vergabe durch den medizinischen Dienst eingeführt. Dieses Verfahren hat sich aufgrund mangelnder Akzeptanz durch die Inhaftierten nicht bewährt. Bei einer Gesamtentnahme von 16.390 Spritzen ergab sich eine hohe Rücklaufquote, d.h. daß sich die Befürchtung eines ver-

breiteten unsachgemäßen Umgangs bzw. einer illegalen Lagerung nicht bestätigt hat. Die Entwicklung besonderer Vorkommnisse in der Projektlaufzeit beschränkte sich im wesentlichen auf Regelverstöße im Zusammenhang mit der Spritzenlagerung am falschen Platz und des unerlaubten Besitzes von Spritzen (z.B. bei Substituierten). Darüber hinaus gab es keine Bedrohung der Bediensteten oder Mitinhaftierten durch Spritzen. Es wurde keine Projektteilnehmerin aufgrund von Fehlverhalten aus dem Spritzenumtauschprogramm ausgeschlossen. Bei einer gleichbleibenden Routine von Haftraumkontrollen ergaben sich in der Projektlaufzeit keine auffällig vermehrten Drogenfunde als Indikator eines befürchteten Anstiegs des Drogenkonsums. Der Aufbau eines Spritzenumtauschprojektes als weiterer Baustein der Suchtkrankenhilfe im Vollzug hat keinen negativen Einfluß auf die Vermittlung in weiterführende Behandlungsmaßnahmen genommen. Es läßt sich im Gegenteil feststellen, daß es insgesamt Zunahmen in der Vermittlung in andere therapeutische Maßnahmen gegeben hat.

**JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe**

Mit einer Gesamtzahl von 83 verschiedenen Projektteilnehmern wurde nur ein Teil der geschätzten Drogenkonsumenten in Haft offiziell durch die Modellprojektmaßnahmen erreicht. Mehrere Indikatoren (Zahl getauschter Spritzen, Aussagen verschiedener Befragtengruppen) sprechen für die Existenz einer Gruppe von drogenabhängigen Gefangenen, die informell am Spritzenumtausch partizipieren. Bei einer Menge von 4.517 ausgegebenen und 76 nicht zurückgegebenen Spritzen wurde eine Rücklaufquote von 98,3% erreicht. Die Praxis der Spritzenvergabe in einem Hand-zu-Hand-Verfahren offenbart Vor- und Nachteile. Zum einen erscheint der personenorientierte Vergabemodus für einige Gefangene hochschwellig, was zu Akzeptanzproblemen und Teilnahmeverweigerungen in der Modellprojektlaufzeit geführt hat. Zum anderen wurde die konzeptionelle Zielsetzung einer intensiveren Kontaktaufnahme zu drogenkonsumierenden Gefangenen zum großen Teil erreicht: Es läßt sich eine Zunahme der verbindlichen Kontakte zu Drogenkonsumenten durch den Suchtberatungsdienst und eine damit zusammenhängende Steigerung der Zahl der Vermittlungen in weiterführende Hilfeangebote feststellen. Zur Gewährleistung einer Kontinuität des Spritzentausches verlangt das personenorientierte Vergabeverfahren einen hohen personellen Aufwand. Ebenso wie in der JVA für Frauen Vechta haben sich keine vermehrten Auffälligkeiten in Spritzen- oder Drogenfunden oder durch Bedrohungssituationen ergeben. Es sind keine Gefangene aufgrund von Regel-

verstößen aus dem Programm ausgeschlossen worden. Die Lockerungspraxis für die Gruppe der Projektteilnehmer war vergleichbar mit der Gesamtgruppe drogenabhängiger Inhaftierten im geschlossenen Vollzug, d.h. das Modellprojekt hat keinen negativen Einfluß auf die Vollzugslockerungen der Projektteilnehmer ausgeübt.

**Entwicklung des Drogengebrauchsverhaltens der Inhaftierten**

Ausgangsbasis für die gesundheitsorientierten Innovationen des Spritzentauschprojektes war die Erkenntnis eines weit verbreiteten Drogenkonsumverhaltens unter Inhaftierten verbunden mit gesundheitsriskanten Konsumpraktiken und Infektionsgefährdungen (HIV und Hepatitis). Da zu Drogenkonsumverhalten unter Haftbedingungen im Vergleich zu außerhalb wenig gesicherte Informationen vorliegen, haben wir die Praxis und Veränderungen des Drogenkonsums zu verschiedenen Meßzeitpunkten bei den ProjektteilnehmerInnen untersucht. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für die Bewertung der Relevanz präventiver Maßnahmen, die durch das Modellprojekt eingeführt wurden. Das Drogengebrauchsverhalten läßt sich vor dem Hintergrund psychosozialer Lebensbedingungen einordnen und verstehen.

**Ausgewählte soziodemographische Daten**

Die Gesamtstichprobe unserer standardisierten Befragung setzt sich aus insgesamt 142 InsassInnen zusammen, 80 Personen aus der JVA für Frauen in Vechta und 62 Personen aus der JVA für Männer Lingen I Abt. Groß Hesepe. Von diesen Befragten wurden zum zweiten Untersuchungszeitpunkt (t2) insgesamt 82 Menschen erneut befragt, 46 Frauen aus Vechta und 36 Männer aus Lingen. Damit beträgt die Gesamtrücklaufquote 57,7%. Diese Größenordnung liefert eine wissenschaftlich solide Basis für eine Entwicklungserhebung. Die beschriebenen Stichprobengrößen liefern im Rahmen standardisierter Interviews die Datenbasis für eine Verlaufsuntersuchung des Modellprojektes, indem Rückbezüge auf die Informationen aus den jeweils anderen Meßzeitpunkten gewonnen und Veränderungsprozesse nachgezeichnet werden können.

Die von uns erfragten lebensgeschichtlichen Hintergründe vermitteln ein Bild größerer sozialer Vereinzelung und Isoliertheit bei den männlichen Gefangenen. Diese Tendenz zeichnet sich schon in dem weitaus größeren Erleben von Fremdunterbringung in der Kindheit und Jugend ab, setzt sich

mit der überwiegenden Lebenssituation ‘allein ohne Partnerin’ vor Haftantritt fort und bestätigt sich in dem überwiegend genannten aktuellen Beziehungsstatus ‘ledig ohne Partnerin’.

Für die Bildungssituation der Befragten bleibt der Hauptschulabschluß von 51% bei den Insassinnen und 69% bei den Insassen für die Schulausbildung dominant. Bei den Frauen ist darüber hinaus ein Realschulabschluß mit 27,5% vorzufinden. Während also ca. 70% der Befragten über einen Schulabschluß verfügen, und damit das Schulbildungsniveau recht hoch ausfällt, liegt der Anteil von Personen ohne Berufsausbildung für beide Anstalten sehr hoch (52,5% in Vechta, 45,2% in Lingen). Die relativ geringe Berufsqualifizierung spiegelt sich in der Beschäftigungssituation vor Haftantritt wider: Ca. 50% sind arbeitslos. Entsprechend ist die Einkommenssituation vor Haftantritt durch Arbeitslosengeld/-hilfe und Sozialhilfe gekennzeichnet, jedoch unter den Geschlechtern auffällig ungleich verteilt. Die Männer erhalten in deutlich höherem Maße Arbeitslosenhilfe/-geld (ca. 47%), während die Frauen fast im gleichen Umfang (46%) vor Haftantritt von Sozialhilfe lebten. Außerdem bestritten auch 30% der Männer mit einer Vollzeitstelle ihren Lebensunterhalt. Auffällig verdeutlichen diese Ergebnisse, daß die Frauen trotz besserer schulischer Ausbildung und ähnlicher Berufsabschlüsse weniger als die Männer in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt durch eigene Erwerbstätigkeit zu bestreiten. Fraglich bleibt, inwieweit sich in dieser Tendenz nicht ein gesamtgesellschaftlich vorfindbares Geschlechterverhältnis wiederfindet, das weitgehend Frauen in der Verantwortung für Kindererziehung und -versorgung beläßt und damit ökonomische Abhängigkeiten von staatlicher Versorgung bzw. von Partnern bedingt.

*Haftbelastung und Therapieerfahrung*

Die Dauer des Strafmaßes der gegenwärtigen Strafe beträgt im Mittel bei den Insassinnen der JVA Vechta 20,9 und bei den Insassen in Groß Hesepe 33 Monate. In Bezug auf die Gesamtdauer vorheriger Haftaufenthalte mit den entsprechenden sozialen und gesundheitlichen Belastungen der Betroffenen ist bei den Frauen eine Dauer von 20,9 Monaten zu verzeichnen. Bei den Männern ergibt sich eine deutlich erhöhte Erfahrungszeit von 49,3 Monaten. Bedenkt man die Erfahrungen mit Aufenthalten in Maßregelvollzugsanstalten, so erhöht sich die Haftbelastung um ein weiteres. Eine genaue zahlenmäßige Ausssage läßt sich jedoch nicht treffen, weil viele Befragte keine Angaben dazu gemacht haben. Die Gesamtdauer der Haftzeit übersteigt

dabei bei weitem die Erfahrungen in Hilfeeinrichtungen, z.B. der stationären Langzeittherapie. Bei den Frauen betragen diese Zeiten insgesamt 16,6 Monate, bei den Männern 30,7 Monate.

## Angaben zum Vollzug

InsassInnen der JVA Vechta und Lingen

| Frage | JVA Vechta* | JVA Lingen* |
|---|---|---|
| Dauer des Strafmaßes | 20,9 Monate | 33 Monate |
| Gesamtdauer vorheriger Aufenthalte in der JVA Vechta/Lingen | 11,7 Monate | 20,5 Monate |
| Gefängnisaufenthalte insgesamt | 20,9 Monate | 49,3 Monate |
| Alter bei der ersten Haftstrafe | 22,8 Jahre | 21,6 Jahre |
| Länge Aufenth. in Hilfeeinricht. | 16,6 Monate | 30,7 Monate |

* alle Angaben stellen Mittelwerte dar

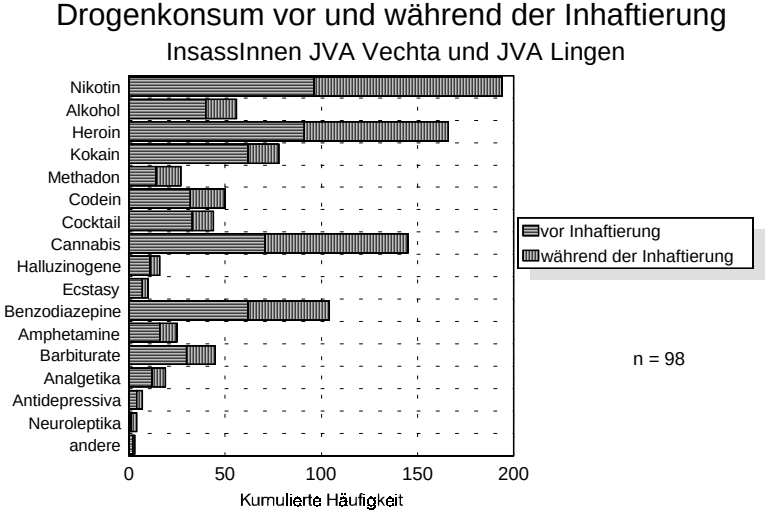
*Vollzugslockerungen*

Ein Hafturlaub während der jetzigen Strafe wird von etwa einem Drittel der Befragten bestätigt. Besuch von externen Personen des privaten Umfeldes erhalten haben zur ersten Befragung 52,6% und zur zweiten 54,3% der Insassinnen und 41,9% bzw. 33,3% der Insassen. Diese Daten lassen unberücksichtigt, in welchem Stadium der Haft sich die Befragten befanden, d.h. ob am Ende mit in der Regel gehäuften Lockerungen oder am Beginn. Der Anstieg zur zweiten Befragung im Frauenvollzug läßt sich u.U. damit begründen, daß Frauen in der Regel zu kürzeren Strafen verurteilt werden und die Befragungszeit in die letzte Phase der Inhaftierung fällt.
Die Teilnahme am Modellprojekt scheint für die Insassinnen der JVA für Frauen keine Auswirkungen auf die Gewährung von Haftlockerungen zu haben. Weder dieser Zusammenhang noch die gegenteilige Entwicklung kann für die Insassen der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe aufgrund einer uneindeutigen Datenlage (geringe Zahl von Antworten) festgestellt werden. Ein Abgleich mit den Dokumentationsdaten aus den Anstalten zeigt jedoch,

daß auch in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe durchaus eine Lockerungsgewährung für die Projektteilnehmer praktiziert wird.

**Drogenkonsum vor und während der Inhaftierung**

Die Veränderungen des Drogenkonsums in Art, Häufigkeit und Applikationsform zwischen den Zeitpunkten jemals, vor und während der Inhaftierung wurden bereits im Zwischenbericht (n=98; n=61 JVA für Frauen; n=37 JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe) dargestellt und ausgewertet (S. 134ff).




Zusammengefaßt läßt sich feststellen, daß der Konsum vieler Drogen in Haft in der Regel fortgesetzt wird. Dies wird besonders in einem Vergleich der Zeiträume „jemals“/(1 Monat)vor/während der Inhaftierung deutlich. Neben Nikotin werden auch Heroin und Cannabis von vielen Gefangenen fast unverändert weiter konsumiert.

Betrachtet man den genannten Drogenkonsum insbesondere unter der Fragestellung „(1 Monat) vor/während der Inhaftierung“ genauer, stellt man fest, daß der Konsum nicht ungebrochen fortgesetzt wird, sondern bei den unterschiedlichen Drogen zu mehr oder minder großen Rückgängen beim Konsum führt: 75% der Frauen und 94,3% der Männer, die vor der Inhaftierung Heroin konsumiert haben, konsumierten nach Haftantritt weiterhin, 18,4%

der Frauen und 37,6% der Männer gebrauchten weiterhin Kokain. Der Konsum von „Cocktails“ (Mischung aus Heroin und Kokain) ging bei den Frauen am stärksten zurück (nur 11,5%), während diese Drogen bei den Männern fast zur Hälfte weiter benutzt wurden (47,2%). Benzodiazepine wurden noch von 73,5% der Frauen und 58,5% der Männer weiterhin konsumiert, während der Barbituratkonsum von etwa der Hälfte der Befragten fortgesetzt wurde (53,8% der Frauen und 47,2% der Männer). Der Cannabiskonsum blieb bei den Männern völlig stabil und stieg bei den Frauen sogar leicht an (um 7,5%).

In beiden Strafvollzugsanstalten werden eher sedierende Substanzen präferiert (Heroin, Benzodiazepine, Barbiturate, auch Cannabis), während der Konsum von stimulierenden Drogen (Kokain und „Cocktails“) weniger weit verbreitet ist. Dieses Ergebnis wird von Knapp bestätigt (1996, S. 281), der in seiner Untersuchung fand: „Haschisch dürfte die Hauptdroge im Justizvollzug sein. Hinsichtlich der konsumierten Mengen geben Probanden zum Teil sogar an, daß diese absolut höher lägen, als dies bei der entsprechenden Personengruppe in Freiheit zu beobachten sei“. Insgesamt kann der beschriebene Drogenkonsum als eine Anpassung an die Bedingungen und Möglichkeiten des Strafvollzugsalltags und damit als ein Bewältigungsversuch der Haftsituation gedeutet werden.

Die Ergebnisse zur Frage nach der Konsumhäufigkeit („...im Monat vor Eintritt in die JVA“ und „...im letzten Monat“) zeigen im Vergleich zum Monat vor Haftantritt insgesamt einen deutlichen Rückgang der Konsumfrequenz an: von „ein- und mehrmals täglich“ hin zu „gelegentlichem“ oder „wöchentlichem/ häufigem“ Konsum. Heroinkonsum in Haft ein Mal oder mehrmals täglich wird von 59,4% der Männer und 14,7% der Frauen angegeben; Kokainkonsum von 13,5% der Männer und 3.3% der Frauen. Benzodiazepine nehmen 8,2% der Frauen ein oder mehrmals täglich ein und 8,1% der Männer. „Cocktails“ und Barbiturate spielen in Bezug auf die Konsumhäufigkeit ebenfalls nur noch eine untergeordnete Rolle.

Eine Analyse der Konsumarten schließlich zeigt, daß zwar die typischen Applikationsformen und -varianten erhalten bleiben, sie büßen aber zu einem gewissen Teil ihre Vielfältigkeit ein: Vor allem infektionsriskante Applikationstechniken, wie der intravenöse Konsum von Heroin und Kokain, bestimmen die Konsumgewohnheiten seit Haftantritt, während risikoärmere, alternative Formen, wie „rauchen“ oder „sniefen“, abnehmen.

Aus den Berichten in den qualitativen Interviews in der JVA für Frauen Vechta über Erfahrungen mit und die Praxis von Drogenkonsum in Haft wird deutlich, daß die besonderen Bedingungen der Inhaftierung spezifische Gewohnheiten und Umgehensweisen mit Drogenkonsum, Infektionsschutz und Entzugssituationen schaffen. Der haftinterne Drogenkonsum unterliegt eigenen Dynamiken, die sich für neuinhaftierte Drogenkonsumentinnen als Lernaufgabe stellen und massive Umstellungsprozesse zu den Routinen des Drogenkonsums außerhalb erfordern. Als die Verhältnisse von Drogenkonsum im Vollzug kennzeichnend werden die folgenden hafttypischen Besonderheiten genannt: Unregelmäßiges Drogenangebot, ständiger Wechsel zwischen Drogenkonsum- und Entzugsphasen, intravenöse Applikation zur Effektivierung der Drogenwirkung.

Die Besonderheit des Drogenkonsums in Haft wurde auf verschiedenen Ebenen ebenfalls von den männlichen Befragten reflektiert: das Ausmaß und die Intensität des Konsumverhaltens, die Bedeutung des Entzuges und Kontrollüberlegungen.
Das Konsumverhalten gestaltet sich vordergründig in Abhängigkeit von dem zur Verfügung stehenden Drogenangebot, das als nicht vergleichbar in Bezug auf Kontinuität und Umfang gemessen an der Situation der Drogenszene außerhalb eingeschätzt wird. Entsprechend der Diskontinuität des Drogenangebots zählen unkalkulierbare, ungewollte Entzüge zum Alltag des intramuralen Drogenkonsums. Die Selbststeuerungsmöglichkeiten der Insassen auf ihr Konsumverhalten sind eingeschränkt. Die Bewältigung von Entzugserscheinungen und -problemen scheinen ebenso regelhaft zum Haftalltag Drogenabhängiger zu gehören, wie die Organisation der Drogenbeschaffung. Der Unterschied zur Situation außerhalb ergibt sich durch den Freiheitsentzug und die damit zusammenhängende Ausgeliefertheit. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, daß die Entzugsphase in der Regel aufgrund geringerer zur Verfügung stehender Stoffmengen kürzer verläuft als außerhalb. Die beschriebenen Konsumsituationen in Haft sind gekennzeichnet durch ein großes Aufeinander-Angewiesen-Sein. Entweder bestehen Abhängigkeitsstrukturen im Hinblick auf den Besitz von Drogen Einzelner oder in Bezug auf den Besitz einer Spritze. Die Mangelsituationen ergänzen sich wechselseitig und bestimmen eine Praxis des gegenseitigen Austausches. Die Beschreibungen lassen darauf schließen, daß die angewandten Praktiken von Drogen- und Spritzenteilung aus infektiologischer Sicht hochriskant sind: Unreflektierte Risiken bestehen sowohl über den Gemeinsamgebrauch von

Spritzen ohne Desinfektion bzw. mit mangelhafter Desinfektion als auch über Praktiken des Drogenteilens bzw. -aufkochens.

**Drogenkonsum vor und während der Teilnahme am Modellprojekt**

Ein Vergleich des Drogenkonsums in Haft vor und seit der Teilnahme am Spritzenumtauschprojekt zeigt, daß sich das gesamte Spektrum an konsumierten Drogen in beiden Anstalten vor der Teilnahme am Modellprojekt in Haft auch unter der Modellprojektlaufzeit feststellen läßt, allerdings geht der prozentuale Anteil der Nennungen bei den meisten Drogen zurück. Auffällige Rückgänge sind zu verzeichnen bei den Insassinnen der JVA für Frauen in Vechta in Bezug auf den Konsum von Kokain, Codein, ‚Cocktails' (Heroin- und Kokaingemisch) und Barbituraten, bei den Insassen der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe sind es Alkohol und Cocktails'.
Konsequenterweise bestätigen die Ergebnisse zur Frage der Konsumhäufigkeit der einzelnen Drogen seit der Laufzeit des Modellprojektes eine deutliche Verminderung: Ein Trend läßt sich feststellen als Verschiebung der Drogenkonsumhäufigkeit von ‚mehrmals' bzw. ‚1 x täglich' hin zu 'gelegentlich' bzw. ‚wöchentlich'. Diese veränderten Konsumgewohnheiten lassen sich für beide Anstalten feststellen. Über die Gründe für diese Reduktion sowohl der Nennungen des Drogenkonsums als auch dessen Häufigkeiten lassen sich aus dem Zahlenmaterial keine eindeutigen Erkenntnisse ableiten. Zu vermuten sind wellenförmige Bewegungen in der Drogenzugänglichkeit. Allerdings bleibt die Zufälligkeit fraglich, mit dem gleichzeitigen Auftreten dieses Phänomens in den beiden Anstalten. Als weitere Erklärungsrichtung bietet sich die weitere Vermutung an, daß subjektive Entwicklungsprozesse und Veränderungen der ProjektteilnehmerInnen zugrunde gelegt werden können. Aufgrund der kontinuierlichen und längerfristigen Teilnahme am Modellprojekt könnten bewußte Auseinandersetzungen mit dem eigenen Drogenkonsumverhalten zu Veränderungen geführt haben, die sich in dem oben angegebenen Rückgang ausdrücken. Grundlage für einen möglichen Bewußtseins- bzw. Verhaltensänderungsprozeß könnten auch die begleitenden Präventionsveranstaltungen zu ‚safer use' sein. Denkbar ist schließlich auch, daß sich durch eine permanente Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck eine größere Ruhe durch Wegfall des Spritzenbeschaffungsdruckes einstellt. Dies könnte Einfluß haben auf das Einteilungs- und das Konsumverhalten von vorhandenen Drogen, so daß die vorhandene Menge über einen längeren Zeitraum eingeteilt oder ggf. sogar in kleineren Dosierungen über einen längeren Zeitraum konsumiert wird.

Die ohnehin in Haft gering vorkommenden alternativen Konsumarten (wie ‚inhalieren', ‚rauchen', ‚sniefen') vermindern sich weiterhin bis auf wenige Ausnahmen seit Teilnahme am Modellprojekt. Zu vermuten ist, daß durch die leichte Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen und durch die Effektivität eines intravenösen Konsums ein Wechsel zum grundsätzlichen Spritzdrogenkonsum vollzogen wurde. Ob sich dieser Trend generalisieren läßt, bleibt angesichts kleiner Fallzahlen bei der Beantwortung der Fragen anzuzweifeln.

Ein wesentlicher gesundheitsbezogener Aspekt des Modellprojektes wird darüber deutlich, daß sich ambulante und stationäre Behandlungen wegen Überdosierungen unter der Laufzeit des Modellprojektes vor allem in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe drastisch reduziert haben: Waren es noch vor Eintritt in das Modellprojekt in Vechta 19,4% und in Lingen 31%, die Erfahrungen mit Überdosierungen gemacht haben, verschwindet das Aufkommen dieser gesundheitlich und existentiell bedrohlichen Situation bis auf eine Ausnahme während des Modellprojektes (in Lingen) völlig. Damit wird eine weitere Verringerung des Gesundheitsrisikos ‚Überdosierung' nach grundsätzlicher Abnahme in Haft und erneuter Reduktion im Modellprojekt deutlich. Diese Entwicklung kann möglicherweise sowohl auf eine entspanntere Atmosphäre in Bezug auf Drogenkonsum (sozialer Druck der illegalen Spritzenbeschaffung wie Schmuggeln, Leihen, Kaufen etc. entfällt) zurückgeführt werden, als auch auf den Einfluß von safer-use-Seminaren.

**Zum Umgang mit risikoreichem Drogenkonsum**

*Risikoreicher Drogenkonsum vor Haftbeginn*

Die Interviewergebnisse der qualitativen Befragung der gefangenen Frauen verdeutlichen einen radikalen Bruch zwischen den Gewohnheiten und Verhaltensweisen im Umgang mit Drogenkonsum und Infektionsschutz in den Zeiten außerhalb Haft im Vergleich zu den Haftaufenthalten. Während sich die Befragten zum Spritzverhalten außerhalb der Haft zu Aspekten eines in der Regel hygienischen Umgangs mit Spritzutensilien und gegen eine Gemeinsambenutzung von Spritzen äußern, benennen sie für die Zeit vor dem Modellprojekt in Haft grundsätzlich konträre Praktiken, die mit der besonderen Situation von Drogenkonsum unter Haftbedingungen kausal in Verbindung gebracht werden.

Auch die Aussagen der gefangenen Männer über ihr Spritzenhygieneverhalten vor Haftbeginn spiegeln die in der Fachliteratur vorfindbaren Ergebnisse aus Verhaltensanalysen zum needle-sharing wider. Es wird eine grundsätzli-

che Verhaltenssicherheit beschrieben, was die Notwendigkeit der Einhaltung von gesundheitsbezogenen Vorkehrungen beim Spritzdrogenkonsum anbelangt: Verwendung steriler Spritzen, Vorratshaltung von sterilen Spritzen. Gleichwohl werden Ausnahmesituationen beschrieben, die für die Lebenssituation auf der Drogenszene idealtypisch sind und als 'Hygienerückfall' charakterisiert werden können: z.B. in Zeiten schlechter Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen (nachts), Wechsel des unmittelbaren Lebensmittelpunktes (in fremde Drogenszenen ohne soziale Bezüge und Kenntnis der Infrastruktur), Beendigung von Aufenthalten in Behandlungs- und Verwahrinstitutionen (Psychiatrie, Therapie und Gefängnis), Phasen intensiver Suchtdynamik können den Verzicht auf Vorsichtsvorkehrungen bedingen, Vertrauensannahmen in familiären oder in anderen engen Freundschafts- oder Liebesbeziehungen.

*Risikoreicher Drogenkonsum vor Modellprojektbeginn*

Betrachtet man die Drogenkonsumbedingungen in Haft und dabei besonders die Hygienevorkehrungen, dann wird deutlich, daß Situationen von Spritzentausch mit zuvor übernommener Spritze in Haft vor Einführung des Modellprojektes (54 Nennungen) entgegen dem Verhalten außerhalb (8 Nennungen) in beiden Anstalten sehr weit verbreitet sind. Eine gemeinsame Benutzung von Spritzen seit der Inhaftierung bestätigen 76% der Frauen und 87% der männlichen Insassen; vielfach werden 1-3 Tauschpersonen angegeben[5]. Seit Teilnahme am Modellprojekt verschwindet dieses Risikoverhalten in Vechta ganz und bleibt lediglich mit vier Nennungen der Gefangenen in Lingen bestehen. Mit der leichten Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen reduziert sich demgemäß auch der Anteil der Nutzung gebrauchter, aber desinfizierter, von anderen übernommener Spritzen (außerhalb der Anstalt/vor Beginn des Modellprojektes und seit Teilnahme am Modellprojekt im Verhältnis in Vechta 17:16:6) und in Lingen 6:18:1).

---

5 Dolan u.a. (1991) berichten aus einer Befrgung mit ehemaligen GefängnisinsassInnen, daß 30% während der Haft Drogen injiziert (ähnlich: Pont/Kahl/Salzner (1994, S. 169) und 75% von ihnen needle sharing, durchschnittlich mit 7 anderen drogenabhängigen Gefangenen betrieben hatte. Dabei hatten HIV-positive DrogenkonsumentInnen häufiger am needle sharing teilgenommen als HIV-AK-negative Gefangene. Shewan u.a. (1994, S. 12) geben einen Überblick über Drogenprävalenzstudien in schottischen Gefängnissen die den hohen Anteil von i.v. DrogenkonsumentInnen bestätigen, die in Haft weiter spritzen und auch 'needle-sharing' betreiben (ca. 3/4 der befragten DrogenkonsumentInnen).

Wenig Veränderungen ergeben sich, wenn es um das Teilen von Portionen oder Spritzutensilien geht; hier bleiben die relativen Verhältnisse recht konstant, auch für die Zeit seit der Teilnahme am Modellprojekt. Dieser gleichbleibende Umgang signalisiert ein fehlendes Problembewußtsein für das ‚versteckte' Infektionsrisiko, das dem Portionenteilen und der Gemeinsambenutzung von Spritzutensilien innewohnt. Wenn auch von einer relativ ausgeprägten Gewohnheit einer Benutzung steriler,oder in seltenen Fällen, der eigenen gebrauchten Spritze als gesundheitsvorsorgendes Verhalten seit Teilnahme am Modellprojekt ausgegangen werden kann, stellt das Portionen- und Utensilienteilen ein unkalkulierbares Risikoverhalten dar, das in die Sichtung und Einschätzung der Relevanz des Modellprojektes für die gesundheitliche Lage der Inhaftierten/ProjektteilnehmerInnen Eingang finden muß.

Die in der qualitativen Befragung der Projektteilnehmerinnen aus Vechta beschriebene Praxis von Spritzverhalten vor Modellprojektbeginn verdeutlicht ebenfalls die gesundheitlichen Risikopotentiale. Die Interviewinhalte belegen, daß die Gefängnissituation vor Beginn des Modellprojektes zum Auslöser für die Gemeinsambenutzung von gebrauchten Spritzen und damit unhygienischem Spritzdrogenkonsum war. Es wird berichtet, daß erstmalig in der Drogenkarriere im Strafvollzug gebrauchte Spritzen überhaupt und von Fremden benutzt wurden. Es wird eine Unausweichlichkeit für dieses Verhalten geschildert, die beschreibt, daß Spritzdrogenkonsum in der Zeit vor dem Projekt ohne Mehrfachbenutzung aufgrund einer Mangelsituation an Spritzen nicht praktizierbar war. Hinzu kam eine weitgehende Beliebigkeit der Tauschpartnerinnen, die sich durch die gemeinschaftliche Zellenbelegung bzw. die soziale Nähe einer Zwangsgemeinschaft und einer Interessensolidarität als Drogenkonsumentinnen ergeben hat. Als einzigen Ausweg aus der gesundheitlich riskanten Praxis erwähnt eine Befragte alternativ praktizierte Applikationstechniken (inhalieren oder sniefen).
Zudem wird von Desinfektionsversuchen benutzter Spritzen vor Modellprojektbeginn berichtet, die als risikoreich zu bewerten sind. Es existiert zwar ein Bewußtsein über Infektionsrisiken und ein Bemühen um Abwendung, aber das Wissen über die Effizienz der praktizierten Desinfektionstechniken ist von großer Unsicherheit gekennzeichnet. Keine der befragten Frauen schilderte eine effektive Methode der Desinfektion gebrauchter Spritzen. Trotz der Unsicherheit und des mangelhaften bzw. falschen Wissens wirkt eine Tradition der Übermittlung innerhalb der Gruppe der drogenabhängigen Gefangenen und multipliziert gesundheitsriskante Strategien.

Zur Desinfektionspraxis von Spritzen bei Mehrfachbenutzung liegen uns Äußerungen von den befragten männlichen Projektteilnehmern vor, die sich auf die Technik des Auskochens beziehen. Es wird eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Infektionsnotwendigkeiten bei HIV und Hepatitis-Viren vorgenommen. Ein Wissen über eine längere Überlebensfähigkeit des Hepatitiserregers im Verhältnis zum HIV liegt vor und wird als für Desinfektionstechniken relevant thematisiert. Das beschriebene praktizierte Vorgehen erweist sich allerdings als ineffizient in Bezug auf eine sichere Desinfektion, d.h. das vorgetragene Wissen ist unvollständig und fehlerhaft bei gleichzeitiger Kontrollüberzeugung und Handlungssicherheit. Die dadurch entstehende 'falsche Sicherheit' stellt ein erhöhtes Infektionsrisiko dar und blockiert die Erkenntnis notwendiger Weiterentwicklung.

Einen weiteren Umgang mit Infektionsrisiken beim Spritzdrogenkonsum vor Projektbeginn beschreiben die vorgetragenen individuellen Schutzstrategien, die eher als hilfloses Moment der Realitätsbewältigung, denn als effektives Mittel des Infektionsschutzes erscheinen. Zwar wird ein Bewußtsein über mögliche Ansteckungsgefahren deutlich, dennoch orientieren sich diese Strategien ausschließlich am Wissen über den Infektionsstatus der MitinsassInnen und münden in Verhandlungen über eine risikoarme Reihenfolge bei der gemeinsamen Spritzenbenutzung. Gleichzeitig wird der Dynamik der Drogenabhängigkeit (z.B. Entzugssituationen) ein irrationales Moment zugeschrieben, das für Unvorsichtigkeit und für ein Handeln wider besseren Wissens verantwortlich gemacht wird.

Die Frage nach dem Wissen um effektive Desinfektion von Spritzen ergibt zum ersten Befragungszeitraum folgende Ergebnisse: Gut jede/r vierte Befragte betrachtet das Ausspülen bzw. Auswaschen der Spritze als angemessene Desinfektionsmethode. Bei der Methode des Auskochens zeigen sich relativ große Unsicherheiten bezüglich der effektiven Länge. Sie liegt bei mindestens 15 Minuten, wird aber nur von 35% der männlichen Insassen und 75% der weiblichen Inhaftierten als richtig erkannt. Unabhängig von diesen Wissensfragen kann davon ausgegangen werden, daß unter den eingeschränkten raum-zeitlichen Bedingungen der Haft, das vorhandene Wissen nicht adäquat in entsprechendes Verhalten umgesetzt wird. Auch zeigt sich, daß die unverbindlichen Kontakte im Vollzug (oft auch durch häufige Verlegungen und Durchlaufen mehrerer Abteilungen gekennzeichnet) dazu führen, daß der Infektionsstatus des Tauschpartners/der Tauschpartnerin in Haft wesentlich häufiger unbekannt war (in 31 Fällen) als außerhalb (12), wo

dauerhaftere soziale Kontakte und Freundschaften bestehen. Unter den Bedingungen des Modellprojektes geben nur noch drei Befragte einen Spritzentausch bei unbekanntem Infektionsstatus an.

*Risikoreicher Drogenkonsum seit Modellprojektbeginn*

Eine gemeinsame Benutzung von Spritzen (als ‚NehmerIn') seit der Inhaftierung bestätigen 73% der Frauen und 83% der männlichen Insassen. Die Gründe für die Gemeinsambenutzung von Spritzen werden hierzu sehr eindeutig mit der Nichtbeschaffbarkeit der Spritzenbestecke angegeben, nicht etwa in zu vermutenden subkulturellen Ritualen. (vgl. auch Knapp 1996, S. 321f mit ähnlichen Ergebnissen[6]). Die Ergebnisse zu ‚needle sharing' seit Teilnahme am Modellprojekt bestätigen indirekt diese Begründung in der Form, daß (auf der Basis einer reduzierten Stichprobe) nur noch 33,4% in Vechta und 13,9% in Lingen angeben, ein- oder mehrmals eine Spritze in der Modellprojektphase getauscht zu haben.

Die Auffassung Göttingers (1996), wonach unter Drogenabhängigen offensichtlich ein Ehrenkodex bestehe, daß die bekanntermaßen HIV-Positiven Spritzen nicht teilen, konnte nicht festgestellt werden. Im Gegenteil scheinen Drogenabhängige in der Haft erhebliche Risiken einzugehen. Sie lassen sich eher von anderen Strategien des Risikomanagements leiten, die eine auffällige Parallele zu Strategien homosexueller Männer (der Unterschicht) aufweisen : Interviewten (im Modellprojekt ‚Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug' und Bochows Studie) greifen eher auf selektive Strategien zurück, die darin bestehen, z.B. auf das Aussehen bestimmter Tauschpartner zu achten, d.h. auf Strategien, deren Effektivität eher illusionär ist. Die Selektivität bezieht sich auf Tauschpartner nicht auf Tauschpraktiken. (vgl. zur Parallele: Bochow 1997, S. 113).

In Bezug auf den Status eines/einer ‚Gebers/in' einer gebrauchten Spritze bestätigen eine ein- oder mehrmalige Weitergabe vor Teilnahme am Modellprojekt noch 59,5% der Insassinnen und 72,6% der Insassen. Diese Zahl reduziert sich in Vechta seit der Projektteilnahme auf 32,6% und in Lingen auf 38,9%. In der Notsituation nach Projektbeginn, ‚in der Anstalt keine sterile Spritze zur Verfügung zu haben', geben die Befragten die Mehrfachbe-

---

6 Für Österreich wird eine HIV-AK-Prävalenz bei Gefangenen von 1-2% geschätzt, wobei sie deutlich über der der Gesamtbevölkerung Österreichs liegt (vgl. Pont/Kahl/Salzner 1994, S. 170; Pont 1996)

nutzung der eigenen Spritze in beiden Anstalten an. Lediglich in Lingen wird auch die Option, sich eine andere Spritze auszuleihen, gewählt – immerhin in fünf Fällen.

Die Äußerungen der inhaftierten Männer, die am Modellprojekt teilnehmen, zum Umgang mit sterilen Spritzen in Haft nach Beginn des Modellprojektes, variieren auf einer Bandbreite von risikoträchtigen Umgehensweisen, bis hin zu durchgängig gesundheitsbewußtem Verhalten. Einige Befragte geben an, daß nach wie vor Ausnahmesituationen entstehen, in denen benutzte Spritzen auch von anderen, nicht am Modellprojekt teilnehmenden Gefangenen, übernommen bzw. in gemeinsamen Konsumsituationen weitergereicht werden. Als Desinfektionstechniken werden ineffektive Methoden, wie Ausspülen mit Wasser, oder 'Durchdrücken mit Luft', angegeben.

Auch zeigt sich, daß die unverbindlichen Kontakte im Vollzug (oft auch durch häufige Verlegungen und Durchlaufen mehrere Abteilungen gekennzeichnet) dazu führen, daß der Infektionsstatus des Tauschpartners/der Tauschpartnerin in Haft wesentlich häufiger unbekannt war (in 23 Fällen) als außerhalb, wo dauerhaftere soziale Kontakte und Freundschaften bestehen. 19 Situationsberichte über den letzten Druck außerhalb des Vollzuges beinhalteten die Nutzung einer desinfizierten (gebrauchten) Spritze, während dieser Weg der Spritzensäuberung in der Haft in 28 Fällen angegeben wurde. Betrachtet man die Desinfektionstechniken genauer, dann ergibt sich, daß mehr als drei Viertel der Befragten eine ineffektive Desinfektionsmethode anwenden. Identische Ergebnisse erbrachte die wohl größte bundesdeutsche sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. DrogenkonsumentInnen außerhalb des Vollzuges von Kleiber/Pant (1996, S. 257): „...bis heute nur etwa ein Viertel der 'Needle sharer' fremde Spritzutensilien konsequent vor Gebrauch durch Auskochen (20%), Bleichsoda (3%) oder Alkohol (2%) desinfizieren; stattdessen dominierten noch immer ineffiziente Methoden wie das Durchspülen mit kaltem (3%) oder heißem Wasser (40%)".

Ein Großteil der Befragten teilt die Drogen mit anderen durch die Benutzung nur einer Spritze anhand von Teilstrichen auf, was weitere Infektionsrisiken in sich bergen kann (siehe mit ausführlichen Fallbeschreibungen: Knapp 1996, S. 297ff). Dies ist wesentlich häufiger innerhalb der Anstalt der Fall als außerhalb.
Neben der Weitergabe von Spritzen wird auch die Mehrfachbenutzung der eigenen Spritze benannt. Diese Verhaltensgewohnheit wird damit erklärt,

daß die eingeschränkten Tauschmöglichkeiten nicht immer dem Tauschbedarf entsprechen. Gelegentlicher mehrfacher Drogenkonsum an einem Tag oder nachts stellen diese Situationen dar, die von den Befragten allerdings als Ausnahme bezeichnet werden.
Ein anderer Teil der Befragten vermittelt ein verändertes Gesundheitsverhalten im Verlauf des Modellprojektes in Bezug auf die Spritzenbenutzung verbunden mit der Routine, grundsätzlich sterile Spritzen zu verwenden und gemeinsamen Drogenkonsum so zu gestalten, daß Regeln zur Vermeidung von Infektionsrisiken, wie z.B. die Vorbereitung der Injektion mit gemeinsam benutzten Utensilien, eingehalten werden.
Die Äußerungen beziehen sich sowohl auf die Drogen- als auch auf die Spritzenbeschaffung. In Bezug auf die Organisation des Drogenmarktes geht man von der Vorstellung eines auf viele Gefangene verteilten Kleinhandels aus. Der Handel mit Drogen wird als Zufallsgeschäft über mehrere Kanäle und nicht als zentral organisiert beschrieben. Obwohl Strukturen der Szene von außerhalb sichtbar sind, reproduzieren sie sich in der Anstalt nur auf niedrigerem Niveau.

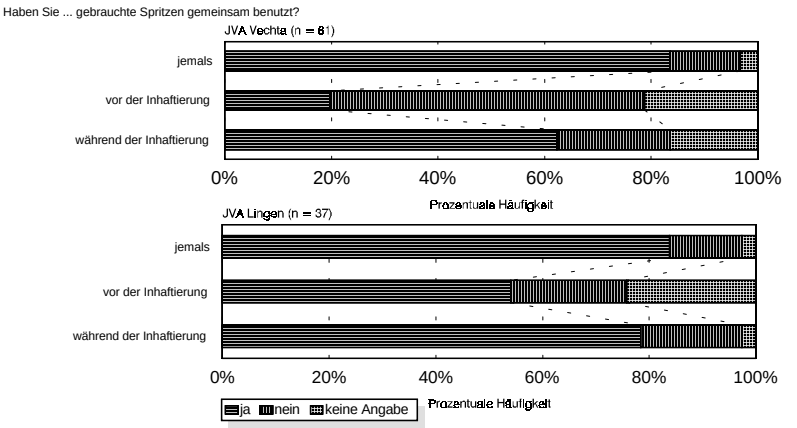
Über die Praxis von Infektionsschutz durch die Kenntnis des Infektionsstatus des Mitkonsumenten wird in den qualitativen Interviews von den Männern in Lingen I Abt. Groß Hesepe berichtet: Zur Vermeidung von Infektionskrankheiten wird eine Praxis unter den Inhaftierten dargestellt, die auf gesammelten Informationen über den Infektionsstatus der einzelnen Mitgefangenen basiert. Dabei handelt es sich nicht um überprüftes und z.T. nicht überprüfbares Wissen über den Anderen, sondern der persönliche Eindruck und Gerüchte bilden den Ausgangspunkt der Einschätzungen. Über diesen Weg etablieren sich subjektive Strategien der Risikovermeidung, die sich letztendlich als Kontrollillusionen erweisen müssen. Über diese Widersprüchlichkeit sind sich die ‘Anwender’ dieser Strategien nicht bewußt, und wähnen sich in (falscher) Sicherheit. Gleichzeitig spiegelt sich in diesem Vorgehen ein Beachten möglicher Infektionsgefahren wider, d.h. das eigene Verhalten, wenn auch ineffektiv, ist im Rahmen eines grundsätzlich entwickelten Problembewußtseins unter den Bedingungen eingeschränkter infektionsprophylaktischer Möglichkeiten in der Inhaftierung entstanden.
Die Äußerungen der männlichen Projektteilnehmer zur Organisation von Drogenkonsum in Haft deuten darauf hin, daß der Status der Spritze als Handelsware im gewissen Rahmen über das Modellprojekt hinaus erhalten geblieben ist. Über einen unentgeltlichen Freundschaftsdienst hinausgehend,

drückt sich der Äquivalententausch in der Beteiligung an der Drogenmenge aus.

Die Praxis einer Weitergabe gebrauchter Spritzen erhält eine besondere infektiologische Bedeutung – in Lingen scheint diese Praxis noch gesundheitsriskanter als in Vechta. In Vechta kann aufgrund der Automatenvergabe die Fremdnutzerin eigenständig einen Umtausch in eine sterile Einwegspritze an den Automaten vornehmen. Da in Lingen eine Hand-zu-Hand-Vergabe praktiziert wird, können Spritzen nur von Gefangenen getauscht werden, die den Mitarbeitern des Suchtberatungsdienstes als Projektteilnehmer bekannt sind. Wenn in dieser Situation von einer Weitergabe gebrauchter Spritzen die Rede ist, kann man davon ausgehen, daß infektiologisch riskante Verhältnisse entstehen können. Neben der Tatsache, daß eine Weitergabe von Spritzen aus dem Projektzusammenhang eine Regelverletzung darstellt, begünstigt dieses Verhalten das Fortbestehen eines Dunkelfeldes im Hinblick auf die Verbreitung von Infektionskrankheiten.

Angaben zum Tauschverhalten von gebrauchten Spritzen

InsassInnen der JVA Vechta und Lingen




**Gesundheitsorientierte Einstellungen, Gesundheitswissen und -handeln**

Entsprechend dem Hauptziel des Modellprojektes, Verbesserung der gesundheitlichen Lage drogenabhängiger Inhaftierter und Gesundheitsschutz für Bedienstete, fokussiert die Untersuchung auf folgende Entwicklungen: Zum

einen hat die medizinische Evaluation medizinische Parameter zum gesundheitlichen Entwicklungsprozeß der ProjektteilnehmerInnen erhoben, die in diese Gesamtauswertung einfließen. Zum anderen erhält das vorhandene Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten, vor allem auf beobachtbare Entwicklungen im Zusammenhang mit den instrumentellen und kommunikativen Präventionsangeboten des Modellprojektes, Beachtung. Zentrales Erkenntnisinteresse sind Veränderungen unter der Projektlaufzeit im Hinblick auf infektionsrelevante Wissensbestände bei Inhaftierten und Bediensteten, Verhaltensweisen in Bezug Drogenkonsumpraktiken, Infektionsschutz und die Gesundheitssituation der ProjektteilnehmerInnen.

**Erkenntnisse aus der medizinischen Evaluation**

Die Resultate der längsschnittlich durchgeführten medizinischen Evaluation in der JVA für Frauen in Vechta[7] bestätigen anhand bestimmter Parameter, daß sich für die am Modellprojekt teilnehmenden Inhaftierten wichtige Verbesserungen ihrer gesundheitlichen Situation ergeben haben. Die allgemeine gesundheitliche Situation verbessert sich, was sich in Bezug auf den medizinisch erhobenen äußeren Eindruck, Stimmungslage, psychiatrische Auffälligkeiten, Gewicht und Laborwerte feststellen läßt. Es gibt keine Hinweise darauf, daß Gefangene durch ihre Teilnahme am Projekt gesundheitliche Schäden erlitten haben. Vor dem Hintergrund eines im Vergleich zur Situation außerhalb der Haft reduzierten Drogenkonsums nimmt auch das für den illegalen Spritzdrogengebrauch besonders unter Haftbedingungen typische Aufkommen von Abszessen unter der Laufzeit des Modellprojektes ab, was auf die Entwicklung bzw. Beibehaltung eines hygienischen intravenösen Drogenkonsums schließen läßt. Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, daß bei keiner dauerhaft am Spritzenprojekt teilnehmenden Gefangenen eine Serokonversion in Bezug auf HIV oder Hepatitiden aufgetreten ist. Deutlich wird jedoch im Zusammenhang erfolgter Serokonversionen bei Gefangenen mit Lockerungen, Flucht etc., daß sich jugendliche Gefangene in hohem Maße risikoreich verhalten.

---

7 Knapp führt folgende Begründungen dafür an, daß needle-sharing kein ritueller Selbstzweck ist: Notlage, Einzelgänger, Egoismus, AIDS, Verschleiß (S. 321f)

**Wissen der Bediensteten**

*Wissen zu HIV/AIDS, Hepatitis*

Während in beiden Anstalten ein relativ hohes Kommunikationspotential über Infektionskrankheiten zwischen den Bediensteten untereinander im Projektverlauf gesteigert wurde, ist die Kommunikation über diese Fragen mit den InsassInnen in der JVA für Frauen in Vechta gegenüber der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe angestiegen, d.h. in Vechta wird häufiger von Seiten der Bediensteten mit Insassinnen ein Gespräch über Infektionskrankheiten geführt. Der Effekt der verminderten Gesprächsgestaltung mit Insassen über Infektionskrankheiten in Lingen scheint einher zu gehen mit der alltäglichen Unsichtbarkeit der Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe für viele Bedienstete. Darüber hinaus scheint umgekehrt auch keine Initiative von Seiten der Insassen zu einer Gesprächsaufnahme mit den Bediensteten zu diesem Thema auszugehen.
Ausgehend von den Antworten auf die gestellten Wissensfragen zu Charakter der Krankheit/Infektion HIV/AIDS und Hepatitis, Infektionswege, Krankheitssymptome, Prävention, Testmöglichkeiten etc., ergeben sich deutliche Differenzen zwischen den beiden Institutionen: Während in Vechta eine Wissenserweiterung im Laufe des Modellprojektes festgestellt werden kann, ist in Lingen ein Rückgang des Wissensbestandes zu verzeichnen. Zwar gilt es hervorzuheben, daß grundsätzlich eine Reduktion von Falschantworten auf Wissensfragen in beiden Anstalten stattgefunden hat, gleichwohl konnte der Wissensbestand in Lingen nicht gefestigt oder gar ausgebaut werden, im Gegenteil ist eine rückläufige Tendenz zu verzeichnen (siehe Abb. 8.7 und 8.8). Diese Abnahmen im Wissen über Infektionskrankheiten allgemein gehen einher mit einer abnehmenden Akzeptanz von entsprechenden Informations- und Schulungsveranstaltungen. Der mit dem Modellprojekt beabsichtigte Begleiteffekt einer Erweiterung gesundheitsorientierten Wissens bei allen Beteiligten konnte für die Gruppe der Bediensteten in Lingen bislang nicht eingelöst werden. Unklar bleibt, inwieweit auch in dieser eigentlich unerwünschten Entwicklung die relative Unsichtbarkeit der Modellprojektmaßnahmen und damit die fehlende kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Phänomenen ‘Drogenkonsum und Infektionsrisiken im Vollzug’ zum Tragen kommt. Es stellt sich die Frage, warum es nicht gelungen ist, eine dauerhafte Sensibilisierung für diese Themen bei den Bediensteten in Lingen zu erreichen, bzw. welche anderen Verhältnisse und

Komponenten in Vechta zu einer gegenläufigen, bereichernden Entwicklung geführt haben.

*Wissen zur Vermeidung risikoreichen Drogenkonsums*

Die Informiertheit der Bediensteten über effektive Techniken zur Desinfektion gebrauchter Spritzen zum i.v. Drogenkonsum hat sich zum zweiten Befragungszeitpunkt hin erhöht. Dies läßt darauf schließen, daß sich die Bediensteten einen intensiveren Zugang zu den lebensweltlichen Besonderheiten des Spritzdrogenkonsums in Haft und eines unter illegalen Bedingungen organisierten Infektionsschutzes erarbeitet haben. Es könnte ein Zusammenhang zu den in beiden Anstalten durchgeführten Fortbildungs- bzw. Informationsveranstaltungen zu 'safer use' bestehen. Obwohl inzwischen durch das Modellprojekt die potentielle Nutzung von sterilen Einwegspritzen gegeben ist, sind die Bediensteten inzwischen darüber hinaus informiert, welche Praktiken des Infektionsschutzes beim i.v. Drogenkonsum in Notsituationen anzuwenden sind. Diese Kenntnisse stellen einen Fundus dar, auf den in Gesprächen mit Gefangenen bei Bedarf Bezug genommen werden kann. Damit werden die Bediensteten zu TrägerInnen von präventionsrelevanten Botschaften.

*Infektionsschutz durch Impfungen*

Ausdruck eines gewachsenen Gesundheitsrisikobewußtseins stellt die deutliche Zunahme an Impfungen gegen Hepatitis A, stärker noch gegen Hepatitis B zum zweiten Meßzeitpunkt bei den Bediensteten in beiden Anstalten dar. Es ist davon auszugehen, daß eine Sensibilisierung für das Thema 'Infektionsschutz am Arbeitsplatz' durch das Modellprojekt gefördert wurde und sich in konkreten Schutzmaßnahmen niederschlug.

**Wissen der ProjektteilnehmerInnen**

*Wissen zu HIV/AIDS, Hepatitis*

Mehrere Studien verweisen auf erhebliche Lücken im Wissen über Transmissionswege von HIV, Hepatitiden und z.T. Geschlechtskrankheiten im Gefängnis (vgl. Nelles 1995) aber auch außerhalb (Kleiber/Pant 1996, Stark et al. 1995) hin, die als 'fatale Fehler, oder 'Kontrollillusionen' bezeichnet wurden: Kleiber/Pant und Stark et al. Berichten, daß etwa 10% der intravenösen Drogenkonsumenten der Ansicht waren, daß sie Unbekannten ansehen könnten, ob eine HIV-Infektion besteht oder nicht. Gleichzeitig wird aufge-

zeigt, daß effektive Risikomanagementstrategien im Strafvollzug erschwert werden, weil – vergleichbar den amerikanischen shooting galleries – anonymer Tausch die Regel ist und nicht der Spritzentausch in bekannten sozialen Zusammenhängen.

Während die mittlere Beschäftigungszeit mit Infektionskrankheiten bei den Insassinnen in Vechta von der ersten zur zweiten Befragung gestiegen ist, ist sie in Lingen abgesunken, d.h. die Entwicklungen zwischen den beiden Einrichtungen sind gegenläufig. Bestätigend kommt hinzu, daß sich auch nach Einführung und Teilnahme am Modellprojekt keine wesentlichen positiven Veränderungen in der Kommunikationsstruktur über Infektionskrankheiten mit den Bediensteten ergeben haben: In beiden Anstalten steigt der Anteil derjenigen Gefangenen, die ‚nie' mit den Bediensteten über diese Thematik sprechen. Häufigste GesprächspartnerInnen für Themen in Zusammenhang mit HIV/AIDS und Hepatitis sind die Mitgefangenen. Dies ist ein Beleg für die Bedeutung der Weitergabe von Informationen über potentielle oder bereits eingetretene infektiologische Bedrohungen innerhalb der peer group. Dadurch wird gleichzeitig die Wichtigkeit von Präventionsansätzen in Form einer Unterstützung dieser Kommunikation unterstrichen (peer support bzw. peer-education, siehe Kap. II.4.). Als leicht zunehmend läßt sich bei der Zweitbefragung eine Tendenz zur gelegentlichen bis regelmäßigen Kommunikation über Infektionszusammenhänge mit Personen außerhalb der Anstalten erkennen.

Einige Ergebnisse zu ausgewählten Wissensfragen werden im folgenden beispielhaft für den Wissensbestand der Inhaftierten herausgestellt.
Bei der ersten Untersuchung vor Beginn des Modellprojektes zeigen sich bei den befragten InsassInnen folgende Ergebnisse bei den Wissensfragen zu HIV/AIDS-Themen: Sie sind nicht wesentlich schlechter informiert, als die Bediensteten der beiden Anstalten und antworten ähnlich homogen: Ca. 72,2% der befragten Personen in Vechta und 61,3% in Lingen kennen die korrekte Inkubationszeit bis zum Nachweis von HIV-Antikörpern. Beim zweiten Befragungszeitpunkt erhöhen sich die Prozentsätze der Richtigantworten auf 77,8% in Vechta und 65,7% in Lingen.

In der ersten Befragung wissen 92,4% der Insassinnen und 80,6% der Insassen, daß HIV-positiv nicht gleichzeitig AIDS-erkrankt bedeutet. Dieser Wissensbestandteil hat sich bei der zweiten Befragung der identischen Personen dahingehend verändert, daß in Vechta 88,9% nur noch richtig antworten, während in Lingen der Anteil auf 85,7% gestiegen ist. Noch höher sind die

Prozentsätze bei der Frage, wie lange eine HIV infizierte Person ansteckend bleibt: 93,6% korrekte Angaben in der JVA Vechta und 83,9% in der JVA Lingen zum Erstmeßzeitpunkt t1. Die zweite Befragung ergibt eine leichte Steigerung: In Vechta auf 95,5% und in Lingen auf 97,1%.
Die prinzipielle Möglichkeit eines Schutzes vor einer HIV-Ansteckung wird von den InsassInnen nicht in Frage gestellt. Auch werden die üblichen Schutzmöglichkeiten, wie Präservativ, Verwendung steriler Spritzen und dem Verzicht auf Drogen (mit leichter Abweichung auch die sexuelle Enthaltsamkeit) eine prinzipielle Schutzfunktion zugesprochen. Dieses Wissen kann daher als konsistente, zeitunabhängige Größe betrachtet werden.

Während bei den Schutzmöglichkeiten vor einer Ansteckung beide Stichproben sehr ähnlich gut informiert antworten, bestehen lediglich bei der Frage einer „Impfung gegen AIDS“ und „ausheilender Medikamente“ bei den Insassen der JVA Lingen zum zweiten Befragungszeitpunkt leichte Unsicherheiten.

Die InsassInnen scheinen insgesamt besser über Transmissionswege und Krankheitssymptome bei Hepatitis Bescheid zu wissen, als die Bediensteten in beiden Anstalten – wenn auch das Wissen noch erhebliche Defizite aufweist. Dies ist sicherlich Ausdruck der großen Betroffenheit und der damit verbundenen Beschäftigung mit diesen Themen.

Zum ersten Befragungszeitpunkt (n=98) lassen sich als Ergebnisse festhalten: Für die Gefahr einer Hepatitisinfektion wird aus Sicht der InsassInnen überwiegend der „Spritzentausch“ verantwortlich gemacht; erst in zweiter Linie werden das „enge Zusammenleben“ und die „hygienischen Verhältnisse“ genannt. Eine Impfung als Schutzmaßnahme gegen Hepatitis C halten richtigerweise etwas mehr als die Hälfte der befragten InsassInnen in beiden Anstalten für unmöglich, der Rest macht falsche Angaben bzw. „weiß nicht“. Die Frage nach einer ausheilenden Medikation gegen Hepatitis C verneint fast zwei Drittel der Befragten, die andere Hälfte unterstellt die Existenz solcher Medikamente oder „weiß nicht“.

Insgesamt ist eine Abhängigkeit zwischen dem Grad der Informiertheit und der Schulbildung der InsassInnen in beiden Anstalten festzustellen, d.h. eingeteilt in drei Gruppen („gut/mittelmäßig/schlecht informiert) findet sich bei den gut informierten deutlich häufiger der Besuch weiterführender Schulen.

Zum zweiten Befragungszeitpunkt zeigen sich keine signifikanten Veränderungen. Festzustellen ist allerdings eine Reduktion des zum ersten Befra-

gungszeitpunkt bestehenden hohen Anteils des Nicht-Wissens und eine Erhöhung des Anteils von richtigen Standardantworten. Insgesamt liegt allerdings nach wie vor wenig Wissen über die unterschiedlichen Übertragungswege der Hepatitisformen bei den InsassInnen vor.

Unsere qualitativen Befragungsergebnisse bei den männlichen Insassen weisen ein Gesundheits- und Infektionsrisikobewußtsein aus, das von der Schwere möglicher chronischer Erkrankungen ausgeht. Die Befragten äußern sich zu ihrem Wissen über HIV und Hepatitis C, und sehen in ihrer möglichen bzw. realen Betroffenheit sowohl einen allgemeinen Kenntnisstand, als auch Informationslücken zu Detailfragen. Während HIV/AIDS als Angstthema benannt wird, dem in Hinblick auf Infektionsgefahren erhöhte Beachtung geschenkt werden muß, wird für Hepatitis C ein erhöhter Informationsbedarf benannt. Deutlich wird, daß für HIV/AIDS individuelle Bewältigungsversuche sich im eigenen Risikoverhalten niederschlagen, während in Bezug auf Hepatitis C keine entsprechenden Erfahrungssicherheiten vorliegen.

Insgesamt scheinen die befragten InsassInnen jedoch besser informiert, als etwa andere untersuchte Gefangenenpopulationen. Bei der Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank wurden erheblich Wissenslücken festgestellt, die bereits damit begannen, daß nur drei der 29 Frauen mit im Gefängnis festgestelltem positiven Befund bezüglich Hepatitis A, B oder C überhaupt in der Lage waren korrekt anzugeben, an welcher Form viraler Hepatitis sie erkrankt sind. Lediglich in fünf Fällen stimmten ihre Angaben in Bezug auf Hepatitis B oder C mit den Angaben des Gesundheitsdienstes überein (Hirsbrunner et al. 1997, S. 8)

Münch/Stettin (1996) fanden bei männlichen jugendlichen Gefangenen der Untersuchungshaftanstalt Frankfurt/M. II (allerdings mit einem Ausländeranteil von ca. 70%) erhebliche Wissensdefizite bei HIV/AIDS-bezogenen Fragestellungen.

Während also Ansteckungsgefahren, Transmissionswege, Krankheitsverlauf etc. von HIV/AIDS durchaus in das Bewußtsein breiter Bevölkerungskreise, d.h. auch der Bediensteten und InsassInnen von Gefängnissen gedrungen ist, muß der Informationsstand bezüglich Hepatitis als mangelhaft eingestuft werden. Hier sind zukünftig vermehrte Anstrengungen auch unter Einbezug der Angehörigen zu unternehmen.

*Zum Umgang mit Gesundheitsrisiken bei Sexualkontakten*

Gesundheitsriskantes Verhalten überprüften wir anhand von angewandten Schutzmaßnahmen und der Gestaltung privater Sexualkontakte vor und während der Haftzeit sowie der Erfahrung mit Beschaffungsprostitution.
Eine wichtige Veränderung in der Antwortstruktur über den Nutzen und die Funktion von Kondomen zeigt eine Sensibilisierung für die Funktion des Kondoms als Schutz vor Infektionen zum zweiten Befragungszeitpunkt bei den Insassinnen der JVA für Frauen Vechta. Bei den Männern bleibt die Tendenz der Erstbefragung stabil auf mittlerem Niveau, d.h. das Wissen um die Schutzfunktion eines Kondoms ist relativ gut ausgeprägt.

Ausgehend von einer hohen heterosexuellen Selbstdefinition (90%) bestätigen die Befragten ein Leben vor Haft in Partnerschaften, wobei ein Großteil der Insassen mit einer festen nicht-drogenabhängigen Partnerin zusammenlebte, und bei den Insassinnen der Anteil, der mit einem festen drogenabhängigen Partner zusammengelebt hat, deutlich höher ist. Zieht man das praktizierte Infektionsschutzverhalten mittels Kondomverwendung hinzu, so zeigt sich, daß über 90% der befragten Gefangenen in beiden Anstalten in ihren Partnerschaften ‘nie’ (zwei Drittel), ‘manchmal’ oder ‘selten’ Kondome verwendet haben. Über diese Aussagen werden infektiologische Risiken in der privaten Sexualität deutlich, vor allem in Partnerschaften, wo über die Drogenabhängigkeit eines Partners/einer Partnerin ein zusätzliches Infektionsrisiko bei eventuellem Nadeltausch besteht.

Bei der Frage nach Sexualkontakten während der Haftzeit ergeben sich zwischen den Anstalten gegenläufige Entwicklungen zwischen den beiden Meßzeitpunkten: Während noch vor Teilnahme am Modellprojekt in beiden Anstalten übereinstimmend jede/r fünfte befragte Gefangene Sexualkontakte während der Haftzeit bestätigt, steigen die Angaben zu sexuellen Aktivitäten zum zweiten Befragungszeitpunkt in Vechta auf etwa 56%, während nur zwei (5,6%) der männlichen Gefangenen über Sexualkontakte in der Haftzeit berichten. Sexualkontakte im Zusammenhang mit Beschaffungsprostitution werden überwiegend von der Frauen bestätigt. Während zum Zeitpunkt der ersten Erhebung noch über 40% der Frauen bestätigen, ‘jemals’ der Beschaffungsprostitution nachgegangen zu sein, sinkt diese Beschaffungsform ‘seit Teilnahme am Modellprojekt’ (bei Ausgang/Urlaub) auf 17%. Zur Frage der Kondomverwendung bei Beschaffungsprostitution geben 41% einen konsequenten Infektionsschutz mit Kondomen an. Bedacht werden muß dabei, daß Auskünfte zu diesem Bereich nur von einem Teil der Stichprobe gegeben

werden. Als Erklärung für diese Zurückhaltung ist zu vermuten, daß Fragen zur Sexualität und Prostitution in hohem Maße schambesetzt sind und nicht zum Gegenstand der Kommunikation mit Fremden gemacht werden. Eine endgültige Aussage über die Verwendung von Kondomen sowohl im privaten wie im Beschaffungsbereich muß offen bleiben. Zwar ergeben sich tendenzielle Verschiebungen hin zu einer höheren Benutzung von Kondomen, diese muß aber aufgrund hoher Fehlzahlen nicht repräsentativ für die gesamte Stichprobe sein.

Schließlich bleibt festzuhalten, daß die Aussagen der Befragten in beiden Anstalten sowohl für private sexuelle Kontakte, als auch für die Beschaffungsprostitution infektiologisch riskante Verhaltensmuster offenbaren. Diese Information weist auf die Bedeutung personal-kommunikativer Präventionsangebote für die Bereiche ‘safer sex’ und ‘safer work’ hin.

**Gesundheitsverhalten der Teilnahmeverweigerer**

Die in den Interviews beschriebenen Strategien zum Umgang mit Infektionsrisiken lassen auf weitgehend ineffektive Techniken und fatale Wissenslükken schließen. Festzustellen sind individuelle Versuche der Einordnung von Mitgefangenen in Bezug auf mögliche Ansteckungsgefahren beim Spritzentausch. Dabei wird allein auf sichtbare Zeichen und Selbstauskünfte der Spritzengeber gesetzt. Ferner werden Desinfektionstechniken beschrieben, die als unzureichend und ineffektiv bezeichnet werden müssen. Insgesamt wird deutlich, daß das Selbstmanagement der Spritzenversorgung durch ein gesundheitsriskantes Verhalten bei gleichzeitig vorhandenen Kontrollüberzeugungen charakterisiert ist. Es findet ein ‘innerer Dialog’ über mögliche Infektionsrisiken und krankheitsbezogene Konsequenzen statt, d.h. Infektionsrisiken und ihre Abwägung gehören im Bewußtsein zur Alltagsrealität der Befragten, indem sie als ständige existentielle gesundheitliche Bedrohungen präsent sind.

Die Strategien des Risikomanagements der befragten Nicht-Projektteilnehmer decken sich mit Risikovermeidungsverhalten anderer Gruppen aus Studien über Infektionsgefahren[8]: Die Befragten greifen eher auf selektive Strategien zurück, die darin bestehen, z.B. auf das Aussehen bestimmter Tauschpartner zu achten, d.h. auf Strategien, deren Effektivität eher trüge-

8 Vgl. Bericht der Medizinischen Evaluation des Modellprojektes, durchgeführt von dem Arzt der JVA für Frauen in Vechta, Karlheinz Keppler (unveröffentlicht)

risch ist. Die Selektivität bezieht sich auf die Tauschpartner, nicht auf die Tauschpraktiken. Diese individuellen Versuche zur Verhaltenssteuerung sind unter infektiologischen Gesichtspunkten defizitär und gesundheitsgefährdend. An dieser Stelle und bei dieser Zielgruppe kann der Gesundheitsauftrag des Modellprojektes als noch nicht konsequent erfüllt gelten.

**Bedeutung flankierender Präventionsangebote**

Das Modellprojekt „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug" beinhaltet mehr als nur die Vergabe steriler Spritzen an drogenabhängige Gefangene: In beiden Anstalten ist die Wichtigkeit flankierender Präventions- und Fortbildungsangebote sowohl für die betroffenen Gefangenen, als auch für die Bediensteten als integraler Bestandteil des Modellprojektes von Beginn an betont worden. Die Untersuchung bezieht sich zum einen auf die Organisation und Einbindung der Präventionsangebote in den Vollzugsalltag, zum anderen auf die Akzeptanz, Reichweite und mögliche Auswirkungen auf Bewußtseinsänderungsprozesse mit den Themen Drogenkonsum und Infektionsrisiken im Vollzug.

**Subjektive Bewertung der Bediensteten**

Bezüglich der Bewertung der Informationsveranstaltungen für die Gruppe der Gefangenen und die Gruppe der Bediensteten lassen sich deutliche Unterschiede zwischen der ersten und der zweiten Befragung feststellen. Nachdem die Fortbildungsmaßnahmen stattgefunden haben, werden die Angebote für die Gefangenen deutlich zurückhaltender bewertet (besonders in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe), als in der Einschätzung ihrer prinzipiellen Notwendigkeit beim ersten Meßzeitpunkt. Nicht so ausgeprägt, aber in ähnlicher Tendenz, spiegeln die Ergebnisse eine Abnahme in der subjektiven Bewertung von Informationsveranstaltungen für Bedienstete in beiden Anstalten wider. Bei der Gruppe der Bediensteten der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe kommt allerdings hinzu, daß die hier stattgefundenen Informationsveranstaltungen wesentlich niedriger bewertet werden als in Vechta (siehe Abb. 7.6). Diese Bewertung findet sich auch in einer geringeren Teilnahmefrequenz und einer geringeren Bereitschaft künftiger Teilnahme in der JVA Lingen I bestätigt. Zu vermuten ist ein grundsätzlicher Zusammenhang zwischen der erlebten Qualität der Informations- und Fortbildungsveranstaltungen und dem Bewertungsmaßstab. Die Qualitätsstandards für Präventionsveranstaltungen seitens der Bediensteten orientieren sich daran, wie

realitätsnah und umsetzbar die Schulungs- und Informationsangebote für ihren eigenen Arbeitsalltag erfahren werden. Dies wird deutlich in der Artikulation von Fortbildungsbedarf zu den Themen ‘konkreter Umgang mit Drogen und Drogennotfallhilfe’. Negativerfahrungen wirken sich unter Umständen motivationsmindernd aus. Hinzu kommen die Zwänge der alltäglichen Praxis der Arbeitsorganisation, die es erschweren, Freiräume für diese Veranstaltungen einzurichten (siehe Zwischenbericht, S. 251).

**Begleitende Präventionsmaßnahmen aus Sicht des Suchtberatungsdienstes, der Leitung, der Externen Dienste und der Bediensteten**

**JVA für Frauen Vechta**

*Der Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes*

Bezüglich der begleitenden Präventionsmaßnahmen wird vom Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes für die Bediensteten ein ursprüngliches Interesse an der Thematik des Modellprojektes festgestellt, das im Fortgang der Modellprojektpraxis und einer erfolgten Integration in den Arbeitsalltag in Ermüdungserscheinungen überging. Um Interesse wach zu halten bzw. zu wecken, zieht der SBD-Mitarbeiter positive Erfahrungen mit Tagesseminaren heran, die für ihn für die Zeit nach dem Ende der Modellphase eine notwendige Aufgabe darstellen. Die begleitenden Präventionsmaßnahmen für die Inhaftierten werden von ihm als im Prinzip motivierend für eine Annahme des Modellprojektes eingeordnet. Die Bewertung bezieht sich sowohl auf die regelmäßigen Informationsveranstaltungen in der Aufnahmephase als auch auf externe Angebote der Selbsthilfe und der AIDS-Hilfe. Die als Erweiterung der Angebote des internen und externen Suchtberatungsdienstes definierten offenen Kontakte und Präventionsveranstaltungen der externen AnbieterInnen werden gekennzeichnet durch zwei wesentliche Entwicklungen. Zum einen mangelt es bei großer Akzeptanz seitens der Inhaftierten an personellen und sächlichen Ressourcen, was zu einer reduzierten Angebotsstruktur und zu Diskontinuitäten in der Präsenz in der Anstalt führte. Zum anderen führt der Suchtberatungsdienstmitarbeiter an, daß die Vermittlung von infektionsrelevantem Wissen und Verhalten oftmals im Gegensatz stand zu aktuellen Bedürfnissen der Gefangenen nach Austausch und offener Treffmöglichkeit. Die Konzeption der externen Veranstaltungen hat sich verschoben von der Aufbereitung von Sachthemen hin zu einem Kontaktforum für Inhaftierte. Dieser Veränderungsprozeß hat zu Überlegungen geführt, zukünftig anstaltsintern verstärkt und zusätzlich Präventionsver-

anstaltungen für Inhaftierte zu entwickeln, wobei der Vorteil von Zielgruppennähe der Externen entfällt.

*Der Anstaltsleiter*

Der Nutzen der begleitenden Präventionsmaßnahmen, besonders der extern organisierten, wird vom Anstaltsleiter ebenfalls sowohl für das Klientel der drogenabhängigen Gefangenen als auch für die Mitarbeiterschaft hoch eingeschätzt. Weiterhin stellt er einen direkten Nutzen der begleitenden Präventionsveranstaltungen für den Vollzugsalltag fest, der sich sowohl auf die Situation der Bediensteten ausgewirkt hat als auch in Folge auf die Zusammenarbeit mit den Inhaftierten. Dadurch, daß Ängste in Bezug auf Übertragungsmöglichkeiten von Infektionen durch Schulung und Information bei den MitarbeiterInnen abgebaut werden konnten, wird von dem Befragten ein größeres Sicherheitsempfinden am Arbeitsplatz der Bediensteten beobachtet, das zu einer allgemeinen sozialen Entspannung in Bezug auf die drogenabhängigen Inhaftierten beigetragen hat.

*Die MitarbeiterInnen der Externen Dienste*

Die MitarbeiterInnen der Externen Dienste schätzen die Bedeutung externer Angebote für die Gefangenen vor dem Hintergrund eines Vertrauensbonus aufgrund des Externenstatus als hoch ein. Gleichwohl stellen sie Probleme in der Ansprechbarkeit von tabubehafteten Themenbereichen wie Sexualität fest. Besonders schwierig erscheint eine Diskussion im Gruppenzusammenhang, wo Ängste bestehen, sich mit Tabuthemenbereichen öffentlich zu machen oder sexuell genötigt zu werden. Im Gruppenzusammenhang formulierte Äußerungen und Informationen könnten anderen Gruppenteilnehmerinnen als Basis von Übergriffen dienen. Anhand dieser Zusammenhänge wird ein Teufelskreis benannt, der sich darüber in Gang setzt, daß Defizite in Bezug auf Kenntnisse präventiver Verhaltensmöglichkeiten (safer use, safer sex) vor allem bei jugendlichen Inhaftierten vorliegen, die schwer thematisierbar und deshalb schwer abbaubar sind und womöglich in erneuter Sprachlosigkeit enden.
Die befragten Externen sprechen didaktische Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Präventionsbotschaften an. Wie sind infektionsrelevante Informationen an Gefangene zu vermitteln, die bereits häufig mit der Problematisierung von Drogenkonsum und Infektionsrisiken konfrontiert wurden und die zumeist auch bereits ein Problembewußtsein besitzen? Gleichwohl macht

eine hohe Fluktuation die Notwendigkeit eines permanenten Aufklärungsangebotes deutlich. Darüber hinaus wird im Rahmen der Präventionsangebote die Erfahrung gemacht, daß das Interesse an Sachthemen gegen ein Bedürfnis nach Austausch über haft- und drogenspezifische Probleme steht. Gleichwohl lassen sich Themen wie 'safer use' noch eher von zielgruppennahen, erfahrenen MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfen und JES einbringen, als von anderen Außenstehenden ohne Betroffenenkompetenz.
Bei der Bewertung der Akzeptanz der eigenen externen Präventionsarbeit durch die Bediensteten wird ein Einstellungsänderungsprozeß der Bediensteten konstatiert. Während zu Beginn des Modellprojektes die Arbeit von AIDS Hilfe und JES Oldenburg mit Beschwerden bedacht wurde, so kann die Arbeit nun konfliktfreier gestaltet werden. Als Indiz für die gegenseitige Anerkennung kann gewertet werden, daß eine JES Mitarbeiterin die Themen 'Drogenabhängigkeit' und 'Justizvollzug' mehrfach in die Ausbildung an der Justizvollzugsschule einbringen konnte.

*Die Bediensteten*

Vielfältige institutionelle Anforderungen stehen einer kontinuierlichen anstaltsinternen Informationsvermittlung zum Modellprojekt im Wege. Wird aufgrund personell und zeitlich knapper Ressourcen eine Aktualisierung von relevanten Themen des Modellprojektes vernachlässigt, geraten die Themen im Arbeitsalltag in Vergessenheit bzw. werden verdrängt. Durch regelmäßige Wiederholungen oder routinemäßige Veranstaltungsabläufe kann ein bestimmter Pegel an Informiertheit bei der Mitarbeiterschaft aufrechterhalten werden.
Die Inhalte des Modellprojektes sollten regelmäßig in den monatlichen Teamsitzungen aktualisiert werden. Als Motiv für die vorgeschlagene Einrichtung wird evtl. immer noch mangelnde Akzeptanz seitens einzelner Bediensteter angegeben. Das Gespräch mit den nächsten KollegInnen sollte eine Atmosphäre gewährleisten, die mögliche Zweifel und Fragen zum Projekt zuläßt. Das persönliche Gespräch in der Kleinsteinheit 'Team' ist nach Meinung der Befragten der geeignetere Ort zur Klärung indifferenter Meinungen und Haltungen zum Modellprojekt als groß angelegte Informationsveranstaltungen.

An den begleitenden Präventionsangeboten der Anstalt für die Bediensteten und die Gefangenen sind die Bediensteten für ihre eigene Gruppe interessiert. Gleichzeitig verbinden sie mit den Tagesveranstaltungen, die möglichst alle Bedienstete erreichen sollen, organisatorische Probleme, die nötigen

Dienste in der Anstalt abzudecken. In Bezug auf die Gefangenen wird eine differenzierte Sicht gegenüber der Annahmebereitschaft begleitender Präventionsmaßnahmen eingenommen. Zum einen geht man davon aus, daß einige Gefangene bereits über einen hohen Informationsstand verfügen, während bei anderen Gefangenen kaum Interesse an Informationsveranstaltungen vorhanden ist. Der Grund dafür wird in ihrer Verwurzelung in der anstaltlichen Drogensubkultur mit entsprechendem Drogendauerkonsum gesehen, die sie nicht mehr aufnahmefähig für Präventionsbotschaften machen.
Die Qualitätsstandards für die begleitenden Präventionsveranstaltungen seitens der Bediensteten orientieren sich daran, wie realitätsnah und umsetzbar die Schulungs- und Informationsangebote für ihren eigenen Berufsalltag sind. Negativerfahrungen mit Referenten, die diesen Ansprüchen nicht genügen, wirken sich angesichts des knappen Angebots als motivationsmindernd aus. Obwohl die grundsätzliche Bereitschaft vieler Bediensteter als hoch eingeschätzt wird, an diesen Veranstaltungen teilzunehmen, liegen die Hemmnisse zur Teilnahme in arbeitsorganisatorischen Gründen. Die Zwänge der alltäglichen Praxis in der Anstalt machen es erforderlich, daß Freiräume für diese Präventionsveranstaltungen erst mühevoll geschaffen werden müssen.

**JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe**

*Der Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes*

Eine Verteilung der Arbeitsaufgaben nach fachlichen Schwerpunkten führt nach Meinung des Suchtberatungsdienstmitarbeiters zu einer für andere vollzugliche Aufgaben notwendigen Ausdifferenzierung von Verantwortungsbereichen, die sich für das Interesse an dem Modellprojekt und seiner Thematiken ‚Drogenkonsum' und ‚Infektionsgeschehen' unter Umständen negativ auswirken könnte. Vor dem Hintergrund dieser Einschätzung bewertet der Befragte die begleitenden Präventionsveranstaltungen für Bedienstete. Er kommt zu der Einschätzung, daß durch eine Aufgabenverteilung in Vollzugsdienst und Suchtberatungsdienst das Interesse für Fortbildungsveranstaltungen bestimmt wird. Nach Auffassung des Befragten fühlen sich die MitarbeiterInnen des AVD für die Thematik 'Sucht' und 'Infektionsgeschehen' eher nicht zuständig, weil sie diese Problematik an den SBD als Fachdienst delegieren können. Aufgrund dieser vorgenommenen Aufspaltung ist es schwierig, Bedienstete für Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich zu motivieren. Während der Projektlaufzeit gab es eine eher zögerliche Bereitschaft der Bediensteten zur freiwilligen, selbstmotivierten Teilnahme im

Rahmen der Arbeitszeit, die vornehmlich von den Fachdiensten in Anspruch genommen wurde. Daneben bestehen Erfahrungswerte hinsichtlich einer dienstlichen Einteilung zur Präventionsveranstaltung. Der Befragte vermittelt die Erfahrung, daß, auch wenn sie zunächst als Pflichterfüllung betrachtet werden, neue Lerninhalte als interessant bewertet werden.
Es besteht bei den Inhaftierten eine große Akzeptanz gegenüber den MitarbeiterInnen der Externen AIDS-Hilfe und deren Angeboten an begleitenden Präventionsangeboten, so daß die räumliche Kapazität der Teestube bei den wöchentlichen Treffen überlastet ist. Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht der ausschließliche Kontakt zu externen, von der Anstalt unabhängigen Personen, um eine Atmosphäre der Vertraulichkeit aufzubauen, die für Themen wie Infektionsprophylaxe und Drogenkonsumverhalten gerade im Vollzug von besonderer Bedeutung ist. Diese exklusive Kontaktmöglichkeit wird von dem Mitarbeiter des SBD als fachlich geboten hervorgehoben.

*Der Vollzugsleiter*

Die Relevanz der begleitenden Präventionsmaßnahmen wird im Zusammenhang mit der Einbindung externer Gruppen thematisiert. Wichtigste externe AnsprechpartnerInnen für Fragen der Infektionsprophylaxe sind die MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe, die kontinuierlich über die gesamte Laufzeit des Projektes Kontakt zu den Inhaftierten gehalten und einmal wöchentlich ein offenes Angebot unterbreitet haben. Der Nutzen des externen Status' verbunden mit einer Unabhängigkeit von vollzuglichen Aufgaben für Gespräche bei persönlichen Problemen drogenabhängiger Inhaftierter wird hervorgehoben.

*Die MitarbeiterInnen der Externen Dienste*

Das Interesse der Teilnehmerschaft an dem Teestubenangebot als begleitender Präventionsveranstaltung hat sich im Verlauf der zwei Jahre verändert: Während zu Beginn wesentlich mehr Gefangene mit inhaltlichen Interessen an der Präventionsarbeit der AIDS-Hilfe die Teestube besuchten, sind jetzt mehr Gefangene anwesend, die vorrangig die Versorgungsangebote im Rahmen der Teestube nutzen oder sich orientieren möchten.
Es wird die Erkenntnis geäußert, daß sich im offenen Angebot der ‚Teestube' das Interesse an Sachthemen im Bereich Schadensminimierung reduziert hat. Stattdessen wird von den Gefangenen die eigene Drogenabhängigkeit und Probleme mit Strafvollzug und Entlassung thematisiert. Deutlich

wird die Schwierigkeit benannt, gleichbleibend Interesse für infektionsrelevante Informationen und Präventionsbotschaften über einen zweijährigen Zeitraum zu wecken und aufrechtzuerhalten. Dies gilt besonders für Gefangene, die das Angebot über einen längeren Zeitraum nutzen.
Zur Vermittlung von Präventionsbotschaften hat die AIDS-Hilfe die Erfahrungen gesammelt, daß es sinnvoller ist, kurze Informationen über Schadensminimierung in die sich ergebenden Gespräche über die Drogenproblematik einfließen zu lassen, als mit einem umfangreichen Sachthema das Treffen strukturieren zu wollen. Darüber hinaus wird beabsichtigt, über das Anknüpfen an Problemen und Erfahrungen einzelner Gefangener einen Gruppenprozeß anzuregen, der andere Gefangene mit ihrem Wissen und ihrer Betroffenheit einbezieht, was erneut von den MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe aufgegriffen und zum Gegenstand von weiterführenden Fragen gemacht werden kann. Innerhalb dieses wechselseitigen Prozesses entsteht eine Dynamik, die als geeignet für den Transport von infektionsrelevanten Informationen erachtet wird. Begleitende Materialien wie Broschüren zu Hepatitis etc., die eigens für diese Zielgruppe in Groß Hesepe erstellt wurden, wirken dabei unterstützend und werden von Gefangenen auch mitgenommen, ohne selbst an der Teestube teilzunehmen.
Den Nutzen von offenen Gesprächen im Gruppenzusammenhang für die Präventionsarbeit wird hervorgehoben. Auf der Basis eines Vertrauensverhältnisses zu den externen AnbieterInnen entwickelte sich eine offene Gesprächskultur in der Teestubenarbeit, die eine Thematisierung von Problemen in einer geschützten Sphäre ermöglichte, in der mögliche Angriffe gegen eine Person durch die Anwesenheit Externer abgewehrt werden können.
Demzufolge hat das Angebot der Teestube eine wichtige Bedeutung für die Gefangenen für einen offenen Austausch der Drogenabhängigen untereinander und mit Außenstehenden, weil ansonsten kein Raum für vertrauliche Gespräche im Vollzug zur Verfügung steht. Darüber hinaus verstehen die externen MitarbeiterInnen das Teestubenangebot als ein wichtiges Forum, in dem ein gegenseitiger Austausch von Pro- und Kontra-Argumenten über das Modellprojekt im Hinblick auf die Bewertung von Hilfe- und Kontrollaspekten stattfinden kann.
Eine Reflexion der von der AIDS-Hilfe durchgeführten Präventionsveranstaltungen für Bedienstete führt zu einer differenzierten Bewertung. Während die Veranstaltungen, die auf freiwilliger Basis von den Bediensteten besucht werden konnten, insgesamt als sehr intensiv beschrieben werden,

werden die beiden Veranstaltungen, zu denen die Bediensteten eingeteilt wurden, als ungenügend vorbereitet und am Ende des Projektes auch als deplaziert eingestuft. In einer Selbstkritik wird festgestellt, begleitende Präventionsveranstaltungen eher an den Anfang einer solchen Maßnahme zu setzen. Inhaltlich werden die Informationen und die praktische Arbeit zur Drogennotfallhilfe didaktisch als sehr ansprechend bezeichnet.

*Die Bediensteten*

Bezüglich der konzeptionell vorgesehenen begleitenden personal-kommunikativen Präventionsangebote wird insgesamt ein Bedarf an Weiterbildung zur sozialen Kompetenzerweiterung im Umgang mit Drogenabhängigen, an kontinuierlicher Thematisierung von Hepatitisrisiken im Forum der Dienstbesprechung formuliert.

**Abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse**

*Akzeptanz innerhalb der verschiedenen Statusgruppen*

Die Akzeptanz der Modellprojektmaßnahmen durch die drogenabhängigen Inhaftierten differiert in den beiden untersuchten Anstalten. Während in der JVA für Frauen in Vechta aufgrund der Frequentierung des Modellprojektes und nach den Aussagen der Projektteilnehmerinnen eine große Annahmebereitschaft vorliegt, kann in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe von einer eher zurückhaltenden Akzeptanz gesprochen werden. Dies läßt sich durch eine zögerliche Bereitschaft zur offiziellen Teilnahme durch die drogenabhängigen Inhaftierten belegen, wie auch durch die Existenz einer verdeckten Praxis der Partizipation am Spritzentausch über Dritte.

*„ ... aber die totale Anonymität ist nicht gegeben. Das hat aber jetzt nichts mit der Durchführung des Projekts zu tun, das hat was mit der Transparenz im Knast zu tun, daß vieles bekannt ist.“ (Ein Gefangener, Zwischenbericht, S. 270)*

Obwohl Zweifel über eine Anonymität der Teilnahme bei Gefangenen in beiden Anstalten verbreitet sind, bilden sie in der Männerhaftanstalt die Begründung für eine Teilnahmeverweigerung bzw. inoffizielle Teilnahme. Die weiblichen Inhaftierten können ihre Anonymitätszweifel durch die personenunabhängige Vergabe über Automaten kompensieren. Ein weiterer Gesichtspunkt der angezweifelten Anonymität bildet die Praxis der relativ einsehbaren Spritzenlagerung in beiden Anstalten, die in der JVA Lingen I

Abt. Groß Hesepe eine informelle Praxis des ständigen Mitführens der Spritze am Körper hervorgebracht hat. Die hohen Spritzenumtauschzahlen in beiden Projektanstalten belegen am deutlichsten, daß sich ein gesundheitsbewußterer Umgang im Drogenkonsumverhalten entwickelt hat, der damit eine Annahme der gesundheitlichen Ziele von Infektionsprophylaxe bei den drogenabhängigen Inhaftierten als offizielle und ‚inoffizielle' ProjektteilnehmerInnen zeigt.

Eine Akzeptanz des Modellprojektes durch die Bediensteten kann für beide Anstalten in hohem Maße als erreicht bezeichnet werden. Die Projektpraxis wurde in den Arbeitsalltag und in die Routinen des Vollzuges integriert. In Lingen I Abt. Groß Hesepe vollzog sich dieser Prozeß der Einbindung in den Vollzugsalltag aufgrund der Unsichtbarkeit des Spritzenumtauschvorganges im Suchtberatungsdienst beiläufig und indirekt, während die Bediensteten der Frauenhaftanstalt durch direkte Arbeitsbezüge im Zusammenhang mit dem Vergabemodus via Automaten unmittelbar und aktiv in das Modellprojekt involviert waren. Der Annahmeprozeß vollzog sich vor dem Hintergrund unterschiedlicher Ausgangsbedingungen bei den Bediensteten beider Anstalten. Während die MitarbeiterInnen in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe zu Anfang dem Modellprojekt auf der Basis geringer Erwartungen bei einem gleichzeitig hohen Niveau von Befürchtungen gegenüberstanden, sahen die Verhältnisse in der Frauenhaftanstalt genau umgekehrt aus: anfänglich hohe Erwartungen bei gleichzeitig geringen Befürchtungen. Die Realitätsprüfung über die Projektlaufzeit hat in beiden Anstalten die Gegensätze der Ausgangssituation aufgehoben, d.h. die Bediensteten beider Anstalten haben sich auf einem etwa ähnlichen Niveau von Beurteilungen der konkreten Modellprojektpraxis angenähert. Die letztendliche Akzeptanzhaltung der Bediensteten beider Anstalten hat sich demnach in einem Prozeß der Umsetzung und konkreten Praxisgestaltung entwickelt – das Erleben bzw. die aktive Mitgestaltung der Praxis des Spritzenumtausches hat die Bediensteten überzeugt bzw. deren Beurteilungen des Modellprojektes relativiert.

*„Erst war sehr viel Unmut dabei, sehr viel Unzufriedenheit, weil eben die Befürchtungen bestanden, angegriffen zu werden oder bei Haftraumkontrollen damit in Berührung zu kommen, ist dann noch erhöhter, aber es läuft jetzt, ja....im Grunde, 80/90% kann man durchaus sagen, die das akzeptieren inzwischen. Das ist eigentlich Bestandteil des Vollzuges geworden." (Ein Bediensteter, Zwischenbericht, S. 200)*

*Machbarkeit der Maßnahme zur Infektionsprophylaxe*

Unter Beachtung der anstaltlichen Besonderheiten und der Verlaufsbedingungen des Modellprojektes kann die Einführung des Spritzenumtausches in den Justizvollzug als grundsätzlich machbar bewertet werden.
In beiden Anstalten kam es nicht zu Bedrohungen der Bediensteten oder der Mitinhaftierten durch Spritzen. Es wurden keine ProjektteilnehmerInnen aufgrund von Fehlverhalten aus dem Spritzenumtauschprogramm ausgeschlossen. Beide Vergabeformen wiesen hohe Rücklaufquoten gebrauchter Spritzen auf, d.h. die Befürchtung eines verbreiteten unsachgemäßen Umgangs bzw. einer illegalen Lagerung haben sich nicht bestätigt. Die Entwicklung besonderer Vorkommnisse in der Projektlaufzeit beschränkte sich im wesentlichen auf Regelverstöße im Zusammenhang mit der Spritzenlagerung am falschen Platz und des unerlaubten Besitzes von Spritzen (z.B. bei Substituierten). Bei einer gleichbleibenden Routine von Haftraumkontrollen ergaben sich in der Projektlaufzeit keine auffällig vermehrten Drogenfunde als Indikator eines befürchteten Anstiegs des Drogenkonsums. Der Aufbau eines Spritzenumtauschprojektes als weiterer Baustein der Suchtkrankenhilfe im Vollzug hat keinen negativen Einfluß auf die Vermittlung in weiterführende Behandlungsmaßnahmen genommen. Es läßt sich im Gegenteil feststellen, daß es insgesamt Zunahmen in der Vermittlung in andere therapeutische Maßnahmen gegeben hat. Die Lockerungspraxis für die Gruppe der ProjektteilnehmerInnen war vergleichbar mit der Gesamtgruppe drogenabhängiger Inhaftierter im geschlossenen Vollzug, d.h. das Modellprojekt hat keine negativen Konsequenzen für die Vollzugslockerungen der ProjektteilnehmerInnen bewirkt.

Die unterschiedlichen Spritzenvergabemodalitäten per Automat und von Hand-zu-Hand ließen sich in die jeweiligen anstaltlichen Verhältnisse einbinden. Mit der Praktikabilität wurde grundsätzlich die von den Anstalten vorab eigenverantwortlich getroffene Wahl des Vergabeverfahrens bestätigt. Im Detail ergaben sich im zweijährigen Projektverlauf Unwägbarkeiten und Störungen bei beiden Spritzenabgabevarianten: Die personenorientierte Hand-zu-Hand-Vergabe machte aufgrund einer geforderten kontinuierlichen Präsenz einen erheblichen personellen Aufwand und personalorganisatorische Regelungen und Ressourcenplanungen nötig. Die Automatenvergabe war gekennzeichnet durch Phasen technischer Funktionsstörungen und durch Manipulationsversuche Gefangener. Die Umsetzbarkeit einer Infektionsprophylaxe mit dem Ziel einer möglichst umfassenden Erreichbarkeit der betrof-

fenen drogenkonsumierenden Inhaftierten durch Spritzenvergabe ist bei dem Hand-zu-Hand-Verfahren angesichts einer größeren Zurückhaltung der drogenabhängigen Inhaftierten in Lingen I Abt. Groß Hesepe eingeschränkt.

Über die Projektlaufzeit hat sich erwiesen, daß die Spritzenumtauschprojekte als integrale Bestandteile des Suchtkrankenhilfesystems eine Ergänzung um suchtbegleitende, schadensminimierende Aspekte der Drogenhilfe leisteten. Neben dieser inhaltlichen erfolgte auch eine organisatorische Einbettung des Spritzenumtauschprojektes in den anstaltlichen Suchtberatungsdienst: Deren MitarbeiterInnen übernahmen eine Schlüsselfunktion für die Leitung, Steuerung und Vermittlung zwischen verschiedenen anstaltlichen Instanzen und Interessengruppen. Für die Umsetzung des Projektes waren anstaltliche Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen bestimmend, die Informationen bündelten und den gesamten Projektprozeß begleiteten: jeweils eine Arbeitsgruppe zum Spritzenprojekt, zusammengesetzt aus allen Personalbereichen.

*„Es ist ein Erfolg insofern, daß es keinerlei negative Begleiterscheinungen gegeben hat, also bis auf einige technische Defekte, und vor allen Dingen, weil es schon ziemlich schnell zu was Alltäglichem, Integriertem geworden ist, es ist nichts besonderes mehr.“ (Ein Bediensteter, Zwischenbericht, S. 238)*

*Entwicklung des Drogengebrauchsverhaltens der Inhaftierten*

Grundsätzlich bleibt das Drogengebrauchsverhalten von DrogenkonsumentInnen bei ihrer Inhaftierung erhalten, wenn auch zum Teil mit Unterbrechungen und mit reduzierten Konsummengen und geringeren Konsumhäufigkeiten.

*„Was das Konsumverhalten angeht, das ist natürlich erstmal eingeschränkt worden, ganz klar, weil das Angebot natürlich nicht so entsprechend ist, aber, ich sag’ mal so: was ich kriegen konnte, habe ich natürlich dann auch mitgenommen...“ (Ein Gefangener, Abschlußbericht, S. 302)*

Obwohl der Konsum vor allem sedierender Drogenarten in Haft fortgesetzt wird, gehören entsprechend der Diskontinuität des Drogenangebots ungewollte Entzüge zum Alltag des intramuralen Drogenkonsums. Alternative Formen der Drogenapplikation (z.B. sniefen, inhalieren) verschwinden zulasten einer intravenösen Konsumform. Aufgrund der verbreiteten Praxis gemeinsamer Spritzenbenutzung in Ermangelung steriler Spritzen vor Beginn des Modellprojektes fand der Drogenkonsum in Haft gesundheitsriskant

im Hinblick auf Infektionsgeschehen statt. Als Desinfektionstechniken sind ineffektive Methoden, wie Ausspülen mit Wasser, oder 'Durchdrücken mit Luft' weiterhin verbreitet. Seit Beginn des Modellprojektes reduziert sich das Risikoverhalten ‚needle sharing' und die Weitergabe benutzter Spritzen drastisch: Befragt nach den Umständen der letzten Injektion in Haft benennen 54 Gefangene vor Einführung des Modellprojektes Situationen von Spritzentausch mit zuvor übernommener Spritze in Haft. Seit Teilnahme am Modellprojekt verschwindet dieses Risikoverhalten in Vechta ganz und bleibt lediglich mit vier Nennungen der Projektteilnehmer in Lingen bestehen. Ein wesentlicher gesundheitsbezogener Aspekt des Modellprojektes wird darüber deutlich, daß sich ambulante und stationäre Behandlungen wegen Überdosierungen unter der Laufzeit des Modellprojektes vor allem in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe drastisch reduziert haben: Waren es noch vor Eintritt in das Modellprojekt in Vechta 19,4% und in Lingen 31%, die Erfahrungen mit Überdosierungen gemacht haben, verschwindet das Aufkommen dieser gesundheitlich und existentiell bedrohlichen Situation bis auf eine Ausnahme während des Modellprojektes (in Lingen) völlig.

*Gesundheitsorientierte Einstellungen, Gesundheitswissen und -handeln*

Die Ergebnisse der medizinischen Evaluation in Vechta bestätigen, daß sich für die am Modellprojekt teilnehmenden Inhaftierten wichtige Verbesserungen ihrer gesundheitlichen Situation ergeben haben. Die allgemeine gesundheitliche Verfassung verbessert sich, was sich in Bezug auf den medizinisch erhobenen äußeren Eindruck, Stimmungslage, psychiatrische Auffälligkeiten, Gewicht und Laborwerte feststellen läßt. Während der Laufzeit des Modellprojektes nimmt die Verbreitung von Abszessen ab, was auf die Entwicklung bzw. Beibehaltung eines hygienischen intravenösen Drogenkonsums schließen läßt. Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, daß bei keiner dauerhaft am Spritzenprojekt teilnehmenden Gefangenen eine Serokonversion in Bezug auf HIV oder Hepatitiden aufgetreten ist. Deutlich wird jedoch im Zusammenhang erfolgter Serokonversionen bei Gefangenen mit Lockerungen, Flucht etc., daß sich jugendliche Gefangene in hohem Maße risikoreich verhalten. Auf der Basis einer sehr reduzierten Stichprobe wurde auch in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe keine Serokonversion festgestellt.

*„Das habe ich hier noch nicht wieder erlebt, daß zwei, die zusammen was genommen haben, also sich eine Pumpe teilen müssen." (Ein Gefangener, Abschlußbericht, S. 310)*

In der Projektlaufzeit hat sich das Wissen bei den Bediensteten in Bezug auf den Charakter der Krankheiten/Infektionen HIV/AIDS und Hepatitis, Infektionswege, Krankheitssymptome, Prävention, Testmöglichkeiten etc. in der JVA für Frauen in Vechta erweitert, während bei den Bediensteten in Lingen ein Rückgang dieses Wissensbestandes zu verzeichnen ist. Diese Abnahme des Wissens über Infektionskrankheiten allgemein geht einher mit einer abnehmenden Akzeptanz von entsprechenden Informations- und Schulungsveranstaltungen. Der mit dem Modellprojekt beabsichtigte Begleiteffekt einer Erweiterung gesundheitsorientierten Wissens bei allen Beteiligten konnte für die Gruppe der Bediensteten in Lingen I Abt. Groß Hesepe bislang nicht eingelöst werden. Unklar bleibt, inwieweit auch in dieser eigentlich unerwünschten Entwicklung die relative Unsichtbarkeit der Modellprojektmaßnahmen und damit die fehlende kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Phänomenen 'Drogenkonsum und Infektionsrisiken im Vollzug' zum Tragen kommt. Es ist nicht gelungen, eine dauerhafte Sensibilisierung für diese Themen bei den Bediensteten in Lingen zu erreichen. Allerdings kann den Bediensteten beider Einrichtungen ein gewachsenes Gesundheitsrisikobewußtsein, ausgedrückt in einer deutlichen Zunahme an Impfungen gegen Hepatitis A, stärker noch gegen Hepatitis B, bestätigt werden.

Parallel zu der Entwicklung bei den Bediensteten läßt sich eine Tendenz bei der Entwicklung des gesundheitsorientierten, infektionsrelevanten Wissens auch bei den Inhaftierten ablesen. Während die mittlere Beschäftigungszeit mit Infektionskrankheiten bei den Insassinnen in Vechta von der ersten zur zweiten Befragung gestiegen ist, ist sie in Lingen abgesunken, d.h. die Entwicklungen zwischen den beiden Einrichtungen sind gegenläufig. Häufigste GesprächspartnerInnen für Themen in Zusammenhang mit HIV/AIDS und Hepatitis sind die Mitgefangenen. Dies ist ein Beleg für die Bedeutung der Weitergabe von Informationen über potentielle oder bereits eingetretene infektiologische Bedrohungen innerhalb der Gleichgestellten-Gruppe und macht entsprechend die Relevanz von peer support-Ansätzen zur Verbesserung der Präventionsarbeit deutlich.
Bei den Wissensfragen zu HIV/AIDS-Themen sind die Inhaftierten beider Anstalten nicht wesentlich schlechter informiert als die Bediensteten. Allerdings wissen die InsassInnen insgesamt besser über Transmissionswege und Krankheitssymptome bei Hepatitis Bescheid, als die Bediensteten in beiden Anstalten – wenn auch das Wissen noch erhebliche Defizite aufweist.
Die Aussagen der InsassInnen in beiden Anstalten offenbaren sowohl für private sexuelle Kontakte, als auch für die Beschaffungsprostitution infektio-

logisch riskante Verhaltensmuster. Diese Information weist auf die Bedeutung personal-kommunikativer Präventionsangebote für die Bereiche ‘safer sex’ und ‘safer work’ hin.

Bei der Gruppe der Teilnahmeverweigerer in Lingen I Abt. Groß Hesepe lassen die beschriebenen Strategien im Umgang mit Infektionsrisiken auf weitgehend ineffektive Techniken und fatale Wissenslücken schließen. Festzustellen sind bei ihnen individuelle Versuche der Einordnung von Mitgefangenen in Bezug auf mögliche Ansteckungsgefahren beim Spritzentausch. Dabei wird allein auf sichtbare Zeichen und Selbstauskünfte der Spritzengeber gesetzt. Ferner werden Desinfektionstechniken beschrieben, die als unzureichend und ineffektiv bezeichnet werden müssen.

*Bedeutung flankierender Präventionsangebote*

Die Projektpraxis hat die grundsätzliche Relevanz von begleitenden Präventionsmaßnahmen für eine verstärkte Gesundheitsorientierung bei ‚Drogenkonsum und Infektionskrankheiten’ und für einen Identifikationsprozeß mit den präventiven Projektzielen für die InsassInnen und die Bediensteten verdeutlicht.
Die Bediensteten der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe bewerten die hier stattgefundenen Informationsveranstaltungen wesentlich niedriger, als die Bediensteten in Vechta ihre Erfahrungen mit Präventionsmaßnahmen. Diese niedrigere Bewertung in Lingen I Abt. Groß Hesepe findet sich auch in einer geringeren Teilnahmefrequenz und einer geringeren Bereitschaft künftiger Teilnahme an Präventionsveranstaltungen bestätigt. Die Qualitätsstandards für Präventionsveranstaltungen seitens der Bediensteten orientieren sich daran, wie realitätsnah und umsetzbar die Schulungs- und Informationsangebote für ihren eigenen Arbeitsalltag erfahren werden. Dies wird deutlich in der Artikulation von Fortbildungsbedarf zu den Themen ‘konkreter Umgang mit Drogen und Drogennotfallhilfe’. Negativerfahrungen mit der Qualität angebotener Schulungsmaßnahmen wirken sich motivationsmindernd aus. Hinzu kommen die Zwänge der alltäglichen Praxis der Arbeitsorganisation, die es erschweren, Freiräume für diese Veranstaltungen einzurichten. Durch regelmäßige Wiederholungen oder routinemäßige Veranstaltungsabläufe kann ein bestimmter Pegel an Informiertheit bei der Mitarbeiterschaft aufrechterhalten werden.

Die Präventionsveranstaltungen, die von Externen Diensten (AIDS-Hilfe, JES, Externe Suchtberatung) angeboten worden sind, wurden von den Insas-

sInnen in hohem Maße angenommen und als förderlich im Hinblick auf offene Kontaktmöglichkeiten und vertrauensvolle Gesprächsmöglichkeiten erlebt, was sich besonders in dem offenen Teestubenangebot in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe gezeigt hat. Eine gelungene Integration Externer Dienste in die begleitende Präventionsarbeit basiert auf dem Vertrauensvorsprung als Externe jenseits anstaltlicher Kontrollinteressen und auf der Zielgruppennähe und Betroffenenkompetenz ihrer MitarbeiterInnen. Aus der Sicht der Externen Dienste ergeben sich durch die vorgetragene Bedürfnisvielfalt der Inhaftierten methodisch-didaktische Umsetzungsprobleme einer dauerhaften Vermittlung von infektionsrelevanten Sachthemen und Präventionsbotschaften zum Infektionsschutz.

*„Ich habe allerdings auch gemerkt, daß diese Teestube ganz ganz wichtig ist, weil es kaum einen Raum gibt für drogengebrauchende Menschen im Knast, wo die über ihre Problematik ganz offen reden können, weil wir als externe, da haben die natürlich wesentlich mehr Vertrauen zu als interne Mitarbeiter..." (Eine Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe, Abschlußbericht, S. 440)*

Zum besseren Verständnis des Modellprojektes „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug" dient die folgende Synopse ausgewählter Aspekte der Projektpraxis:

Zusammenfassung: **Modellprojektpraxis**

| | *JVA für Frauen in Vechta* | *JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe* |
|---|---|---|
| **Haftplätze** | 183 | 267 |
| **Haftarten** | Sämtliche Haftarten: U-Haft, Freiheitsstrafe, Abschiebehaft, Jugendstrafe etc. | Geschlossener Vollzug für männliche erwachsene Straftäter |
| **Anteil der Drogenabhängigen** | Mindestens 50% | Mindestens 50% |
| **Beginn d. Projektes:**<br>**Ende:** | 15.04.96<br>14.04.98 | 15.07.96<br>14.07.98 |
| **Modus der Spritzenabgabe** | 5 Spritzenaustauschautomaten dezentral in verschiedenen Abteilungen der Anstalt installiert | Hand-zu-Hand Vergabe über den internen Suchtberatungsdienst, dessen MitarbeiterInnen für diese Aufgabe in die ärztliche Schweigepflicht eingebunden sind. An Wochenenden Abgabe über Sanitätspersonal. Räumliche Erweiterung über Teestube als niedrigschwelliger Kontakt. |
| **Ziele** | • Prävention von Neuinfektionen von HIV u. Hepatitis<br>• Gesundheitsförderung<br>• Leichter anonymer Zugang zu sterilen Spritzen und Utensilien, um den Handelswarenstatus der Spritzen abzuschaffen.<br>• Gesundheitlicher Schutz des Personals | • Prävention von Neuinfektionen von HIV u. Hepatitis<br>• Gesundheitsförderung<br>• Leichter anonymisierter Zugang zu sterilen Spritzen und Utensilien, um den Handelswarenstatus der Spritzen abzuschaffen.<br>• Gesundheitlicher Schutz des Personals<br>• Kontaktaufnahmemöglichkeit (Teestube) mit anderen, ggf. bislang unbekannten Drogenabhängigen als Angebotserweiterung des Suchtberatungsdienstes |

| | | |
|---|---|---|
| **Teilnahmebedingungen** | • Erklärung der Drogenabhängigkeit gegenüber dem Arzt<br>• Ausgabe einer Spritzenattrappe<br>• einmalige Registrierung in der Gesundheitsakte | • Erklärung der Drogenabhängigkeit gegenüber dem Arzt bzw. Suchtberatungsdienst<br>• Ausgabe einer ersten sterilen Spritze, die zum weiteren Tausch berechtigt<br>• einmalige Registrierung in der Gesundheitsakte |
| **Ausschluß** | • Substituierte Gefangene (ca. 15)<br>• Gefangene der Aufnahmestation<br>• Mutter-Kind-Station<br>• Freigang | • Substituierte Gefangene (ca. 20) |
| **Tauschpraxis** | Relativ anonymer Zugang zu den Automaten über einen längeren Tageszeitraum | • Relativ anonymer Zugang zu den Räumen des Suchtberatungsdienstes und der Teestube zu täglichen festen Umtauschzeiten<br>• Registrierung des Umtausches und der Frequenz |
| **Aufbewahrungsort der Spritzen** | Sichtbar in einer Plastikbox auf der Waschkonsole in der Zelle | Im abschließbaren Schrank in einer speziellen Halterung |
| **TeilnehmerInnenzahlen insgesamt** | 169 | 83 |
| **Begleitende Präventionsmaßnahmen** | • JES (Junkies, Ex-User, Substituierte) und regionale AIDS-Hilfe (Oldenburg)<br>• Interne und externe Dienste | • Regionale AIDS-Hilfe (Emsland)<br>• Interne und externe Dienste |
| **Anzahl getauschter Spritzen** | 16390 | 4517 |
| **Anzahl getauschter Spritzen pro Tag** | ca. 23 | ca. 6 |
| **Spritzen nicht zurück, bzw. überzählig aus den Automaten gezogen** | 167 (16.08.96-14.04.98) | 76 |
| **Rücklaufquote** | 98,9% (bezogen auf den Zeitraum 16.08.96-14.04.98) | 98,3% |

Auf einer Pressekonferenz am 22. März 1999 kündigt der Minister für Justiz und Europaangelegenheiten des Landes Niedersachsen Dr. W. Weber an, daß im Jahre 2000 in allen niedersächsischen Gefängnissen Spritzen an drogensüchtige Häftlinge abgegeben werden sollen. Er bescheinigte dem Modellprojekt in Vechta und Lingen I Abt. Groß Hesepe einen erfolgreichen Verlauf. Eine Einführung in alle Anstalten wurde dabei an bestimmte Bedingungen geknüpft: Änderung der Bundesgesetze und Ergebnisse einer medizinischen Studie (vgl. HAZ v. 23.2.99; NP 23.3.99; TAZ 24.3.99; Cellische Zeitung 23.3.99). Eine Entschließung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Niedersächsischen Landtag hat in einem Antrag u.a. gefordert, zur Infektionsprophylaxe den Spritzentausch bis zum Jahre 2004 flächendeckend einzuführen (Nds. Landtag 1999).

### 4.2 Infektionsprophylaxe im Strafvollzug in der JVA Vierlande, Hamburg

Der Anstoß zur Durchführung des Projektes kam im Gegensatz zu den beiden niedersächsischen Projekten nicht aus den Anstalten selbst, sondern durch eine Entscheidung des Justizministeriums. Durchgeführt wird das Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe in der JVA Vierlande.

Die Anstalt umfaßt ca. 300 Plätze für erwachsene Männer im offenen Regelvollzug, sowie neuerdings eine Abteilung für 21 Frauen. Die InsassInnen waren dort teilweise in 7er-Zellen untergebracht, zur Zeit findet jedoch ein Umbau in 2er-Zimmer statt. Die Wahl fiel auf diese Anstalt, weil dort ein hoher Bedarf festgestellt und keine geeignete geschlossene Anstalt in Hamburg gefunden wurde. Der Spritzentausch allein wäre allerdings von den Bediensteten in Vierlande als Resignation gesehen worden. Daher wurde die Teilnahme am Projekt mit einem Forderungskatalog verbunden, der u.a. die Forcierung der Umbaumaßnahmen, Fortbildungen und eine Aufstockung der Substitution innerhalb der Anstalt umfaßte und auch genehmigt wurde.

Das Thema Drogen ist im offenen Vollzug relativ neu, da Drogenabhängigkeit bisher in der Regel eine Indikation gegen den offenen Vollzug war. In Hamburg befinden sich jedoch inzwischen ca. 30% der Inhaftierten im offenen Vollzug und seit einigen Jahren auch DrogenkonsumentInnen. Daher wird der Umgang mit Drogen auch im offenen Vollzug stärker thematisiert.

Die Installation des Projektes wurde frühzeitig vorbereitet. 1994 gab es erstmals Fortbildungen für Bedienstete zum Thema Sucht, 1995/96 Fortbildun-

gen speziell zur Spritzenvergabe und von Mitte Juni bis Anfang September Praxisbegleitung durch externe MitarbeiterInnen, bestehend aus Fortbildungen und Sprechstunden für Bedienstete und InsassInnen. Die Sprechstunden werden über den ganzen Zeitraum des Projektes angeboten und bilden ein Bindeglied zwischen Personal und InsassInnen. Sie haben sich bewährt.

Außerdem wurde eine AG, bestehend aus VertreterInnen von Justizbehörde, Anstalt, Personalrat und externen MitarbeiterInnen der Begleitforschung gegründet, die während des Projektverlaufs bestehen bleibt. Diese Form der Praxisbegleitung soll auch in Lübeck stattfinden.

**Modalitäten**

Die Spritzenvergabe erfolgt per 1:1-Tausch durch Automaten. Es gibt keine Vorbedingungen für die Teilnahme (auch Substituierte können tauschen) und keine Registrierung der TeilnehmerInnen. Bei Teilnahmebeginn werden Spritzenattrappe und der dazugehörige Behälter, außerdem ein Blatt mit Informationen und Teilnahmeregeln durch die externe Drogenberatung ausgehändigt. Ziel dieses Vorgehens ist ein intensiverer Beratungskontakt. Für eine anonyme Zugänglichkeit wird durch nicht einsehbare Plazierung der Automaten gesorgt. Es kann zwischen zwei Spritzentypen gewählt werden: a) 12 mm Insulinspritzen; b) Spritzen mit längeren Kanülen (1 Automat). Die Beschädigungen der Automaten gingen in der letzten Zeit des Modellprojektes gegen Null. Die Spritze muß im Schrank aufbewahrt oder im dafür vorgesehenen Behälter bei sich getragen werden. Diese Regel wird jedoch selten befolgt.
Die Spritzenautomaten wurden zunächst aus der Schweiz bezogen, seit kurzem wird ein weiterer Automatentyp getestet, da sich die Schweizer Geräte als sehr störanfällig erwiesen.

Bei dem Hamburger Projekt stand zunächst die technische Seite wie bspw. Vergabemodalitäten im Vordergrund. Neuerdings werden auch Fortbildungen entwickelt.

**Erfahrungen mit der Umsetzung**

Spritzentausch ist relativ schnell Alltag geworden, es ist eine gewisse Gelassenheit entstanden. Die anfängliche Skepsis einiger Gefangener (besonders stark bei denjenigen, die eher Alkoholprobleme haben) hat sich relativ schnell gelegt. Spritzen als Waffen war eigentlich nie ein Thema bei den Bediensteten, sondern kam eher aus dem politischen Bereich. Bis zum jetzi-

gen Zeitpunkt (Stand: Januar 2000) gab es keine Angriffe mit Spritzen, und die im Gelände gefundenen Spritzen sind eher weniger geworden. Die Gefangenen halten sich größtenteils nicht an die Aufbewahrungsregeln, möglicherweise, um ihre Teilnahme am Projekt nicht sichtbar werden zu lassen (ständiges Outing).

**Juristische Aspekte**

Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, daß eine Teilnahme am Projekt nicht zwangsläufig bedeutet, Drogen zu konsumieren. Hier unterscheiden sich die juristischen Interpretation Hamburgs und Niedersachsens: In Niedersachsen hat die Teilnahme am Spritzentausch zur Vorbedingung, daß durch den Anstaltsarzt eine Drogenabhängigkeit diagnostiziert wird. Dabei reicht es allerdings in Vechta und Groß Hesepe, daß sich der/die Gefangene gegenüber dem Arzt als drogenabhängig bezeichnet und am Projekt teilnehmen möchte.
In Hamburg gibt es die Indikation Drogenabhängigkeit als Bedingung der Teilnahme am Projekt nicht. Hier ist der Grundgedanke: Wer teilnehmen will, hat Grund dazu. Dies gilt im Gegensatz zu Vechta und Groß Hesepe ebenfalls für Substituierte.

Zu Beginn des Projektes setzten einige Richter eine Spritzenvergabe mit einer Toleranz von Drogen gleich. So gab es bspw. Schwierigkeiten mit Anträgen auf vorzeitige Entlassung. Aus dieser Erfahrung heraus wurde geraten, bei der Planung eines Spritzenprojektes auch RichterInnen frühzeitig miteinzubeziehen.

Nachdem in Hamburg der Schwerpunkt zunächst auf eher technischen Aspekten lag, besteht jetzt Bedarf an Informationsveranstaltungen und Schulungen wie safer-use-Trainings. Hepatitis sollte noch stärker thematisiert werden. Es ist daran gedacht, eine Fortbildungsreihe „Suchtberater-Fortbildung“ für Bedienstete zu organisieren. In Bremen ist bereits eine einjährige berufsbegleitende Fortbildung „Umgang mit Rauschmittelabhängigkeit im Strafvollzug“ durchgeführt worden.

Die wissenschaftlichen Abschlußberichte kommen zu gegensätzlichen Empfehlungen. Die sozialwissenschaftliche Begleitung (Gross 1998) spricht sich gegen eine Fortführung des Spritzenumtauschprojektes aus, während die medizinische Untersuchung (Heinemann/Püschel 1998) sich dafür ausspricht. Die Sozialwissenschaftler begründen ihre Ablehnung mit den kon-

statierten geringen Erfolgen bei der Reduzierung des needle-sharings und dessen Auswirkungen auf den Vollzugsalltag bzw. das Konsumverhalten der Gefangenen. Allerdings weist der Bericht einerseits auf organisatorische Mängel der Praxisdurchführung hin (mangelnde Automatenwartung, unzureichende Anonymitätsgewährung bei der Standortwahl, mangelhafte Versorgung mit Attrappen, schlechte Spritzenversorgungsangebote), die es vielen Gefangenen schwer gemacht haben, das Projekt wie erwartet anzunehmen. Gleichwohl wurden im Untersuchungszeitraum über 10.000 Spritzen getauscht. Deutlich wird insgesamt die fehlende Begleitung der Bediensteten und Gefangenen durch zielgruppenspezifische Präventionsangebote.

Andererseits wird in der Untersuchungsanlage auch deutlich, daß eine Prozeßbegleitung des Modellversuchs durch die wissenschaftliche Begleitung in Form einer zeitnahen Rückmeldung der gefundenen Forschungs(zwischen-) ergebnisse nicht stattgefunden hat. D.h. daß die Zurückhaltung wissenschaftlicher Erkenntnisse insofern auch wenig Korrekturen in der Praxis vorgenommen werden konnten. Als Beispiele sind zu nennen: festgestellte fortgesetzte Verstöße gegen Spritzenlagerung, Einstellung der Bediensteten zur Wegnahme von Spritzen, Zellenrevisionen aufgrund der Beobachtung der Spritzenautomatnutzung etc.

Gleichzeitig konnte eine Längsschnittuntersuchung bei den Gefangenen nicht im erwarteten Maß realisiert werden (lediglich ein drogenabhängiger Gefangener wurde zu einem zweiten Zeitpunkt befragt), so daß keine Prozeßbetrachtung vorgenommen werden konnte.

Schließlich muß konstatiert werden, daß die vielen positiven Resultate nicht gebührend gewürdigt werden: z.B. Unabhängigkeit der Inanspruchnahme weiterführender therapeutischer Angebote vom Spritzentauschangebot, Mythos ‘Anfixen’ läßt sich nicht bestätigen, keine Bedrohungssituation von Gefangenen oder Bediensteten.

### 4.3 Infektionsprophylaxe im Strafvollzug in zwei Berliner Justizvollzugsanstalten

Am 6.6.1996 wurde vom Berliner Abgeordnetenhaus beschlossen, in zwei Berliner Haftanstalten (JVA für Frauen Berlin/örtlicher Bereich Lichtenberg und JVA Plötzensee/Lehrter Str.) in wissenschaftlich begleiteten vierjährigen Modellversuchen sterile Einwegspritzen an drogenabhängige Gefangene abzugeben. Die von den Anstalten konzipierten Spritzentauschprojekte

ergänzen die vorhandenen Drogenhilfekonzepte in den beiden Anstalten um den Bereich der Schadensminimierung (Konzeption Modellvorhaben Spritzenvergabe in der JVA für Frauen Lichtenberg u. Lehrter Str. 1998). Auch in den beiden Berliner Haftanstalten wurden beide Vergabemodi (Automaten – JVA Lichtenberg; Hand-zu-Hand-Vergabe – JVA Lehrter Str.) gewählt. Beide Projekte arbeiten eng mit der örtlichen Berliner AIDS-Hilfe zusammen. Es finden für die MitarbeiterInnen und Gefangenen begleitende Präventionsveranstaltungen statt. Es wurden noch keine Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung publiziert.

## 4.4 Modellprojekte in der Schweiz

### „Medizinischer Ungehorsam“

Nicht internationale Gremien, sondern ein praktizierender Arzt in der Männerhaftanstalt Oberschöngrün in der Nähe von Solothurn, Dr. Franz Probst, hat in einem Akt „medizinischen Ungehorsams“[9] einen pragmatischen und effektiven Schritt getan: Er hat seit Herbst 1992 an die von ihm behandelten und als drogenabhängig diagnostizierten Gefangenen Spritzen verteilt, zunächst ohne die Leitung zu informieren oder gar um Erlaubnis zu bitten. Er fühlte sich seinem ärztlichen Eid verpflichtet und hat seinen eigenen Weg aus dem bekannten ethischen Dilemma beschritten, helfen zu müssen, aber scheinbar nicht helfen zu können. Ein Weg, den heute übrigens auch jeder Arzt bei uns gehen könnte – wenn er wollte und überzeugt genug davon wäre, daß er in einem überschaubaren Rahmen tatsächliche Hilfe leisten könnte. Die beruflichen Risiken – falls er die Anstaltsleitung nicht von der Notwendigkeit seines Handelns überzeugen könnte – waren auch für Franz Probst nicht zu kalkulieren. Die Anstaltsleitung hat allerdings diesen Weg der Spritzenabgabe toleriert und gutgeheißen.

Neben Oberschöngrün/Solothurn und der Männerhaftanstalt Realta werden auch in der Frauenhaftanstalt in Hindelbank/Bern Spritzen an i.v. Drogenabhängige abgegeben (Nelles et al. 1995). Alle Modelle werden im folgenden kurz vorgestellt.

---

9 Z.B. HIV-Infektionsgefährdung bei homosexuellen Männern aus Unterschichten (Bochow 1997, 113)

**Frauenhaftanstalten Hindelbank/Bern**

Mit der Unterstützung durch das Bundesamt für Gesundheitswesen wurde in der Frauenhaftanstalt Hindelbank/Bern von 1994-1995 ein Pilotprojekt zur Drogen- und Aids-Prävention im Gefängnis durchgeführt. Das Präventionsangebot bestand aus Informations- und Gruppenveranstaltungen, Arztsprechstunden und der Abgabe steriler Spritzen durch Spritzenaustauschautomaten.

Die wissenschaftliche Auswertung des Modellprojektes in Hindelbank hat für die bundesdeutsche Diskussion essentielle Ergebnisse gebracht (vgl. Nelles u.a. 1995):

- **Machbarkeit**: die immer wieder geäußerten Befürchtungen im Zusammenhang mit einer Spritzenabgabe im Vollzug wurden nicht bestätigt: Weder stieg der Drogenkonsum an, noch wurden Spritzen als Waffen eingesetzt, noch erhöhte sich die Zahl von Verletzungen mit herumliegenden Spritzen, noch wurde der Gefängnisbetrieb gestört.
- **Wirksamkeit**: Das Risikoverhalten der Insassinnen bezüglich gemeinsamen Benutzens gebrauchter Spritzen nahm mit der Bereitstellung steriler Spritzen markant ab. Das Infektionsrisiko wurde vermindert; Neuinfektionen oder Serokonversionen wurden nicht festgestellt. Der Gesundheitszustand der untersuchten Frauen verbesserte sich ebenso wie deren Wissensstand über Infektionskrankheiten und Übertragungswege.

Insgesamt kommen die AutorInnen der Begleitstudie zum Ergebnis, daß sich dieser Modellversuch bewährt hat und empfehlen die Einführung auch in anderen Anstalten. Es werden drei wesentliche Ergebnisse vorgestellt, die bei der Umsetzung des Pilotprojektes von Bedeutung waren:

- Sowohl bei den Bediensteten als auch bei den (auch nicht-drogenabhängigen) Gefangenen muß kontinuierlich um Akzeptanz geworben werden. Dies setzt eine Einbeziehung aller Statusgruppen in den Planungs- und Umsetzungsprozeß voraus, soll die Maßnahme nicht als bedrohlich, fremdbestimmt und insgesamt belastend empfunden werden.
- Anonymität: Der Zugang zu sterilen Spritzen sollte dezentral und dezent erfolgen können, für einen möglichst großen Zeitraum des Tages. Ob im Strafvollzug überhaupt eine vollständige Anonymität herstellbar ist, muß jedoch bezweifelt werden[10].

---

10 Vgl. Nelles, J.; Harding, T. (1995): Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. In. The Lancet, 9.12.95, S. 1507-1508

- Begleitende Präventionsmaßnahmen sind nach Meinung der Realisationsgruppe „...um so erfolgreicher, je individueller sie eingesetzt werden („Gassenarbeit“, Sprechstunden). Informationsveranstaltungen sind insbesondere dann ergiebig, wenn sie einen festen Bestandteil des Abteilungslebens darstellen. Inhalte, die an großen womöglich sogar obligatorischen Veranstaltungen vermittelt werden, haben wenig Wirkung“ (Bürki o.J., 21).

**Männerhaftanstalt Oberschöngrün/Solothurn**

In der halboffenen Männerhaftanstalt Oberschöngrün/Solothurn werden seit Herbst 1992 sterile Spritzen an Gefangenen im Austausch durch den Anstaltsarzt abgegeben Der Drogenkonsum bleibt nach Angaben des Anstaltsdirektors und Aussagen des Arztes stabil (Haftraum- und Urinkontrollen): „Die auffälligste Erfahrung seit der Spritzenabgabe ist das völlige Verschwinden der Spritzenabszesse“ (Bundesamt für Justiz 1995:44).
Die Haftanstalt ist außerdem als einzige in den wissenschaftlichen Versuch der Originalstoffabgabe an Schwerstabhängige in der Schweiz (KOST) beteiligt: Acht langjährig drogenabhängige Gefangene erhalten ärztlich verordnet und überwacht Heroin zur Selbstinjektion. Auch den an diesem Programm teilnehmenden Gefangenen werden sterile Spritzen für einen eventuellen Beigebrauch zugänglich gemacht.

**Männerhaftanstalt Realta in Cazis/Kanton Graubünden**

In der Männerhaftanstalt Realta in Cazis/Kanton Graubünden (100 Insassen) wurde 1997 im Rahmen eines umfassenden Projektes zur Drogen-, HIV- und Hepatitisprophylaxe damit begonnen, eine Spritzenabgabe durchzuführen. Eckpfeiler des Prophylaxeprojektes sind neben einer Fortführung bestehender Maßnahmen (Abgabe von Kondomen und Desinfektionsmitteln, Methadonverschreibung) erweiterte Informations- und Ausbildungsangebote für Angestellte und Insassen sowie schließlich die Aufstellung eines frei zugänglichen Spritzenautomaten. Die längsschnittlich angelegte wissenschaftliche Evaluation durch die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern haben ergeben, daß keine erheblichen Zwischenfälle mit dem Spritzentausch auftraten, die Zahl der DrogenkonsumentInnen oder Änderungen der Applikationsformen sich nicht veränderte. Den in der Strafanstalt realisierten Maßnahmen wird von Seiten der Angestellten mehrheitlich zugestimmt. Die Gefahr der

HIV- oder Hepatitisinfektion wird durch die Maßnahmen erheblich gesenkt (vgl. Nelles u.a. 1999).

## 4.4 Kurze Zwischenbilanz und Zukunftsperspektiven der Infektionsprophylaxe im Justizvollzug

Die kurze Geschichte der Spritzenabgabeprojekte zeigt, daß es sowohl informelle, vom ärztlichen Dienst der Anstalt getragene Projekte, als auch formal durch Landes- oder Bundesbehörden unterstützte Projekte gibt.
Aus den wissenschaftlichen Evaluationen in Hindelbank/Bern und Vechta und Lingen I Abt. Groß Hesepe können bislang folgende Erkenntnisse skizziert werden (Nelles 1995; Hirsbrunner 1997; Meyenberg.u.a. 1996, 1997 und 1999):

- *Machbarkeit*: Spritzenumtauschprojekte sind machbar, d.h. sie lassen sich organisatorisch ohne große Störungen in den Arbeitsablauf einer Anstalt integrieren. Durch sie ergeben sich Veränderungen in der Sozialstruktur: Die Beziehungen des Vollzugspersonals, der nicht-drogenabhängigen und der abhängigen Insassen werden durch solche Vergabemodelle – jedenfalls in der Anfangsphase – tangiert.
- *Spritzenumtauschprojekte verdeutlichen Widersprüche* im vollzuglichen Umgang mit Drogenabhängigen durch die Anerkennung des Konsums und leiten die Auseinandersetzung mit der Spannung von Kontrollauftrag und gesundheitsorientierter Hilfe ein.
- *Die Akzeptanz seitens der InsassInnen* hängt ganz wesentlich davon ab, wie hoch der Grad erfahrener Anonymität beim Zugang zum Spritzenumtausch von den NutzerInnen wahrgenommen wird.
- *Die Akzeptanz seitens der Bediensteten* wird geprägt von der Vermittlung der Ziele des Projektes und ihre aktive Einbeziehung in Planungs- und Entscheidungsprozesse, sowie in Durchführungsmodalitäten. Ob die Einführung solcher Projekte im ‘top-down’-Verfahren oder im ‘bottom-up’-Prozess erfolgt, scheint wesentlich für die zukünftige Akzeptanz der infektionsprophylaktischen Maßnahmen.
- *Die Gemeinsambenutzung von Spritzen* hat keine rituelle Bedeutung für drogenabhängige Inhaftierte. Sie ist eher Reflex auf Situationen der Unzugänglichkeit von sterilen Spritzen.
- *Begleitende Präventions- und Informationsangebote* für die Bediensteten, wie auch Informationsangebote für die Inhaftierten sind von großer Bedeutung und tragen zur Verankerung des Projektziels: Infektionsprophy-

laxe bei. Alle Angebote sollten zielgruppenspezifisch und lebensweltnah konzipiert und durchgeführt werden. Angebote externer Anbieter sind dabei von großer Bedeutung, weil sie mehr Glaubwürdigkeit, Eindeutigkeit und hohes Zielgruppenverständnis entwickeln können.

- *Bedrohungen*: In keiner der Haftanstalten, in denen Spritzenumtauschprojekte mit z.T. immensen Umtauschzahlen installiert wurden, wurde das Personal oder andere Gefangene mit gebrauchten Spritzen bedroht.
- Eine *Steigerung des Drogenkonsums* konnte weder in Hindelbank, noch in Vechta oder Lingen I Abt. Große Hesepe nachgewiesen werden.
- *Verbesserung der gesundheitlichen Lage:* Die Auswertung des Pilotprojektes in Hindelbank ergab, daß im Untersuchungszeitraum keine Spritzenabszesse mehr vorkamen und keine neue HIV- und Hepatitis-Infektion mehr auftraten.
- *Gesundheitsbezogenes Wissen:* In allen vorgestellten Haftanstalten war das Wissen der Inhaftierten (wie auch der Bediensteten) über Hepatitisinfektionen und deren Prävention nur in geringem Maße vorhanden, die Kenntnisse über HIV-Infektionen und AIDS hingegen gut. Am Beispiel der Hepatitis-Infektion kann ein verbessertes Gesundheitsbewußtsein angeregt werden („safer use", „safer sex").

Grundsätzlich besteht die Notwendigkeit, in jeder Strafvollzugsanstalt Infektionsrisiken und -prophylaxe zu thematisieren. Das muß nicht heißen, daß dies in jeder Strafanstalt in Form des beschriebenen infektionsprophylaktischen Modells (Installation von Spritzenautomaten und begleitenden Präventionsveranstaltungen) erfolgen muß. Die Form muß letztlich dem Bedarf, den anstaltlichen Strukturen, räumlichen Bedingungen, personellen Kapazitäten und den kulturellen Gewohnheiten der DrogenkonsumentInnen angepaßt werden. Beispielsweise ist der intravenöse Drogenkonsum z.T. in England aber vor allem in den Niederlanden viel weniger stark verbreitet – andere Applikationsformen wie 'sniefen' oder 'rauchen' sind vorherrschend. Demgemäß muß auch im Vollzug überprüft werden, welcher Bedarf an einer sterilen Spritzen besteht, um nicht falsche Signale auszusenden. Zwar besteht in der geschlossenen Institution Gefängnis für DrogenkonsumentInnen eine Notwendigkeit, den maximalsten Nutzen aus der minimalsten Dosis herauszuholen, doch überlagern kulturelle Gewohnheiten, Regeln, Verbote oder ein großer Markt an billigen Substanzen möglicherweise diese Notwendigkeit. Van den Broek (1998) berichtet, daß bei einer Untersuchung in holländischen Gefängnissen lediglich 3% einen i.v. Drogengebrauch in Haft anga-

ben, die übrigen rauchten oder snieften. Allerdings existieren dort keine genaueren Untersuchungen mit größeren Stichproben. Aus dieser geringen Verbreitung befürchte man bei einer Spritzenvergabe eine Zunahme des intravenösen Drogenkonsums. Das heißt, entsprechend der Empfehlung in der Oldenburger Konferenz (siehe Anhang, E), daß der Bedarf eruiert werden muß und die Modalitäten der Schutzmöglichkeiten dies berücksichtigen sollten.

Die Gewährleistung der Anonymität der TeilnehmerInnen am Spritzentausch ist im Vollzug schwierig, aber dennoch ein wichtiges Anliegen der InsassInnen und auch der begleitenden Arbeitsgruppen.

Eine Übertragbarkeit der Erfahrungen in den einzelnen Modellprojekten auf andere Anstalten muß folgende Problemfelder beachten:

- Nach der Einrichtung von Modellprojekten muß eine Überleitung in Richtung Etablierung des Spritzentausches auch auf lange Zeit durchgeführt werden. Damit dieser Transfer vom Modellprojekt zum „Normalfall“ sowohl innerhalb der Anstalten als auch in andere Anstalten hinein gelingt, müssen dafür rechtzeitig Strukturen geschaffen werden. Was passiert, wenn der Bonus öffentlicher Aufmerksamkeit und vermehrter finanzieller Zuwendung einem Modellprojekt gegenüber wegfällt?
- Eine Übertragung auf andere Anstalten ist wichtig, nicht zuletzt, damit nicht eine Spaltung in „Drogenknast“ – „Nicht-Drogenknast“ stattfindet.
- Dabei dürfen Schwierigkeiten der Einführung in neuen Anstalten nicht unterschätzt werden. Jede Anstalt hat ihre Besonderheiten und personelle Infrastruktur, die in die Planung einer Spritzenvergabe mit einbezogen werden müssen.
- Bei einer über den Projektstatus hinausgehenden Ausweitung der Spritzenvergabe muß bedacht werden, daß die Betreuungsdichte bei Modellprojekten immer wesentlich höher ist als im Regelfall.
- Es wurde festgestellt, daß die Pilotprojekte alle in kleinen Anstalten angesiedelt sind. Bei einem Transfer der Spritzenvergabe auf große Anstalten sollte dieser Punkt mitbedacht werden.

Es gibt nicht die Spritzenabgabeform für jede Haftanstalt, sondern es bieten sich mehrere Modalitäten an – wie hier skizziert für Vechta, Lingen, Hamburg. Die Modi der Abgabe müssen unter Berücksichtigung der besonderen räumlichen Bedingungen, Gefangenen- und Personalstruktur und der vollzo-

genen Haftformen vor Ort entwickelt werden. Dabei können die hier beschriebenen Projekte mit ihren zwischenzeitlichen Erfahrungen als Richtschnur dienen.

Auch mit den vorhandenen Begleitstudien sind nicht alle Fragen geklärt worden; insbesondere ist zu fragen, wie hoch das 'Verführungspotential' eines Spritzenvergabemodells für nicht-, oder ehemalige drogenabhängige Gefangene einzuschätzen ist. Dies wiederum in Beziehung zu den festgestellten präventiven Nutzen solcher Maßnahme. Die einzige Studie, die zum Verführcharakter Aussagen anführt (Gross 1999) weist erhebliche methodische Mängel auf, die die Aussagekraft der Ergebnisse in Frage stellen[11].

Die nachfolgenden Übersichten zeigen den aktuellen Stand der Umsetzungen dieser innovativen Maßnahme in Europa auf:

11 So können Beamte des AVD jederzeit feststellen, ob jemand die Spritzenabgabe nutzt, indem sie bei Zellenrevisionen prüfen können, ob eine Spritze in dem dafür vorgesehenen Ort vorhanden ist.

| **Synopse I: Charakterisierung der Spritzenumtauschprojekte in Europa** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Gefängnis:** | **Ort** | **Größe** | **Charakter** | **Haftform** | **Spritzen-umtausch seit:** |
| Männerhaftanstalt Oberschöngrün | Solothurn, CH | 75 | Halboffen | Erwachsene | 1992 |
| Frauenhaftanstalt Hindelbank | Bern, CH | 110 | Halboffen | Erwachsene | 1994 |
| Männer- u. Frauen-haftanstalt Champ Dollon | Geneva, CH | | | U-Haft | 1996 |
| JVA für Frauen Vechta | Vechta, Nds., D | 169 | Geschlossen | Erwachsene/ Jugendliche | 1996 |
| Männerhaftanstalt Lingen I Abt. Groß Hesepe | Groß Hesepe, Nds., D | 228 | Geschlossen | Erwachsene | 1996 |
| Männerhaftanstalt Vierlande, | Hamburg, D | 298 | Offen | Erwachsene | 1996 |
| Männerhaftanstalt Realta/Cazis, | Graubünden, CH | 100 | Halboffen | Erwachsene | 1997 |
| Frauenhaftanstalt Lichtenberg Berlin, | Berlin D | ca. 40-50 | Geschlossen | Erwachsene/ Jugendliche | 1998 |
| Männerhaftanstalt Lehrter Str., Berlin, | Berlin, D | ca. 100 | Geschlossen | Erwachsene/ Jugendliche | 1998 |

| **Synopse II: Vergabemodelle steriler Spritzen** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Gefängnis** | **Abgabe von Spritzen durch:** | **Erste Spritze** | **Beschränkungen/ Ausschluß** | **Begleitendeg Präventions-Maßnahmen** |
| Oberschöngrün, CH | Arzt /Medizin. Dienst | Arzt | nicht-Drogenkon-sumenten | • |
| Hindelbank, CH | Automaten (1:1- Umtausch) | Internes Präv.Team | Keine | • |
| Champ Dollon, CH | Arzt | Arzt | Keine | • |
| Vechta, | Automaten (1:1- Umtausch) | Arzt | Frauen im Metha-donprogramm, Aufnahme-station, nicht-Drogenkon-sumentinnen | • |
| Lingen I Abt. Groß Hesepe | Hand-zu-Hand | Arzt | Männer im Metha-donprogramm, nicht-Drogenkon-sumenten | • |
| Vierlande, Hamburg | Automaten (1:1-Umtausch) | Externes Drogen-beratungs-dienst | No | • |
| Realta/Cazis, CH | Automat (1:1- Umtausch) | Internes Präv.Team | No | • |
| Lichtenberg Berlin, | Automaten (1:1- Umtausch) | Extern. AIDS-Hilfe, B | | • |
| Lehrter Str., Berlin, | Automaten (1:1- Umtausch) | Extern. AIDS-Hilfe, B | | • |

# 5 Healthy Prisons – Gesundheitsförderung im Strafvollzug als eine umfassende Perspektive

> „Es fängt (alles) mit der Sprache an – auch die Veränderungen.
> Wörter, die der Wirklichkeit vorgreifen, geben Hoffnung.
> Keines ist frei erfunden. Ein jedes trägt eine Andeutung dessen
> mit sich, was es wahrhaben will, was sich erfüllen soll."
> (Hentig 1985, S. 49).

„Healthy Prisons?" Die Gefängnisse gesünder machen, statt sie abzuschaffen – insbesondere für das dort offensichtlich deplazierte Klientel der DrogenkonsumentInnen? Beides schließt sich nicht aus: Wir werden mit der Realität von Gefängnissen und einer stark überrepräsentierten Gruppe von DrogenkonsumentInnen mit allen sozialen und gesundheitlichen Belastungen noch länger leben müssen. Parallel zu einer abolitionistischen Perspektive und der Entwicklung von Haftvermeidungsprojekten besonders für die Population der drogenabhängigen Gefangenen scheint es deshalb aus pragmatischen Gründen unumgänglich, die gesundheitliche Situation von (drogenkonsumierenden) Gefangenen zu thematisieren, Defizite aufzuzeigen, Veränderungen anzumahnen. Die Gefangenen sollen nicht auch noch mit einer schlechteren gesundheitlichen Versorgung zusätzlich bestraft werden. Das Ergebnis dieser Thematisierung könnte sein, die Widersprüchlichkeit in der Inhaftierung dieser Gruppe aufzuzeigen und zuzuspitzen – also Wege zu einer Entlassung aus der Haft bzw. zur Haftvermeidung aufzuzeigen.

Ein fast unausweichliches Ergebnis der Befassung mit dem Thema „Drogenkonsum und Strafvollzug" ist, daß eine beständige Aufforderung nach unrealistischen Verhaltensänderungen für diese Gruppe nicht mehr greift, weil sie einseitig eine Individualisierung und eine doppelte Schuldverlagerung (Kriminalität und Drogenkonsum) vornimmt. Es werden in der Reflexion Notwendigkeiten einer Verhältnisprävention deutlich, die strukturelle Ebenen des Strafvollzuges mit einbeziehen. Insbesondere für die Organisation von Gesundheitsfürsorge im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle, der Koope-

ration und Kommunikation mit ‘draußen’ und der Ausbildung der Bediensteten werden basale Widersprüche deutlich: Doppelmandat der Medizin als Kontroll- und Hilfeinstanz, soziale Berührungsängste und Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der Thematik Drogenkonsum, Wissensdefizite im Hinblick auf Charakter und Dynamik von Sucht und Infektionsgeschehen.

Das Konzept „Healthy Prisons“ dient als gesundheitstheoretischer Rahmen, um im folgenden Gedanken zur strukturellen Verbesserung der gesundheitlichen Lage drogenkonsumierender Gefangener zu entwickeln.

## 5.1 Theoretische Grundlagen

### 5.1.1 Begriffliche Bestimmung des Konzeptes Gesundheitsförderung

Die am Beispiel der Gesundheitsförderung für drogenkonsumierende Gefangene exemplarisch aufgezeigten Angleichungs- und Versorgungsdefizite des Justizvollzuges weisen auf strukturelle Probleme hin. Eine adäquate gesundheitliche und psycho-soziale Versorgung der Gefangenen wird vollzuglichen Interessen untergeordnet: Außerhalb des Strafvollzugs zum Standard gewordene Behandlungs- und Schutzmaßnahmen werden zum einen der Therapiefreiheit des einzelnen Anstaltsarztes, zum anderen der Vollzugspolitik der Länder überantwortet. Die Widerstände gegen eine Angleichung in der Drogenhilfe dokumentieren vollzugliche Legitimationsprobleme und eine hohe Tabubesetzung der Themenbereiche ‘Drogenabhängigkeit’ und ‘Infektionskrankheiten’. In der vollzuglichen Gesundheitsfürsorge für drogenabhängige/-gefährdete Gefangene dominiert noch immer die maximalistische Forderung nach Drogenfreiheit. Der in Freiheit vollzogene Paradigmenwechsel mit der Abkehr von dem ultimativen Ziel der Abstinenz zugunsten einer Differenzierung des Suchtkrankenhilfesystems mit einer pragmatischen Ausrichtung auf Schadensminderung und niedrigschwellig organisierten Angeboten im Rahmen weiterführender Gesundheitsförderung hat im Gefängnis nicht stattgefunden.

Die strukturellen Defizite erfordern verstärkte Angleichungsbemühungen in der Gesundheitsfürsorge im Vollzug. Derartige Bemühungen können zwar den Grundkonflikt zwischen Hilfe und Kontrolle nicht beseitigen, aber zur besseren Bewältigung gesundheitlicher Notlagen im Vollzug beitragen. Über die Einführung der üblichen Behandlungs- und Prophylaxeansätze hinaus muß jedoch in den Gefängnissen außerdem ein Angleichungsprozeß grund-

sätzlicherer Art eingeleitet werden: Zunehmend setzt sich im Rahmen der Public-Health-Debatten die Erkenntnis durch, nicht nur krankheitsorientiert das individuelle Verhalten, sondern auch die sozialen Verhältnisse und spezifischen Systeme in ihrer Interdependenz und inneren Dynamik auf ihr Gesundheitspotential hin zu untersuchen; also nicht nur reaktiv die Krankheit des Einzelnen zu behandeln oder bestenfalls Vorsorge(untersuchungen) und Impfprogramme durchzuführen, sondern darüber hinaus eine die Ressourcen des einzelnen aktivierende Gesundheitsförderung zu betreiben, die alle Akteure in einem auf gesündere Lebensverhältnisse ausgerichteten setting zu integrieren versucht.

Der (professionelle) Ansatz ‚Gesundheitsförderung' bietet sowohl theoretische als auch politische und hilfepraktische Ansatzpunkte, die der Weiterentwicklung eines professionellen Profils differenzierter Drogenhilfe dienlich sein könnten, ohne die drogenpolitischen Dimensionen der Hilfeleistung und die konsequente Basisorientierung als Arbeitsprämisse aufgeben zu müssen. Das Konzept 'Gesundheitsförderung' versteht sich gerade als ein gesundheitspolitisches, das Selbstbestimmungsprozesse von Menschen über ihre Lebensverhältnisse erweitern und Partizipationsmöglichkeiten aller gesellschaftlichen Mitglieder an sozialen, gesundheitszentrierten Diskursen und Praxen unterstützen will. Ein konsequenter Lebensweltbezug, Alltagsorientierung, Gemeinwesenorientierung, Partizipation aller Betroffenen und Beteiligten, Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten, Orientierung an Kompetenzen und Ressourcen der Menschen (salutogene Perspektive) sind Ausgangspunkte für gesundheitsfördernde Projekte. Die Rolle der Professionellen läßt sich idealtypischerweise mit dem Status eines Mentors/einer Mentorin charakterisieren, die vermittelnd, fördernd und unterstützend mit ihrer Arbeit zur Erweiterung der Kontrollmöglickeiten über die eigenen Lebensweltbezüge (Empowerment) der betroffenen Menschen beitragen.

Gesundheitsförderung versteht individuelles (gesundheitsorientiertes) Handeln als eine auf einen übergeordneten lebensweltlichen Kontext bezogene Praxis. Veränderungs- und Förderungsprozesse beziehen sich demnach immer auf das gesamte System der sozialen und gesundheitlichen Thematik. Individuelle Gesundheitsförderung wirkt auf die Lebenswelt als das soziale System, strukturelle Gesundheitsförderung wirkt auf individuelle Verhaltensmöglichkeiten zurück. Dieses zirkuläre Entwicklungsverständnis belegt die umfassende gesundheitspolitische Motivation von Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung umfaßt neben der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale Einzelner die gleichzeitige Thematisierung gesellschaftlicher Dimensionen kollektiven Gesundheitsverhaltens und der Lebensverhältnisse. Das bedeutet die Abkehr von der Fixierung auf individuelle Verhaltensweisen, hin zum Einbezug sozialer und politischer Ebenen bei der Gestaltung der Gesundheitsförderung (vgl. Brösskamp-Stone/Kickbusch/Walter 1998). Diese Sichtweise kann nicht mehr mit dem Präventionsbegriff operieren: Dieser ist sehr eng gefaßter, und beinhaltet Maßnahmen, wie eine besondere gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten verhindert, weniger wahrscheinlich oder verzögert werden kann (vgl. Schwartz et al. 1998, S. 151).

Mit dem Handlungskonzept 'Gesundheitsförderung' wird ein Paradigmenwechsel deutlich: weg von der Krankheits- hin zur Gesundheitsorientierung. Das Konzept 'Gesundheitsförderung' hat zur Durchsetzung eines umfassenden sozial-ökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit beigetragen. Es hat die Aufmerksamkeit neben der individuellen Verhaltensveränderung auf die gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen gelenkt, die nur durch politisches Handeln gesetzt und verändert werden können. Gesundheitsförderung wird zunehmend als Zukunftsinvestition wahrgenommen

**Entwicklungsgeschichte des Ansatzes 'Gesundheitsförderung'**

„'What creates health'? It is the interaction between environments and people in the course of everyday life that creates a pattern of health – in the individual, the family, the community and the globe."

I. Kickbusch 1997, S. 431

Die Diskussion über Inhalte, Ziele, Methoden und Organisation einer Förderung von Gesundheit hat mit der 1986, auf der „First International Conference on Health Promotion" in Ottawa/Kanada verabschiedeten OTTAWA CHARTA eine Grundlage erhalten. Darin wurde der Grundgedanke von Gesundheitsförderung, folgendermaßen formuliert:

„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 umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre

Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinn ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. ... Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können."

Die Kernaussage lautet: Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluß auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen. Dieser Prozeß kann aber nicht ohne die Schaffung und Veränderung entsprechender sozialer, politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen erfolgen.

Die Charta umfaßt eine grundsätzliche Strategie für Gesundheitsförderung: „Sie definiert Gesundheitsförderung als ein Programm sozialer Veränderung, das die Weiterentwicklung von Organisationen ebenso umfaßt, wie die Entwicklung persönlicher Kompetenzen" (Grossman/Scala 1994, S. 24). Folgende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung werden genannt:

**1. Anwaltschaft für Gesundheit**

Gesundheitsförderliches Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen

**2. Befähigen und Ermöglichen**

Gesundheitsförderndes Handeln ist bemüht, bestehende soziale Unterschiede der Menschen und ihres Gesundheitszustandes zu verringern und gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, um alle Menschen zu befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Das beinhaltet die Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten und die Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, um selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können.

### 3. Vermitteln und Vernetzen

Da der Gesundheitssektor isoliert nicht in der Lage ist, die vielfältigen Voraussetzungen für Gesundheit zu garantieren, verlangt Gesundheitsförderung das koordinierende Zusammenwirken aller einflußnehmenden Bereiche und Verantwortlichen der Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor sowie in nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbänden, Initiativen, der Industrie und den Medien. Die besondere Verantwortung von Professionellen und Experten sowie der MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens ist die Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen und Bereichen der Gesellschaft (vgl. Kaba-Schönstein 1996, S. 46).

Die Ottawa-Charta umfaßt fünf sich wechselseitig beeinflussenden Handlungsfelder:

- Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren (siehe unten).

In der WHO Jakarta Erklärung (1997b) werden die Prämissen der Ottawa-Charta fortgeschrieben und folgendermaßen präzisiert. Es wird festgestellt,

- daß umfassende Ansätze der Gesundheitspolitik und -förderung am effektivsten sind. Kombinationen aus diesen Strategien sind effektiver als einseitige Vorgehensweisen.
- daß organisatorische und geographische Einheiten praktische Gelegenheiten zur Implementierung umfassender Strategien bieten. Solche Einheiten sind u.a. örtliche Gemeinschaften, ihre Märkte, Schulen, Arbeitsplätze und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Hierzu können auch Gefängnisse gezählt werden.
- daß die Beteiligung der Bevölkerung wesentlich ist, um erfolgreich Gesundheitsförderung betreiben zu können. Menschen müssen im Mittelpunkt der Aktivitäten von Gesundheitsförderung und ihren Entscheidungsfindungsprozessen stehen, um sie wirksam werden zu lassen.
- frühzeitiges Lernen von gesundheitsförderndem Verhalten ermöglicht Menschen, sich in Aktionen der Gesundheitsförderung einzumischen. Zugang zu Bildung und Informationen ist unabdingbar, um eine effektive Beteiligung an und Befähigung zur Wahrnehmung von Gesundheitsinter-

essen bei den Menschen und ihren jeweiligen sozialen Gruppen zu erreichen.

Nach Antonovsky (1979) zusammengefaßt bei Rosenbrock (1993, 6f) tragen drei Faktoren maßgeblich zur Gesundheit bei: „Individuen und Gruppen bleiben eher gesund, wenn

1. Belastungen, Zumutungen und Anforderungen, mit denen sie konfrontiert werden, vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility)
2. Möglichkeiten zur Reaktions- und Handlungsfähigkeit und zur Erzielung von Effekten auf diese Ereignisse gegeben sind (manageability), und
3. die Möglichkeit besteht, daß individuelle oder kollektive Ziele angestrebt und/oder auch erreicht werden können (meaningfulness)".

Wenn man diese drei Ebenen vor dem Hintergrund des Strafvollzuges und der individuellen gesundheitsrelevanten Voraussetzungen diskutiert, wird deutlich, daß die (drogenabhängigen) Gefangenen grundsätzlich eingeschränkte Möglichkeiten zur Gesunderhaltung besitzen. Die im ersten Punkt genannten Belastungen für jeden Gefangenen sind auch selbst bei mehrmaliger Inhaftierung kaum vorhersehbar, Anforderungen oftmals nicht einordnenbar: Was bedeutet z.B. das Angebot eines HIV-Tests für einen Gefangenen, für seine Abschätzung von Infektionsstand und -gefahren innerhalb des Vollzuges? Welche besonderen Belastungen kommen mit der Zellenbelegung auf ihn zu? Welche Möglichkeiten der Bewegung, des Besuchs, der Ernährung etc. bestehen? Wie wirkt sich die Reizarmut des Vollzuges auf den Lebensmut und die Lebenslust aus?

Die Möglichkeiten zur Erzielung von gesundheitsförderlichen Effekten sind z B. dadurch geprägt, daß im Bereich Gesundheitsvorsorge keine freie Arztwahl existiert und auch das Arzt-Patient-Verhältnis im Vollzug besonderen Bedingungen unterliegt.

Die im dritten Faktor geäußerte Kontrollüberzeugung wird im Strafvollzug nur gebrochen auffindbar sein. Und auch die Belastungen und die Reaktionsmöglichkeiten auf geringe Partizipationsmöglichkeiten und Handlungskompetenzen und schwierigen Umgang mit Ohnmachtsgefühlen sind bei längerer Inhaftierung weder vorhersehbar noch abwendbar. Zudem werden Gefangene aufgrund ihrer gesellschaftlichen Absonderung vermehrt über negative als über positive Selbstkonzepte verfügen, die gesundheitsbezogene

Verhaltensweisen nach sich ziehen, sie erzeugen oder sie unterstützen könnten.

Die Analysen zu Morbidität und Mortalität Drogenabhängiger im Vollzug haben gezeigt, daß es erhebliche Ungleichheiten in der Gesunderhaltung und auch Lebenserwartung zwischen InsassInnen der Institution Gefängnis und der Bevölkerung ‚draußen' gibt (Hepatitisrisiko, Mortalität Drogenabhängiger unmittelbar nach Haftentlassung; vgl. auch Bundesamt für Statistik der Schweiz 1998). Wenn Gesundheitsförderung darauf abzielt, bestehende Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung aufzuspüren und Lösungsvorschläge zu erarbeiten, dann bildet der Justizvollzug ein wichtiges Handlungsfeld.

**Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit und Krankheit'**

Das auf Antonovskys Theorie der Salutogenese (1979) aufbauende, von Becker (1992, 100) entworfene Konzept 'Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit und Krankheit' geht davon aus, daß Gesundheit des Individuums darüber definiert wird, welche externen und internen Ressourcen ihm zur Verfügung stehen, um Lebensanforderungen erfolgreich zu bewältigen. Unter externen Ressourcen werden die in der Umwelt vorhandenen psychosozialen und physischen Kapazitäten, wie z.B. günstige Bedingungen am Arbeitsplatz verstanden. Unter internen Ressourcen werden „psychische Ressourcen, wie eine hohe seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft, sowie physische Ressourcen im Sinne günstiger angeborener oder erworbener konstitutioneller Dispositionen gefaßt (nach Schönbach 1995, S. 10). Die Entstehung von Krankheit oder auch von Gesundheit ist demnach ein Produkt der Interaktion der Person mit ihrer Umwelt und nur in geringem Ausmaß ein Produkt nur der Umwelt oder nur der Person. „Wenn es stimmt, daß Gesundheit/Krankheit als Produkt komplexer pathogenetischer bzw. salutogenetischer Interaktionsprozesse zwischen Personen und ihren Umwelten entsteht, dann ist es unwahrscheinlich, daß Krankheit durch einfache isolierte Interventionen reduziert oder Gesundheit durch einfache Interventionen direkt vermehrt werden kann" (Pelikan/Halbmayer 1999, S. 19).
Es muß davon ausgegangen werden, daß insgesamt protektive Faktoren bei Gefangenen gering ausgeprägt sein werden und daß im Gefängnis die angesprochene Interaktion im wesentlich als strukturell gestört betrachtet werden muß.

Trotz aller Einschränkungen durch Fremdbestimmung der Strafvollzugsrealität, ist zu prüfen, welche Aspekte der Gesundheitsförderung in modifizierter und eingeschränkter Form auf den Strafvollzug übertragbar sind und welche Konsequenzen das für die Organisation der Institution „Strafanstalt“ und damit verbundene Institutionen besitzt.

Ein anschaulicher Beweis für eine Umsetzbarkeit der in der Ottawa-Charta beschriebenen Ziele stellt die Spritzenvergabe für Gefangene dar. Mit der Bereitstellung derselben infektionsprophylaktischen Möglichkeiten drinnen wie draußen, kommt man dem Ziel näher, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ In Kapitel 5.1.2. wird untersucht, welches gesundheitsförderliche Potential entsprechend den in der Ottawa-Charta formulierten Handlungsbereichen im gesamten System Strafvollzug entwickelt werden kann.

Die Praxis der akzeptierenden Drogenarbeit beispielsweise weist auf die Bedeutung von Arbeitshaltungen und Grundüberzeugungen zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen für Drogenabhängige hin. Es lassen sich deutlich Verbindungslinien zum theoretischen Akzeptanzkonzept der Drogenhilfe erkennen, die auf eine akzeptierende Praxis in der Drogenhilfe übertragbar sind. Empowerment-Orientierung als individuelle Gesundheitsförderung läßt sich grundsätzlich mit der Idee der Akzeptanz in der Drogenhilfe vereinen. Werden DrogenkonsumentInnen mit ihrem selbstgewählten Lebensstil angenommen und akzeptiert, werden ihre Erfahrungen und Kompetenzen auch im Zusammenhang mit ihrem drogenorientierten Leben ernstgenommen und wertgeschätzt – trotz aller Bedenken dem Lebensstil gegenüber. Damit wird die Selbstbestimmung der KonsumentInnen „zum Ausgangspunkt für Interaktionen“, sie reagieren nicht auf herrschende Definitionen, sondern besitzen selbst Definitionsmacht und eigenständige Handlungskompetenzen (vgl. Lochmann 1998, S. 11). Ein in dieser Weise verstandener Akzaptanzansatz in der Drogenhilfe schlägt sich konzeptionell in Angeboten nieder, die infrastrukturelle Rahmenbedingungen für die NutzerInnen vorhalten, in denen konkrete Erfahrungen von Selbstwirksamkeit des eigenen (gesünderen) Handelns und von Kontroll-Überzeugung über Lebensanforderungen gemacht und in das Selbstbild und die Lebenspraxis integriert werden können. Safer-use-, safer work- und safer-sex-Strategien sind sowohl professionell angeleitet als auch selbst initiiert ein lebenspraktischer Ansatzpunkt zur Förderung und Erweiterung eines autonom

kontrollierten und eigenverantwortlichen, gesundheitsorientierten Umgangs (vgl. Schneider 1998, S. 45) mit Drogen und einem drogenbezogenen Leben unter den Bedingungen von Illegalität. Diese umfangreiche Wirkung wird sicherlich nicht erzielt, wenn safer-use und safer-sex als pädagogische Belehrung unterbreitet wird. Vielmehr sollte es sich um Angebote handeln, die an der Realität der NutzerInnen ansetzen und anforderungsarm zu Erfahrungen von Erfolg und Handlungssicherheit beitragen.

### 5.1.2 Gesundheitsförderung im Strafvollzug – Konzeptionelle Grundlagen

Das Strafvollzugsgesetz betrachtet die Gesundheitsfürsorge für die Gefangenen (in den §§ 56-66) aus einem traditionellen und eher funktionalistischen Verständnis heraus und bezieht sich auf einen klassischen Begriff von Gesundheit, der Gesundheit gleichsetzt mit der Abwesenheit von Krankheit indiziert an biomedizinischen Parametern. Entsprechende pathogenetische Orientierungen ergeben sich im Rahmen einer solchen Gesundheitsfürsorge. Das Konzept Gesundheitsförderung erweitert jedoch diese Orientierung in zweifacher Hinsicht: eine salutogenetische Perspektive wird eingenommen und Gesundheitsförderung wird in einem setting-Ansatz verstanden, und nicht mehr nur an einzelnen (Problem-) Gruppen (z.B. DrogenkonsumentInnen) festgemacht. Daß es grundsätzlicher gesundheitspraktischer und -politischer Veränderungen im System Justizvollzug bedarf, ist beispielhaft in den Kapiteln 2 und 4 deutlich gemacht worden am Beispiel der DrogenkonsumentInnen, der größten Gruppe mit homogenen Merkmalen im Justizvollzug: Die traditionellen Hilfen sind nicht ausreichend, den gesundheitlichen Risiken eines Drogenkonsums vor dem Hintergrund infektionsprophylaktischer Gefährdungen in Haft zu begegnen.

Im folgenden werden umfassende neue Praxisansätze aus der extramuralen Drogenhilfe auf ihre Übertragbarkeit auf den Strafvollzug überprüft. Daß der Strafvollzug selbst – aufgrund seiner einschränkenden Lebensbedingungen und Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten – tendenziell als gesundheitlich riskant und sozial desintegrierend bezeichnet werden muß, ist eine zunehmend sich verbreitende Erkenntnis. Daher müssen Überlegungen angestellt werden, wie Haftstrafen für das Klientel der DrogengebraucherInnen vermieden bzw. reduziert werden können.

Für den Strafvollzug würde ein umfassendes Gesundheitsförderungskonzept bedeuten, die Institution als ein System zu betrachten, in dem auf mehreren Ebenen verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Interessen und jeweils spezifischen Lebens- und Arbeitswelten zusammentreffen – in einer umgrenzten geschlossenen räumlichen Einheit aufgrund bestimmter normativer Vorgaben. Das heißt, es gilt unter einem Gesundheitsförderungsaspekt nicht nur die (drogenabhängigen) Gefangenen zu betrachten, sondern sämtliche Gefangenen und Statusgruppen (Bedienstete) in ihren Interaktionen und die physischen, zeitlichen und organisatorischen, weiteren politischen Bedingungen mit in Überlegungen der Gesundheitsförderung einzubeziehen. Schließlich zielt dieses Vorgehen darauf, die Institution Gefängnis als ein System unter vielen zu begreifen und Verbindungen mit anderen Institutionen herzustellen (kommunale/regionale Hilfeorganisationen, Familie, Arbeit etc.).

Die Schwierigkeit eines „Healthy Prisons"-Konzeptes liegen vordergründig darin, daß gerade die Kernelemente der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta formuliert werden, im Strafvollzug äußerst schwer realisierbar scheinen: Die Konzeption der Gesundheitsförderung, wie sie von der WHO vertreten wird, betont die Elemente Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Selbsthilfe des Einzelnen oder größerer Kollektive, Partizipation und politische Einflußnahme. Die Lebensbedingungen für Strafgefangene, so wie sie in Kap. 2 beschrieben sind, müssen dagegen charakterisiert werden mit den Begriffen Fremdbestimmung, Unselbständigkeit, Passivität, Lethargie, Versorgungshaltung, Fremdhilfe, geringe Partizipationschancen an Veränderungsprozessen und politischer Einflußnahme. Gerade was die unmittelbar gesundheitlichen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten anbelangt, werden zentrale, Autonomie ausdrückende, Rechte den Gefangenen nicht zugestanden: (z.B. freie Arztwahl).
Vor diesem Hintergrund wird im weiteren mit dem Begriff ‚Healthy Prisons' eine Entwicklungsrichtung für die Förderung eines gesünderen Lebensbereiches 'Gefängnis' zum Ausdruck gebracht. Darin sind sich Initiativen zur Gesundheitsförderung im Strafvollzug einig, daß Freiheitsentzug an sich gesundheitsabträgliche Folgen hat. Im Konsensus-Papier über „Mental Health Promotion in Prisons' der WHO wird realistisch eingeschätzt: „The WHO (Regional Office for Europe) Health in Prisons Project, aware that, in the absence of positive counter-measures, deprivation of freedom is intrinsically bad for mental health, and that imprisonment has the potential to cause significant mental harm ..." (WHO 1998, S. 7)

Wesentliche Grundlagen und anregende Gedanken für eine Konzeption von „Healthy Prisons“ fanden sich in einem Bericht über ein Symposium in Warrington (Nordwest-England), das im März 1995 stattgefunden hat. Ausgehend von der oben beschriebenen Ottawa-Charta entstanden in der Folgezeit viele „healthy setting“-Projekte oder gar Bewegungen. „Die Entwicklung von ‚Settings’ für Gesundheit bedeutet, daß wir die Rahmenbedingungen von Gesundheit, die durch Organisationen geschaffen werden, aktiv gestalten müssen.“ (Grossmann/Scala 1994, S. 10). Das bekannteste und erfolgreichste Projekt sind die „Healthy Cities“-Bewegungen (vgl. Brösskamp-Stone u.a. 1998, S. 197f). Aus dem Gedanken, daß sich alle Bereiche, in denen Menschen leben, arbeiten, spielen, lernen, studieren und interagieren, überschneiden, sind weiterhin viele Gesundheitsförderungsaktionen in vielen Institutionen und settings entstanden: Schule, Universität, Betriebe, Krankenhäuser usw.

Erst sehr spät ist von der WHO auch das Gefängnis als ein setting thematisiert worden, in dem Gesundheitsförderungs-Projekte nötig sind: „Prisons are an area of special concern. We know that in most countries the lower socio-economic strate are over-represented in the prison population. We also know that prison is a very disadvantageous environment for good health: lack of privacy, stress, reduced opportunities for social support, hygiene, overpopulation, which all have a negative impact on health.“ (Goos 1997, S. 20). Der ‚setting-Ansatz’ will die traditionelle Orientierung der Gesundheitspolitik und -praxis auf vermeintliche ‚Problemverhaltensmuster’ (z.B. Drogenkonsum in Haft) überwinden, und die soziale Umwelt (setting) auf die Verhaltensmuster mitdenken. Die Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben, arbeiten, (Drogen) konsumieren, werden mit einbezogen: „Hier sind die ökonomischen und sozialen Grundlagen und damit verbundene Abhängigkeiten und Risiken ebenso zu berücksichtigen, wie milieuspezifische Traditionen. Dieser Ansatz beruht auf der Erkenntnis, daß Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind.“ (Grossmann/Scala 1994, S. 66). Auf das Gefängnis übertragen heißt dies, daß vermieden wird, Verantwortung für Gesundheit einseitig an betroffene Gefangenen zu delegieren, und die gesundheitsabträglichen Lebensbedingungen im Vollzug auszublenden. Darüber hinaus wird die Bedeutung subkultureller Bezüge und Traditionen, die bei Drogenabhängigen im Gefängnis existieren, als zu berücksichtigende Handlungsebene thematisiert.

Die WHO hat sich nach dem Vorbild erfolgreicher „settings-projects“ zur Aufgabe gemacht, ein Netzwerk von „Health in Prisons-Projekten“ aufzubauen und mit Beteiligung des Europarates und der Europäischen Kommission Datenbasen für eine solche Entwicklung zu liefern. Gegenwärtig sind 14 Länder in diesem Netzwerk zusammengefaßt (ohne Bundesrepublik Deutschland). Auf einer Konferenz im Oktober 1995 wurden die prioritären Themen für gesundheitsfördernde Praxisprojekte festgelegt: „mental health, drugs and communicable diseases (particularly AIDS, TB and hepatitis). The scope of the project however is not limited to these areas, and includes other areas of health promotion as well.“ (WHO 1996; 1997a, S. 1). Die Rolle der teilnehmenden Länder ist es, Gesundheitsförderungsaktivitäten in den Gefängnissen zu stimulieren und einzuführen.

Als Praxisbeispiele sind u.a. aufgeführt: (siehe Kapitel 5.1.3)

- Gesünderes Essen,
- rauchfreie Zonen,
- Körperliche/sportliche Betätigung
- Soziale Handlungskompetenzen
- Sexuelle Gesundheit
- Sicherheit und Sauberkeit
- Gesundheit am Arbeitsplatz
- Essenshygiene
- Krebsvorsorge,
- physische Umgebung des Gefängnisses zu verbessern,
- ähnliche Programme wie für illegale Drogen für legale Drogen etc.

Bei den konkreten Umsetzungsschritten gilt es, wie in anderen settings der Gesundheitsförderung (Schule, Betrieb, Krankenhaus), folgende Leitsätze zu beachten:

- Einsetzen einer internen multidisziplinären Gesundheitsförderungsgruppe mit Unterstützung durch das top-management (Gefängnisleitung) zur Einschätzung von Bedarfen
- Einbezug der verschiedenen Zielgruppen (Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes, des medizinischen Dienstes sowie Gefangene) in die Planung und Entwicklung von Programmen
- Erstellung einer allgemeinen Ziel- und Durchführungsstrategie mit Praxisplanung (Implementation, Erfolgsmessung und Anpassung der Maßnahmen an veränderte Bedingungen)

- Bereitstellen von Ressourcen für Gesundheitsförderung (Personal, Material)
- Ermöglichung eines Erfahrungsaustausches zwischen verschiedenen Abteilungen innerhalb des Gefängnisses, mit Fachdiensten außerhalb oder zwischen verschiedenen Gefängnissen (einschl. Hospitationen)
- mittelfristige Zielsetzung (3-5 Jahre)
- Entwicklung von Standards und geschriebenen Grundsätzen.

Im folgenden werden Bereiche beschrieben werden, die im Rahmen der Gesundheitsförderung im Gefängnis als zentral entwickelt werden sollten. Die oben aufgeführten fünf Handlungsbereiche und Aktionsebenen aus der Ottawa-Charta dienen dabei als Grundlage und Strukturierungsmöglichkeit der Überlegungen[1].

**1. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik**

Gesundheitsförderung erfordert eine der Gesundheit zuträgliche öffentliche Politik zu entwickeln: „Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. ... Eine Politik der Gesundheitsförderung muß Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muß Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Ziel muß es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen“ (Ottawa-Charta o.J., S. 147).

Dies bedeutet für den Strafvollzug, die physischen, sozialen, politischen und gesetzlichen Bedingungen von Gefängnissen so zu gestalten, daß die Gesundheit derjenigen, die in den Gefängnissen inhaftiert sind oder dort arbeiten, bestmöglich unterstützt bzw. hergestellt wird. Das Thema ‘Gesundheit’ sollten auf allen Ebenen des Gefängnisses auf die Tagesordnung gesetzt werden. Deutlich wird, daß Gesundheitsförderung nicht von einem Sektor, einer Anstalt, ggf. auch nicht von der Strafvollzugspolitik eines Landes realisiert werden kann. Zwar können Initiativen impulsgebend wirken, jedoch werden schnell Defizite in einer Gesamtsicht und einer Vernetzung deutlich. Der Transfer von fachlichen Standards der Suchtkrankenhilfe in den Vollzug bei-

1 Eine ausführliche Beschreibung praktischer Umsetzungsbeispiele von Gesundheitsförderungsaktivitäten im Vollzug ist enthalten in: HM Prison Service: Good Practice Bulletin. Information and Practice 2/98

spielsweise kann nur unter bestimmten Voraussetzungen gelingen: So kann ggf. eine Anstalt mit der Substitutionsbehandlung beginnen; wird jedoch ein substituierter Gefangener entlassen oder verlegt, wird schnell deutlich, daß eine Fortführung der Behandlung im Rahmen einer Gesamtversorgung gewährleistet sein muß und weitere Behandlungen im Vollzug auch finanziell und rechtlich eindeutiger Klärung und Grundlage bedürfen. Es müssen also Organisationsaufgaben und -entwicklungen geleistet werden, die vornehmlich auf einer fachlichen, politischen Koordination und Kooperation aufbauen und den Einsatz materieller Ressourcen, finanzieller Zuständigkeiten, persönlicher Verantwortlichkeiten und rechtlicher Absicherungen aufeinander abstimmen. Grossmann/Scala (1994, S. 25) zeigen auf, daß es gilt: „Gesundheitspolitische Leitlinien zu formulieren, quantifizierbare Erfolgskriterien zu benennen und konkrete Zielvereinbarungen zu treffen".

## 2. Die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten

Der sozial-ökologische Ansatz der Gesundheitsförderung bezieht die Interdependenzen der Menschen mit ihrer Umwelt und ihren Lebenswelten in die Planungen ein: „Veränderte Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluß auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung zielt auf Arbeits- und Lebensbedingungen ab, die sicher, anregend, befriedigend und freudvoll sind..." (Ottwa-Charta o.J., S. 147f).

Dies bedeutet für den Strafvollzug, die praktischen Grundlagen dafür zu schaffen, daß sich die Gesundheit der Gefangenen unter Berücksichtigung ihrer zentralen Problemlagen (der beiden Geschlechter, Jugendlicher, Drogenabhängiger, psychisch Auffälliger, ausländischen Straftäter etc.) und der Bediensteten (Erfahrungen von Streß, Gewalt, Angst) verbessern läßt. Dies bezieht sich einerseits auf die Umwelt, baulichen Voraussetzungen (inwieweit produziert eine sicherheitsorientierte Architektur gesundheitliche Belastungen?) Formen der Unterbringung (Differenzierungsangebote für Gefangene[2]), als auch auf die physische und soziale Wirklichkeit von Menschen in Organisationen. Diese Aktionsebene macht auch den Kooperationsaspekt

2 Dabei ist zu problematisieren, ob es separate Flügel für Problemgruppen wie Drogenabhängige geben sollte? Drogenabhängige empfinden eine Separierung häufig als wenig hilfreich, weil mögliche Distanzierungen von der Drogenszene nicht realisiert werden können und möchten eher mit anderen Gefangenen untergebracht werden.

‚drinnen/draußen' deutlich. Sowohl ein Prozeß organisatorischer Veränderungen des Gefängnisses, als auch die Initiierung gesundheitsförderlicher Schritte mit der Gefängnisumwelt, der Gemeinde, Stadt etc., muß oftmals in Gang gesetzt oder intensiviert werden. Die gesundheitlichen Belange der MitarbeiterInnen sind lange Zeit vernachlässigt worden und ihre Relevanz für die Erreichung von „Healthy Prisons" ist unterschätzt worden. Nicht nur sie gestalten die Bedingungen und Kommunikationen mit, auch sie werden von der geschlossenen Gefängnisumgebung beeinflußt.

### 3. Die Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten in der Gemeinde

Gesundheitsförderung wird in der jeweiligen Gemeinde oder sozialer Organisation durch die Erarbeitung von Prioritäten, Herbeiführungen von Entscheidungen sowie durch Planungen und Umsetzungen von Strategien erreicht: „Die Stärkung der Gemeinden ... im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung sowie ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange ist Kernstück der Gesundheitsförderung" (Ottawa-Charta o.J., S. 148).

Basisnähe, Zielgruppen-, Lebens- und Arbeitsweltbezug sind wichtige Begriffe für den Erfolg gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Nur unter Einbeziehung aller unterschiedlichen Beteiligtenebenen der sozialen Organisation ‚Gefängnis' kann eine Ermutigung für das Engagement für gesundheitsrelevante Fragestellungen erfolgen. Dabei geht es auch darum, unterschiedliche Thematisierungen von Gesundheit und Organisationsformen (etwa von Gefangenen einerseits und Bediensteten sowie Gefängnisleitung andererseits) zu dulden und die jeweils spezifische Form des Umgehens zu akzeptieren. Selbsthilfe, peer-support, selbstbestimmt arbeitende Teams und Abteilungen sind wichtige Organisationsformen gesundheitsförderlicher Initiativen. Diese Aktivitäten können nicht ‚von oben' verordnet werden, sie müssen an der Basis bzw. im jeweiligen Lebens- und Arbeitsbezug erkannt und unterstützt werden. Dies gilt selbstverständlich auch für die Unterstützung von Teams und Arbeitsgruppen im Vollzug.
Eine Öffnung der Anstalten für die Kommune/Region und umgekehrt wird für nötig erachtet. Der Einbezug von und die praktische Vernetzung mit externen Diensten, Hilfen, Angeboten, sind ebenso gefordert, wie der Austausch und Angleichung der gesundheitlichen, sozialen und kulturellen Dienste und Angebote. In diesem Austausch muß es für die Gefangenen darum

gehen, Lernschritte in die Gemeinde zurück machen zu können, da der Gefängnisaufenthalt nur übergangsweise ist, der übliche Lebenszusammenhang der Gefangenen ist in der Kommune/Region, eher als im Gefängnis: „Das wichtigste Erfordernis für ein „Healthy Prison" ist nach meiner Auffassung, daß die Gefängnisstrafe selbst ein langer vorbereitender Entlassungskurs sein soll, bei dem wir den Leuten Verantwortung während ihrer Strafe geben, und ihnen zeigen, daß sie eine Form von Anlage im Gefängnis haben, die ihnen erlaubt Entscheidungen auf einer Tagesbasis über ihr Leben zu treffen. Eines der Probleme, die ich bekam, als ich aus dem Gefängnis entlassen wurde, war, daß ich sehr wenig Erfahrung darin hatte, Entscheidungen von einem Tag auf den anderen zu treffen." (Mark Leech[3]).
Eine gemeinsame Politik für die Gefängnisdienste ist wichtig, die eine Fortführung der Behandlung zwischen Kommune/Region und Gefängnis garantiert:

- Drogenhelfer aus dem Gefängnis und der Kommune/Region sollten sich treffen und austauschen, dauerhafte Arbeitsbeziehungen müssen hergestellt werden.
- GefängnismitarbeiterInnen sollen unterstützt werden im adäquaten, gesundheitsfördernden Umgang mit dem Klientel.
- Gefängnisse sollten als eine Möglichkeit des Kontaktortes mit Drogenabhängigen genutzt werden, um den Prozeß des Übergangs in die Freiheit effektiv zu gestalten.

### 4. Die Entwicklung persönlicher Kompetenzen

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch die Bereitstellung von Informationen, gesundheitsbezogener Bildung und die Verbesserung sozialer Kompetenzen wie lebenspraktischer Fertigkeiten" (Ottawa-Charta o.J., S. 148).

Für das Gefängnis wird die Relevanz des Gesundheitsförderungsgedankens für das eigene Leben und Arbeiten, die Kompetenzerweiterung und die Entwicklung von (lebens-)praktischen Fähigkeiten für eine adäquatere Bewältigung der Phase des Haftaufenthaltes und eine Befähigung zum Übergang in die Freiheit deutlich. Das Gesundheitswissen und soziale Handlungskompetenzen sollen, ein umfassender Lernprozeß unterstützt, die Abhängigkeitsstruktur von Gefangenen, Klienten oder Patienten sollen durchbrochen wer-

3 Statement auf der Konferenz „Healthy Prisons" 1996 (Squires/Strobl 1997, S. 233)

den. Autonomie, Selbsthilfe und Eigenverantwortung der im Gefängnis lebenden und arbeitenden Menschen sollen gestärkt werden (z.B. drogenspezifisch: peer support in prisons, vgl. Stöver/Trautmann 1998). „Es gilt dabei, Menschen dazu zu befähigen, während ihres ganzen Lebens lerninteressiert zu sein und mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Verletzungen umgehen zu können." (Ottwa Charta o.J., S. 148).

Selbsthilfeförderung im Strafvollzug bedeutet, daß idealerweise unter externer Betreuung selbstangeleitete Gruppen bestehen, die sich ihrer eigenen Problematik widmen können. Besonders deutlich wird die Notwendigkeit der Förderung von Selbsthilfe in Gesprächsgruppen etwa für HIV-infizierte Gefangene: Austausch unterschiedlicher Erfahrungen und Bewältigungsstrategien sind von grundsätzlicher Bedeutung für das jeweilige Umgehen mit der Infektion. Die psychosoziale Betreuung Externer gewährleistet dabei einen grundsätzlich neutralen Zugang zu der Problematik – anders als Fachdienste sind sie nicht funktional eingebunden und genießen eine Vertrauensstellung unter den Gefangenen (vgl. Eichler 1999, S. 56ff).

Über die Aktivitäten zur Förderung adäquaterer Bewältigung des Übergangs in die Freiheit hinaus, müßten Erfahrungen aus anderen Gesundheitsförderungssystemen (Schulen, Krankenhäuser, Städte) eingebracht werden, die eine Ressourcenförderung zum Ziel haben. Da die Betroffenen häufig nicht unbedingt selbst ihre Ressourcen kennen, muß eine Ressourcenförderung damit beginnen, daß die Betroffenen merken, welche Ressourcen in ihnen verborgen sind. Dieser in der Allgemeinbevölkerung beobachtbare Fakt ist in wesentlich akzentuierter Form auch für die Gefangenen in ihrer depravierenden Situation der Haft zutreffend. Kreative Angebote wären nötig, um wesentlich versteckte und vom System und der Dissozialität nicht beachtete Ressourcen freizulegen. Diese Maßnahmen wären auch geeignet, um den Tendenzen zur Ausbildung von Hospitalismus in der totalen Institution Gefängnis entgegenzuwirken. Kreativ-therapeutische Ansätze ohne sie direkt an therapeutische Zielsetzungen zu knüpfen, würde bedeuten, die von den Häftlingen noch nicht erahnten Ressourcen herauszufinden, sie zu stimulieren und zu fördern. Mit dieser Form der Persönlichkeitsentwicklung und Förderung persönlicher Kompetenzen würde ein Mehr an Gesundheit entstehen. Denkbar wären tagesstrukturierende Beschäftigungen und Arbeiten, die in den Vollzugsplan mit eingearbeitet werden könnten.

**5. Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste**

Alle in der Gesundheitsversogung tätigen und verantwortlichen Ebenen müssen gemeinsam ein Gesundheitsversorgungssystem entwicklen, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist: „Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die empfindsam und respektvoll die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie haben die Aufgabe, Nöte und Bedürfnisse von Individuen und Gemeinschaften für ein gesünderes Leben aufzugreifen und zu unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Kooperation zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften zu eröffnen." (Ottawa-Charta o.J., S. 149).

Dies bedeutet für den Strafvollzug sowohl inhaltliche Umorientierungen, als auch organisatorische Umstrukturierungen: Gesundheitsförderung ist zwar auf eine Entmedikalisierung des Gesundheitsthemas spezialisiert, jedoch sollen vorhandene Kompetenzen und Ressourcen des Krankendienstes dafür genutzt werden, sowohl präventive als auch therapeutische Prozesse beim Gefangenen so zu unterstützen, daß das traditionell belastete Arzt-Patient-Verhältnis im Vollzug überwunden werden kann. Dies wird nur mit strukturellen Veränderungen gehen.

Die o.g. Defizite der Organisation der Gesundheitsfürsorge in der Verantwortlichkeit der Landesjustizverwaltungen läßt es nötig erscheinen, über eine grundlegende Umorganisation der Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug nachzudenken. Insbesondere die ständige Notwendigkeit der Anpassung der Gesundheitsfürsorge, die oftmals nur mit einem Zeitverzug in den Gefängnissen praktisch auf den neuesten Stand gebracht und umgesetzt wird, macht eine Prüfung der Integration dieses Aufgabenbereichs in die lokalen oder regionalen Gesundheitsdienste nötig. Zu beachten ist allerdings, daß bereits ein erheblicher Teil an Vertragsärzten der Gesetzlichen Krankenversicherung im Vollzug beschäftigt ist. In Niedersachsen bspw. sind bereits 29 Vertragsärzte in den 41 JVAs mit ihren Nebenstellen beschäftigt. Lediglich 12 Ärzte arbeiten hauptamtlich in den Anstalten.

Überlegungen zu einer Integration der Gesundheitsfürsorge in das allgemeine System öffentlicher Gesundheitsfürsorge wurden bereits im Prozeß des Gesetzgebungsverfahrens zum jetzigen Strafvollzugsgesetz angestellt.

Beim Blick auf die Nachbarländer zeigen sich folgende Entwicklungen zur Gesundheitsförderung im Gefängnis. Auch in England und Wales bestehen zur Zeit Überlegungen für eine stärkere Einbindung des National Health

Service (NHS) in die vollzugliche Gesundheitsfürsorge. In einem Bericht einer Arbeitsgruppe des Prison Service und des NHS wird für die nächsten 3-5 Jahre eine 'formale Partnerschaft' zwischen Gefängnisdiensten und NHS zur Effektivierung der vollzuglichen Gesundheitsfürsorge gegründet. Die im Bericht beschriebenen Grundprobleme von Gesundheitsfürsorge im Vollzug kennzeichnen den Zustand in vielen europäischen Ländern: „...looking at prison health care as a whole, this is characterised by considerable variation in organisation and delivery, quality, funding, efffectiveness and links with the NHS. No two prisons could regarded as the same. This situation is largely a product of a historic legacy, *ad hoc* (Hervorheb. i. Original) development, and relative isolation from the NHS. Prison healthcare is often reactive rather than proactive, over medicalised with health needs assessments being the exception. Lack of direction, poor lines of communication and confused accountability resulted in many instances in less than optimal health care delivery. Arrangements for the continuing professional development of healthcare staff were not well established. In general there was no way to monitor effectively the outcomes of care" (HM Prison Service/NHS Executive 1999, S.i)

Harding (1997, S. 30) zieht aus einer Analyse der Anstaltsmedizin den Schluß, daß sie ein gefährliches und kontraproduktives Konzept ist: „There should be a coalition of health delivery services operating in prisons, with a blend of interventions adapted to needs. Continuity of care, by the same carers, should be ensured on entry and on discharge, if possible. Finally, prisoners should not be seen as passive recipients of care, but actively involved in health promotion and preventive measures".

Mit einem Gesetz vom Januar 1994 ist in Frankreich die Gesundheitsfürsorge in die Verantwortung des Gesundheitsministeriums überführt worden. Von dieser Reform sind in gegenwärtig 149 Gefängnissen 45.000 Gefangene (von ca. 54.000, Stand: 1.1.97) berührt. Das Ziel des Gesetzes ist ein Niveau von Qualität und Kontinuität der medizinischen/pflegerischen Versorgung herzustellen, das auch in der Kommune/Region vorherrscht. Eine Verdopplung von Ressourcen wird vermieden und eine medizinische Unabhängigkeit garantiert ein besseres Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Jedes Gefängnis trifft Abmachungen mit dem nächsten Krankenhaus, damit medizinisches Personal Leistungen zur physischen und psychischen Gesundheitsfürsorge erbringen kann. Favreau-Brettel (1998, S. 8) zitiert eine kürzlich durchgeführte Studie, nach der ein höheres Niveau von Gesundheitsfürsorge

und Vertraulichkeit der Umorganisation festgestellt wurde, weist aber auch auf weiterhin existierende Probleme hin: lokale Schwierigkeiten, stationäre Unterbringung zu organisieren, wichtige Bedarfe in Zahnpflege und psychischer Gesundheitsfürsorge, Gesundheitserziehung, Kontinuität von Gesundheitsfürsorge nach Entlassung.

Die o.g. Defizite der Organisation der Gesundheitsfürsorge in der Verantwortlichkeit der Landesjustizverwaltungen läßt es nötig erscheinen, über eine grundlegende Umorganisation und Umorientierung der Gesundheitsfürsorge nachzudenken. Neben den kontrollbelastetem Arzt-Patient-Beziehungen ist die ständige Notwendigkeit der Anpassung der Gesundheitsfürsorge zu benennen, die oftmals nur mit einem Zeitverzug in den Gefängnissen praktisch auf den neuesten Stand gebracht und umgesetzt wird (Beispiel HIV/-AIDS-Therapien, s. Kap. 3.2.1), macht eine Prüfung der Integration der Gesundheitsfürsorge in die Gesundheitsbehörden nötig. Das bedeutet nicht, daß alle Probleme damit selbstverständlich gelöst sind, auch das kassenärztliche Vertragsmodell entspricht bei einigen Erkrankungen nicht immer den neuesten Erkenntnisse medizinischer Behandlungskunst.

### 5.1.3 Die Umsetzung eines gesundheitsfördernden Gefängnisses

Das gesundheitsfördernde Gefängnis kann nicht mit einzelnen punktuellen Initiativen auf dem Gesundheitsgebiet einer Institution entwickelt werden, sondern nur mit strukturellen Veränderungen, die jedoch von der Organisationsform, dem Kooperations- und Kommunikationsgefüge der Institution auszugehen haben. Organisationsentwicklung, Projektarbeit und Qualitätsmanagement sind dabei wichtige Strategien, die diesen Veränderungsprozeß begleiten und so unterstützen, daß die erwünschten strukturellen Veränderungsprozesse produktiv für die Organisation Gefängnis sind.

#### 5.1.3.1 Gefängnisse als soziale Organisationen – und wie können sie weiter entwickelt werden anhand eines Praxisbeispiels?

Es ist aus den eingangs beschriebenen gesundheitsversorgerischen Defiziten und krankheitsbegünstigenden Lebens- und Arbeitsbedingungen im Gefängnis nötig, das Konzept ‘Gesundheitsförderung’ mit dem sozialen Setting Gefängnis zu verbinden. Gefängnisse beeinflussen die Gesundheit bzw. Krankheit der dort lebenden und arbeitenden und mit dieser Institution indirekt verbundenen Personen (BesucherInnen, externe Personen) in vieler Hinsicht

direkt und sehr nachhaltig. Organisationen, auch Gefängnisse, haben einen bedeutsamen Einfluß auf die Herstellung bzw. Aufrechterhaltung von Gesundheit. Gefängnisse als Organisationen besitzen eine besondere Qualität: In ihnen fallen Leben, Wohnen, Arbeiten, Essen alle weitere sozialen Bezüge und Verknüpfungen zusammen – eine Totalität dieser Organisation und des Lebens in ihnen. Grossman/Scala (1994, S. 16f) zeigen auf, daß Organisationen implizit auch Gesundheitserzieher ihrer Angehörigen sind und daß ihnen in der sozialen Unterstützung im Umgang mit Gesundheitsbelastungen und Krankheiten als Gesundheitsförderung ein hoher Stellenwert zukommt. „Darunter werden persönliche und situative Möglichkeiten verstanden, Belastungen, Einschränkungen und Risiken angemessen zu begegnen." Darüber hinausgehend wird es jedoch nötig sein, die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen innerhalb des Gefängnisse zu analysieren, um Arbeitsweise und normative Ausrichtung der Organisation Gefängnis besser verstehen zu können. Denn Gesundheitsförderung muß im Rahmen der Organisationsziele entwickelt werden, sie kann nicht als polarer Gegensatz dazu entwickelt werden. Die Logik und primären Interessen der Organisation (für das Gefängnis: die Sicherung der Gefangenen und Sicherheit der Bediensteten) dominieren Problemlösungen. Vor diesem Hintergrund müssen gesundheitsförderliche Interventionen verstanden werden als „zielgerichtete Kommunikation zwischen Individuen oder sozialen Systemen, welche die Autonomie des intervenierten Systems respektiert" (Willke 1987, S. 333). D.h. für das Gefängnis: Anknüpfungspunkte für konkrete Gesundheitsförderungskonzepte müssen im Rahmen der spezifischen Sicherheitsinteressen und dem jeweiligen rechtlichen, ökonomischen, justizpolitischen Entwicklungspotential der jeweiligen Anstalt entwickelt werden. Interventionen sind zielgerichtete Anstöße für Organisationen, Probleme innerhalb der Organisation zu erkennen, sie zu thematisieren (wie z.B. hohe Infektionsraten mit Hepatitis unter Gefangenen), Lösungswege vorzuschlagen und entsprechende Strategien zur Lösung bzw. Bewältigung des Problems unter Einbeziehung der professionellen Interessen v.a. der gesundheitsbezogenen Berufsgruppen auszuarbeiten (vgl. beispielhaft Corrective Services and Health Dpt. 1996; Pugh/Jones o.J.). Sie können nur dann erfolgreich sein, wenn sie die organisationellen Kommunikations- und Kooperationswege kennen und akzeptieren und die Problemlösungskapazitäten der Organisation mit einbeziehen. Zur Beeinflussung von Organisationen, hier des Gefängnisses, kann es gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht darum gehen, grundsätzlich neue Zieldefinitionen schaffen zu

wollen – allenfalls können neue Perspektiven bzw. Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden.

Um also den Weg zu einem ‘gesundheitsfördernden Gefängnis’ zu beschreiten, muß ein organisatorischer Umwandlungs- und Umdefinitionsprozeß stattfinden: Alle in die Kooperations- und Kommunikationsstrukturen eingebunden Kräfte müssen beteiligt werden – das Ziel ‘Gesundheitsgewinn’ muß verstanden und akzeptiert werden (vgl. Lobnig/Nowak/Pelikan 1999, S. 51ff).

Für Organisationen, und insbesondere für den Strafvollzug gilt, daß die Krankenbehandlung und Krankheitssichtweise dominiert und offensive, aktive Gesundheitsförderung eher aus dem Blickfeld geraten: „Organisationen sind gemacht, um Probleme zu lösen; Krankheit ist ein Problem, Gesundheit nicht (vgl. Grossmann/Scala 1991).

Im Vollzug muß auf den unterschiedlichen Ebenen die Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit (auch mit außervollzuglichen Institutionen) ausgebaut werden. Die spezifischen Bezüge und Strukturierungen müssen analysiert werden, um eine Vermittlung und Annahmebereitschaft gesundheitsförderlicher Projekte zu erzielen. Diese Ebenen sind Leitung, Fachdienste, Allgemeiner Vollzugsdienst, Personalrat, Gefangenenmitverantwortung, Gefangene. Die Partizipation der Bediensteten beispielsweise setzt voraus, daß ihre beruflichen Rollen und Einstellungen hinterfragt werden können. Eine schrittweise Neudefinition der Aufgaben und wechselseitigen Erwartungen muß vollzogen werden. Dies läßt sich nur über eine Transparenz der Veränderungen realisieren, wenn am Ende eine Identifikation mit den neuen Organisationszielen erreicht werden soll. Aktive Mitgestaltungs- und Kontrollmöglichkeiten statt ‚lineare top-down-Entscheidungen’, sind Grundlagen dieses Identifikationsprozesses. Für die Akteure der Gesundheitsförderung gilt, daß sie Neutralität und Offenheit gegenüber den unterschiedlichen Kräften in der Organisation bewahren müssen: Zieloffenheit bei Innovationen oder Modellprojekten bildet eine unveräußerliche Voraussetzung ihrer praktischen Arbeit.

Weiterhin erscheint es wichtig, die Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit für neue innovative Themen zu gewinnen und die öffentliche Bewußtseinsbildung zu begleiten. Die Öffentlichkeitsarbeit bedeutet die Einbeziehung aller relevanter Gruppierungen, Parteien und Medien. Dies wurde vergleichsweise erfolgreich für die Modellprojekte ‚Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug’ geleistet.

- Von der Mitarbeiterqualifikation zur Organisationsentwicklung
  Strafvollzugsbedienstete in isolierten und oftmals landeszentral geplanten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu qualifizieren, stößt dort an bestimmte Grenzen, wo diese neuen Informationen und Kenntnisse in den Alltag des Gefängnisses eingebaut werden sollen, wo die angebotenen Fachvorträge in ihrer Bedeutung für das eigene Handeln im Berufsfeld vertieft werden sollen (vgl. Schmidt/Stöver/Ilgner 1998, S. 4). Wilke (1994, S. 191) stellt fest: „Eine Organisation oder ein Unternehmen kann sich die größte Mühe geben, die Mitglieder zu qualifizieren, zu motivieren, zu entwickeln. All dies hat sehr wohl seinen Sinn und ist ein wesentlicher Bestandteil der Anpassung der Organisation an neue Herausforderungen. Aber es genügt nicht, um die Organisation selbst zu entwickeln. Ohne die entsprechende Veränderung der geltenden Regeln verpufft der größte Teil der Anstrengung der Personalentwicklung. Das bekannte Ergebnis ist Frustration auf allen Seiten.“ Erfolgversprechend scheint daher eine Verknüpfung personaler und organisationaler Entwicklungsförderung zu sein.

- Projektarbeit
  Mit abteilungsübergreifenden, themenzentrierten Projekten können MitarbeiterInnen mehrerer Ebenen beteiligt und aktiv in die Planung und Gestaltung von innovativen Praktiken einbezogen werden. Projekte überwinden zur Erreichung bestimmter definierter Aufgabenstellungen bisherige Organisationsgrenzen und schaffen neue und eigene Arbeitszusammenhänge: „Kennzeichen von Projekten sind ihre Begrenzung und die spezifische Ausdifferenzierung auf sachlicher, zeitlicher, sozialer und materieller Ebene, spezifische Zielsetzungen und Aufgaben, ein genereller Zeitplan und bestimmte Milestones, eine das Projekt durchführende Projektgruppe und entsprechende Auftraggeber-Konstellationen sowie Projektbudgets sind Aspekte der internen Ausdifferenzierung von Projekten (vgl. Lobnig/Nowak/Pelikan 1999, S. 52)
  Beispielhaft sei die Projektarbeit an einer vollzuglichen Neuerung im Prozeß einer gesundheitsfördernden Maßnahme – Einführung des Modellprojektes ‘Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug’ – verdeutlicht.
  Nachdem die von der Justizministerin eingesetzte Expertenkommission im November 1994 ihre Arbeit aufgenommen hatte, wurde in der JVA für Frauen in Vechta und in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe Arbeitsgruppen eingerichtet, die die Aufgabe hatten, konzeptionelle personelle und organisatorische Vorbereitungen für die Umsetzung eines Modellprojek-

tes zu schaffen. Beispielhaft an der Entwicklung in der JVA für Frauen in Vechta soll dargestellt werden, wie die Projektarbeit organisiert und die inhaltlichen Entwicklungslinien verliefen.
Die stellvertretende Anstaltsleiterin und der Suchtbeauftragte bekamen im Frühjahr 1995 vom Anstaltsleiter den Arbeitsauftrag, eine Arbeitsgruppe zu gründen, in der eine Konzeption für eine praktische Umsetzung der Spritzenvergabe in der JVA entwickelt werden sollte. Den Hintergrund für diesen Arbeitsauftrag bildeten Überlegungen, die Arbeit der ministeriell eingesetzten Expertengruppe mit der konkreten Vollzugsarbeit zu verknüpfen, denn zwei Mitglieder der Expertenkommission waren Mitarbeiter der JVA für Frauen aus Vechta. Sie bildeten sozusagen die Bindeglieder, die Fachinformationen in die Expertenkommission gaben und konkrete Überlegungen in die Anstalt zurücktrugen.
Vertreten waren in dieser anstaltsinternen Arbeitsgruppe alle Bereiche: LeiterInnen (Sicherheitsdienstleiterin, Suchtbeauftragte), Betreuerinnen, MitarbeiterInnen des Stationsdienstes, außer Mutter-Kind- und Freigangs-Abteilung. Beteiligt wurden auch der Personalrat, die Krankenstation, die beiden Mitarbeiterinnen der externen Suchtberatung. Bis zum Projektstart traf sich die AG etwa wöchentlich für ca. 1 Stunde mit einer durchschnittlichen Beteiligung von ca. sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
Die Arbeit der AG-Spritzentausch läßt sich anhand der Ergebnisse aus durchgeführten Expertengesprächen und den Protokollen nachvollziehen. Wesentliche inhaltliche Kontroversen wurden in diesem Forum ausgetragen – Entwürfe einer Konzeption wurden hier gemeinsam erarbeitet und abgestimmt. Die AG hat insgesamt vier Fassungen eines „Arbeitsgruppenberichts zum 'Pilotprojekt Spritzenaustauschprogramm' in der JVA für Frauen Vechta" erarbeitet,[4] wobei die letzte Fassung (vom 15.2.96) in die Konzeptionierung (vom 13.3.96[5]) mündete, die die Grundlage der praktischen Umsetzung (ab 15.4.96) wurde.
Geprägt wurde die Arbeit der AG sowohl vom Besuch mehrerer Kolleginnen und Kollegen in Hindelbank als auch vom Austausch mit den Hindelbanker Justizvollzugsbediensteten, die die JVA für Frauen besuchten. Generell kann gesagt werden, daß die Erfahrungen aus dem Modellprojekt in Hindelbank für die konzeptionellen Überlegungen eine wichtige Orientierungsgrundlage bildeten.

---

4 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen vom 2.11.95, 24.11.95, 18.12.95, 15.2.95

5 Auch abgedruckt in: Der Leiter der JVA für Frauen (15.4.96)

Auch während der Durchführung des Modellversuchs und nach Weiterführung ist diese Arbeitsgruppe das zentrale Forum, in dem Probleme der Durchführung und Perspektiven der Weiterentwicklung besprochen werden.
Diskutiert wurde von vornherein in einem umfassenden Zusammenhang von Infektionsprophylaxe, d. h. es ging in der Arbeitsgruppe sowohl um die Einleitung und Durchführung technischer als auch personal-kommunikativer Präventionsstrategien. Demgemäß wurde das Konzept des Pilotprojektes auch in den Kontext des umfassenden Drogenhilfekonzeptes der Anstalt eingebettet.
Die Diskussion der einzelnen, auch eine breitere Fachöffentlichkeit interessierenden, Problembereiche sollen im folgenden kurz nachgezeichnet werden:

- Abgabemodus
  Der Modus der Abgabe über Automaten stand bereits relativ früh fest (Sommer 1995). Man orientierte sich an dem Modellprojekt in Hindelbank (Spritzenaustauschautomaten 1:1 mit einer initialen Attrappenvergabe durch den Anstaltsarzt). Das Ziel bei der Wahl dieses Abgabemodus war es, „... den Ansprüchen der Anonymität und Zugänglichkeit Rechnung zu tragen“[6]. Gleichzeitig wurde die Frage gestellt, ob Hilfsmittel für eine hygienische Injektion, wie Tupfer und Desinfektionsalkohol im Zusammenhang mit den Automaten abgegeben werden sollten.

- Wer bekommt Zugang zu den Automaten?
  Die Mitglieder der Arbeitsgruppe erachten es als sinnvoll, „... die Spritzenabgabe niedrigschwellig an alle Frauen auszuteilen, die sich einer Spritze als bedürftig definieren“[7]. Der Arzt solle die Spritzenattrappe beim Erstkontakt nach Zuführung ausgeben, bzw. zu einem späteren Zeitpunkt, wenn sie sich nicht unmittelbar bei Zuführung als drogenabhängig zu erkennen geben und/oder Mißtrauen haben.

- Teilnahme von Gefangenen auf der „Mutter-Kind“-Abteilung und Freigängerinnen
  In den einzelnen Teams gab es unterschiedliche Positionen über den Zugang zu den Automaten: „... es kam also ein Votum von Mutter-Kind und Freigang: ‘Wir haben so gut wie keine Drogis und wenn wir welche hätten, dann könnten die sich draußen gegebenenfalls Spritzen besorgen –

6 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 1.6.95
7 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 1.6.95

das ist für uns kein Thema', dann kam das Votum der Aufnahmestation, die sagte also: 'Wir können uns das für unseren Bereich nicht vorstellen, wir sind ein besonderer Schonraum, Orientierungsphase und dann möchten wir das sozusagen nicht präjudizieren oder gar fördern, daß vielleicht in der Zeit schon der Konsum wieder aufgenommen wird" (A:5)

- Teilnahme der Jugendlichen
  Bezüglich der Jugendstation gab es ein sehr gemischtes Votum: Es gab durchaus Stimmen, die von Anfang an gegen den Einbezug einer Jugendstation des Jugendvollzugs argumentierten mit dem Hinweis darauf, daß der Jugendvollzug deutlich auf Abstinenz ausgerichtet sein soll. „... es gab auch ein paar KollegInnen, die sagten, nein, wir haben 95% Jugendliche auf der Station, die konsumieren auf Teufel komm raus, und die rauszunehmen, wo vielleicht auch noch am meisten Potential wäre, angesichts Veränderungsbedürftigkeit, angesichts doch eines ziemlich großen Risikoverhaltens bei den Jugendlichen, die votierten dagegen. Das war auf der Jugendstation der längste Prozeß, der ja auch erst kürzlich im Grunde genommen mit der Diskussion im Ministerium seinen Abschluß gefunden hat. Bis zum Schluß war da eigentlich eine Diskussion, wobei wir allerdings schon früher klarer waren und gesagt haben, ab Sommer letzten Jahres, die Jugendlichen müssen mit dabei sein, die können wir nicht rausnehmen, sonst kriegen wir die Spritze als Handelsobjekt nicht raus" (A:5).
  Um zu verhindern, daß die Spritzen bei einer Herausnahme der Jugendlichen aus dem Spritzenaustausch, zum Tauschobjekt werden, hätte eine Separierung der Jugendlichen vorgenommen werden müssen. Diese war jedoch von den AG-TeilnehmerInnen als nicht möglich erachtet worden[8].
  Eine Herausnahme der Jugendlichen war auch nicht gewünscht. Durch eine Trennung würde auch die Abhängigkeit der Jugendlichen von den (Spritzen besitzenden) Frauen wachsen, „was sich gerade bez. einer angestrebten Öffnung des Jugendvollzuges Richtung offener Vollzug negativ auswirken kann (Einbringen von Drogen"[9]).
  Eine Trennung wird für unmöglich angesehen, weil Jugendliche auf mehreren Ebenen Kontaktmöglichkeiten mit erwachsenen Gefangenen haben: sowohl in der schulisch-beruflichen Bildung, als auch über freizeitpädagogische Maßnahmen.

---

8 Vgl. Protokolle der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 11.1. und 18.1.96
9 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 18.1.96

Die Kontroverse wurde schließlich zugunsten der Teilnahme der Jugendlichen – nach Einholung der Zustimmung ihrer Erziehungsberechtigten – an der Spritzenabgabe gelöst (siehe Konzeption).

- Teilnahme substituierter Frauen
  Aus ähnlichen Gründen (Spritzen als Handelsobjekt/"Machtinstrument") wird auch eine Teilnahme der substituierten Frauen am Spritzenprojekt befürwortet. Außerdem seien die substituierten Frauen diejenigen, die am stärksten von HIV betroffen seien. Bei Rückfällen würden sich diese Frauen Spritzen von anderen Gefangenen leihen, und diese oder sich selbst ggf. gefährden. Eine separate Unterbringung wird aus vollzuglichen Gründen abgelehnt: die derzeit dezentrale Unterbringung der Substituierten soll beibehalten werden[10].
  Schließlich kommt die AG zum Schluß, daß im Hause „flächendeckend Spritzenvergabe möglich sein muß, um negative Effekte zu vermeiden"[11].
  Dieser Punkt bildet die letztlich einzige Kontroverse zwischen anstaltlichen Ausgangsüberlegungen und Vorstellungen des Niedersächsischen Justizministeriums. Dieses geht aufgrund der Selbstverpflichtung substituierter Gefangener zum Verzicht auf andere Drogen davon aus, daß sich eine Teilnahme erübrigt, bzw. dem Grundgedanken der Substitutionsbehandlung im Vollzug widerspricht. Die Konzeption schließt letztlich die Substituierten von einer Teilnahme an der Spritzenvergabe aus.

- Meldung der Teilnahme an die Strafvollstreckungsbehörde/Konsequenzen für die Stellungnahme zur Legalprognose
  Die Arbeitsgruppe hat sich eingehend mit den Konsequenzen einer Teilnahme am Spritzenprojekt für die Mitteilungspflicht an die Vollstrekkungsbehörde und die anstaltlichen Stellungnahmen zur Legalprognose befaßt. Aus mehreren Gründen wird die Nutzung der Spritzenautomaten anonym bleiben:
  Akzeptanz des gesamten Angebots wird durch eine mangelnde Anonymität erheblich beeinträchtigt;
  das Wissen um eine Teilnahme ist nicht aussagekräftig in Bezug auf das reale Drogenkonsumverhalten und wird insofern auch nicht bei anstaltlichen Stellungnahmen verwertet[12];
  flankierende, personal-kommunikative Präventionsmaßnahmen

---

10 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 25.1.96
11 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 18. und 25.1.96
12 Vgl. Arbeitsgruppenbericht zum „Pilotprojekt Spritzenaustauschprogramm" in der JVA für Frauen Vechta v. 24.11.95

Über die Notwendigkeit von ergänzenden und flankierenden Präventionsmaßnahmen bestand von Beginn der AG-Tätigkeit ein breiter Konsens. Aufklärungs- und Informationskurse (z.B. Safer-use-Kurse), Printmedien (Faltblätter, Broschüren, Gefangenenzeitung) sollen angeboten werden, um den Gefangenen einen angemessenen Umgang mit den Spritzen näherzubringen.

- Obligatorische Beratung vor Aushändigung der Spritzenattrappe
  Diskutiert wurde die Frage, ob alle Frauen, die Interesse an einer Teilnahme am Spritzenaustauschprojekt anmelden, eine „Zwangsberatung" bei der internen oder externen Suchtberatung absolvieren sollten. Allerdings wurde diese Idee mit Hinweis darauf verworfen, daß sich gefangene Frauen nur im Rahmen ihrer vorhandenen oder nicht vorhandenen Bereitschaft zum Gespräch öffnen würden. Problematisch wäre außerdem, Kriterien für eine Ungeeignetheit für die Teilnahme aufzustellen.
  Schließlich setzt man auf die Attraktivität und vorhandene Akzeptanz der externen und internen Suchtberatung der Anstalt[13].

Wenngleich die hier skizzierten Entwicklungsverläufe und -zusammenhänge sich auf spezifische Besonderheiten und Strukturen der beiden untersuchten Anstalten beziehen und keine Allgemeingültigkeit und einfache Übertragbarkeit auf andere Anstalten und Gegebenheiten möglich ist, so lassen sich doch Entwicklungsschritte, Integration verschiedener Beteiligtengruppen, übergeordnete Zusammenhänge und Muster aus dem Entstehungsprozeß des Modellprojektes nachvollziehen. Insbesondere wird deutlich, daß es sich mit den Arbeitsgruppen der Anstalten um partizipative Formen und abteilungsübergreifende Verfahren handelte, die von der Leitung eingesetzt und gestärkt eigenständige Entscheidungen treffen konnte. Die inhaltlichen Entwicklungslinien werden im folgenden skizziert:

**Problemdefinition und Artikulation**

Deutlich wird, daß ein langer, kontinuierlicher, inhaltlicher Auseinandersetzungsprozeß vor der Entscheidung zum Modellprojekt und dessen Implementierung stattgefunden hat, der sich entlang verschiedener Phasen vollzogen hat. Langjährige Erfahrungen in der vollzuglichen Arbeit mit drogenkonsumierenden Inhaftierten kulminierten in einem offensiven Umgang mit

13 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 25.1.96

den verschiedenen, widersprüchlichen Dimensionen der Problemwahrnehmung aus der Praxis:

- Drogenkonsum gehört zur Alltagsrealität von Justizvollzug trotz gegenläufiger ordnungspolitischer und -praktischer Bestrebungen.
- Drogenkonsumbedingungen in Haft haben gesundheitsschädigende Wirkung.
- Aspekte der Gesundheitsfürsorge und der sicherheitstechnische/ordnungspolitische Auftrag von Justizvollzug widersprechen sich (in diesem Kontext).
- Eine Beschränkung der anstaltsinternen Suchthilfe auf Abstinenzorientierung blendet suchtbegleitende und schadensminimierende Möglichkeiten aus.
- Der Angleichungsgrundsatz (gleiche Hilfemöglichkeiten innerhalb des Justizvollzuges wie außerhalb) ist nicht umgesetzt.

**Identifizierung eines Gesundheitsproblems und Durchführung einer gesundheitlichen Risikobewertung**

Auf der Basis von konkreten Entwicklungsbeobachtungen durch die Anstaltsärzte und entsprechender Prävalenzstudien zur Verbreitung von HIV und Hepatitiserkrankungen unter i.v. drogenkonsumierenden Inhaftierten wurde das Problem Infektionsrisiken unter den Bedingungen insterilen Spritzdrogenkonsums als Gesundheitsproblematik von Justizvollzug mit ökonomischen und sozialen Folgeproblemen benannt und **präventiver Handlungsbedarf identifiziert**. Durch die Einberufung einer Expertenkommission als einem übergeordneten Fachgremium konnte Fachwissen aus den Bereichen Vollzug, Administration, externe Fachdienste der Drogen- und AIDS-Hilfe, Medizin und Forschung gebündelt in einen Prozeß der **Risikobewertung** eingebracht werden. Fachlich begründete und praktikable Modelle zur Risikovermeidung und -bewältigung wurden erarbeitet. Damit war eine **rationale Grundlage** für einen politischen Entscheidungsprozeß zum Umgang mit den identifizierten Gesundheitsrisiken erarbeitet. Die Praxisorientierung der Expertenempfehlung unterstützte die Entwicklung einer Planungssicherheit für die Politik.

**Integration der Erfahrungen in die vollzugliche Arbeit mit drogenkonsumierenden Inhaftierten**

In den beiden Anstalten ist aufgrund konkreter Erfahrungen, Erlebnisse und Betroffenheit eine Einsicht und Wissen um die sozialen und gesundheitlichen Zusammenhänge Drogenkonsum/Infektionsgeschehen gereift. Durch die vollzugsalltäglichen Anforderungen haben sich **Kompetenzen** entwikkelt, die eine adäquate Arbeitsbewältigung gewährleisteten. Eine Weiterentwicklung im Rahmen eines Modellprojektes bedeutet ein Abrücken vom Vertrauten, Verunsicherungen waren zu bewältigen. Zur Integration der vollzuglichen Erfahrungen wurde eine Mitwirkung des Personals, des Personalrates ausdrücklich gefordert und unterstützt:

- Umfragen (auch anonyme) bzgl. vorhandener Ängste, ungelöste Fragen, Unsicherheiten;
- Mitwirkung bei technisch-organisatorischen Planungen;
- Fortbildungsangebote zur Unterstützung des internen Umdenkungsprozesses in Richtung Akzeptanz der geplanten Innovation.

**Aufbau problemadäquater Unterstützungsnetzwerke**

Um fachliche Ressourcen zur eigenständigen Entwicklung einer Haltung und Akzeptanz aller beteiligten MitarbeiterInnenebenen zu fördern, wurden interne Arbeitskreise initiiert, die sich mit allen Aspekten der Spritzenvergabemodelle (unter Einbeziehung örtlicher und regionaler Spezifika) und flankierender Präventionsmaßnahmen beschäftigten.
Eine überregionale Vernetzung mit Anstalten, die bereits über Erfahrungen verfügen fand in Form von Treffen, Austausch und gegenseitiger Hospitation statt. Meinungsbildung und die Entwicklung von Handlungssicherheit bezog sich auf „Probehandeln“ und die Auswertung erlebter Situationen während der Hospitationen.

**Integrative Entscheidungsprozesse und Partizipation**

Das Votum für ein Niedersächsisches Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe im Justizvollzug geht auf einen Entscheidungsfindungsprozeß auf allen Beteiligtenebenen zurück.
Innovative Maßnahmen erzielen ihre beabsichtigte Wirkung nur auf der Grundlage einer breiten Akzeptanz aller Akteure. Der Entscheidungsweg für die Installation des Modellprojektes war deshalb nicht hierarchisch von Poli-

tik über Administration zum Vollzug ausgerichtet, sondern **basisorientiert** und **wechselseitig**.
Nachdem im Austausch und Abwägen politischer, juristischer, vollzuglicher, ethischer Argumente eine Basis der Akzeptanz hergestellt war, wurde die gesundheitspräventiven Maßnahmen politisch umgesetzt.

**Lebensweltbezug und Zielgruppenorientierung**

Präventive Botschaften und Maßnahmen greifen, wenn sie eingebettet sind in die sozio-kulturellen Lebensbedingungen der Zielgruppe. Ein Modellprojekt im Justizvollzug als Zwangsgemeinschaft mit Subkulturbildung, besonders unter Drogenabhängigen (offene und verdeckte Drogenszene) bei gleichzeitigem Kontrollauftrag, kann sich der Prämisse einer Zielgruppenorientierung nur annähern. Vor Projektbeginn wurden die Inhaftierten durch eine Befragung über ihre Teilnahmebereitschaft, über ihre Einschätzung zu konkreten Modalitäten der Spritzenvergabe, Örtlichkeiten der Abgabe etc. beteiligt.
Externe Dienste (Externe Drogenberatung, AIDS-Hilfe, Selbsthilfegruppe JES), die nicht in dem o.a. Widerspruchspotential agieren, sind im Interesse von Authentizität und Lebensweltnähe in den Vorbereitungs- und Durchführungsprozeß des Modellprojektes einbezogen.

**Transparenz und Außenorientierung**

Eine Transparenz und Abstimmung in der Fachöffentlichkeit war im Vorbereitungsprozeß beabsichtigt. Zur Abklärung der juristischen Konsequenzen des Modellprojektes gab es Treffen und inhaltliche Klärungen mit den zuständigen Generalstaatsanwaltschaften. Regierungs- und Oppositionsfraktionen auf kommunaler und Landes-Ebene wurden informiert, um einen breiten Konsens zu erzielen und Unterstützung zu erhalten.

**Zirkuläre Verläufe und Wechselseitigkeit**

Die Vorgeschichte zum Modellprojekt verdeutlicht, daß sich im Justizvollzug als komplexer Institution kein linearer Ablauf von Entwicklungsschritten bei Innovationen als produktiv erweist, sondern daß ein zirkulärer Prozeßverlauf getragen von Wechselwirkungen und Annäherungsprozessen zeitintensiv und inhaltlich gründlich praktisch-politische Neuerungen bestimmt. Sowohl ‚bottom up' (von der Anstalt an die Politik auf Landesebene), als

auch ‚top down' (vom Justizministerium an die Anstalten) Entscheidungsrichtungen konnten festgestellt werden.

Die Organisationsentwicklung wird an dieser Stelle nicht weiter konkretisiert. Deutlich wird jedoch, daß organisationssoziologische Erkenntnisse verbunden mit den Elementen und Erfahrungen der Organisationsentwicklung und dem Projektmanagement die Grundlage für eine konkretere Ausgestaltung einer möglichen ‚Healthy Prisons' – Bewegung nützlich wären.

#### 5.1.3.1.1 Spezifische Organisationsprobleme von Gefängnissen

Ähnlich anderen staatlichen Organisationen lassen sich auch im Gefängnis entgegengesetzte Organisationsprinzipien ausmachen: Wie das setting 'Krankenhaus' (Wolff 1999) ist das Gefängnis eine Kombination von Bürokratie und professioneller Organisation, d.h. bürokratische Handlungssteuerung über strikte Regelorientierung und in der professionellen Organisation verläßt man sich auf das Wissen von Experten, die die gewünschten Entscheidungen bewerkstelligen sollen. Ähnlich dem Krankenhaus hat auch das Gefängnis wenig Erfahrungen mit der Selbstbeobachtung und Selbstauswertung als Organisation – es hat keine dafür notwendigen Routinen und Verfahren entwickelt.

- Geringe Entscheidungsspielräume – viele essentielle Entscheidungen über das jeweilige Gefängnis werden im Rahmen eines gesetzlichen Auftrages zum Strafvollzug bzw. gebrochen über die landesspezifische Justizbehörden
- Sekundärprobleme (Migranten, Drogenabhängige)
- Überfüllung
- Wandel der Bestraften (Kurzstrafen, Ersatzfreiheitsstrafen etc.), hoher Durchlauf.

### 5.1.3.2 Gefängnisse als lernende Organisationen

Die allgemeinen Ausführungen zur Organisationsentwicklung der Institution 'Gefängnis' müssen in konkrete alltagstaugliche Konzepte übersetzt werden. Ein Begriff, der diese Übersetzung umschreibt ist der der 'Lernenden Organisation'. Mit diesem Begriff wird beschrieben, daß über die zeitlich begrenzte Pilotprojektphase ein dauerhafter, tragfähiger Transfer der Ergeb-

nisse in die Alltagspraxis gelingen soll – eine ‘Veralltäglichung’ der Projektarbeit.

Der Entwicklungsprozeß einer ‘lernenden Organisation’ sollte fünf Prinzipien beinhalten und kontinuierlich berücksichtigen:

1. Entwicklung persönlicher Kompetenzen aller MitarbeiterInnen über die fachlichen Anforderungen hinaus.
2. Reflexion ‘mentaler Modelle’, d.h. der impliziten Anschauungen, Bilder und Theorien (über Gefangene, Gesundheitsfürsorgem Strafe und adäquate Behandlungen).
3. Erarbeiten einer gemeinsamen Vision: Entwickeln von Leitbildern über die Zukunft des Gefängnisses, um den Veränderungen eine gemeinsame Basis zu geben.
4. Arbeiten und Lernen in Teams zur Entwicklung neuer Kommunikationsformen sowie kollektive Handlungs- und Denkweisen.
5. Veränderung organisationaler Strukturen und Zuständigkeiten (angelehnt an Senge 1996, zit. In: vgl. Lobnig/Nowak/Pelikan 1999, S. 58).

„Dementsprechend würde es gelingen, Kultur und Struktur der Organisation im Sinn umfassender Veränderungsprozesse lebendig zu halten sowie die Prämissen des organisationalen Handelns immer wieder neu zu hinterfragen und eventuell zu ändern.“ (vgl. Lobnig/Nowak/Pelikan 1999, S. 59). Die Verquickung von personaler und organisationaler Entwicklungsförderung würde letztlich bedeuten, ‘Betroffene zu Beteiligten zu machen’ (Wagner 1999, S. 71), d.h. Organisationsentwicklung als eine Aufgabe zu begreifen, eine Verknüpfung von Denkweisen, Strategien und Methoden zur Entwicklung organisatorischer Verhältnisse herzustellen.
Parallel zu dem Projekt ‘Health Promoting Hospital’ könnte man auch für den Strafvollzug vor dem Hintergrund des oben ausgeführten folgende Lernmöglichkeiten identifizieren:

- Probleme im Umgang mit Gefangenen im System Justizvollzug zu artikulieren und Lösungsmöglichkeiten zu definieren
- Probleme als Herausforderung und nicht einseitig als Belastung zu verstehen
- Ziele zu finden und konkret zu formulieren
- Informationsbedürfnisse zu klären und Strategien der Informationsbeschaffung und -vermittlung zu entwickeln,

- ziel- und ergebnisorientierte Zusammenarbeit und Kommunikation in Gruppen zu gestalten,
- Ansätze interprofessioneller und intersektoraler Kooperation zu entwikkeln
- Pläne und Ergebnisse öffentlich zu präsentieren
- das eigene Arbeitsfeld mit der Dimension 'Gesundheitsförderung' zu verbinden,
- Entwicklungsaufgaben in die Bearbeitungsform eines kleinen Projektes zu bringen (angelehnt an: Wagner 1999, S. 77).

**Qualitätsmanagement**

Sämtliche Dienstleister in sozialen und gesundheitlichen Bereichen stehen vermehrt unter Druck, Qualitätssicherung und -kontrolle zu betreiben. Qualitätsmanagement beschreibt dabei eine Strategie der kontinuierlichen Planung und Initiierung von Reflexions- und Veränderungsprozessen. Beide Prozesse stellen Daueraufgaben dar und sind niemals abgeschlossen. Dies gilt umso mehr für die Institution des Gefängnisses, als daß gerade in dieser hierarchisch strukturierten Institution Qualitätsentwicklung ggf. in einem top-down-Verfahren 'verordnet', aber nicht umfassend auf allen Ebenen betrieben wird. Folgende allgemein zu Grunde gelegte Felder von Qualitätssicherung und -förderung werden hier für das Gefängnis und den Drogenbereich als Qualitätsebenen diskutiert:

*Strukturqualität*

Leitlinien des Gefängnisses und Sichtbarmachung der Politik und Praxis nach außen. Transparenz und Leitbild der Anpassung inneranstaltlicher Drogenhilfeangebote an die fachlichen Standards außerhalb.

*Konzeptqualität*

Erfassen gesundheitsabträglicher Strukturen und Verhaltensweisen, Diskussion von Strategien der Verbesserung. Dokumentation des Fortschritts, z.B. einer verbesserten Inanspruchnahme von Drogenhilfeangeboten oder einer Verquickung von Drogenhilfe innen und außen. Einrichtung von Teams in übersichtlichen Wohngruppen.

*MitarbeiterInnenqualität*

Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen außerhalb und gefängnisintern. Inneranstaltliche Diskussion erworbener Erfahrungen, Erkenntnisse und Handlungskompetenzen auf dem Drogensektor. Austausch mit MitarbeiterInnen externer Organisationen, um die oft beschriebene Spannung und Polarität zwischen ‘drinnen’ und ‘draußen’ abzubauen.

*Prozeßqualität*

An der Veränderung von Leistungsveränderungen und der Entwicklung von Qualitätsstandards sind Akteure auf vielen Ebenen des Gefängnisses beteiligt. Diese gilt es zusammenzuführen, z.T. jenseits berufsgruppenspezifischer oder hierarchischer Zugänge.
Gezielte Hilfen im Zugangsgespräch und Schaffung von Unterbringungsalternativen im Gefängnis (drogen-freie Zonen). Klärung von Arbeitsaufträgen und Behandlungszielen in einem Behandlungsplan unter Berücksichtigung individueller Ressourcen und Fähigkeiten der Gefangenen. Aufbau einer tragfähigen und durchgängigen Beziehung durch einzelne MitarbeiterInnen. Kontinuierliche Reflexion der Arbeit in einem Team.

*Ergebnisqualität*

Überprüfung der Wirksamkeit erbrachter Leistungen und vereinbarter Behandlungspläne. Systematisierungen und Dokumentationen der Hilfen und ihrer Effektivität, Kooperation mit externen Trägern, wissenschaftliche Katamnesen, Kosten-Nutzen-Analysen, Sicherstellung und Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen, Nachsorge, Integrationshilfen in Zusammenarbeit mit Trägern freier Straffälligenhilfe. Stärkere Einbeziehung externer Hilfesysteme, um die Probleme von Schnittstellen (Haftentlassung, Urlaub/ Ausgang) besser zu identifizieren.

#### 5.1.3.3 Empowerment am Beispiel der Arbeitsentwicklung Bediensteter

Gesundheitsförderungskonzepte basieren auf Partizipation, d.h. auf dem Einbezug aller relevanten EntscheidungsträgerInnen. Die aktive Beteiligung aller Betroffenen und deren Expertise für gesundheitliche Fragen stehen im Mittelpunkt. Die Handlungsfähigkeit aller Betroffenen für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen sollte gestärkt werden. Der Begriff

‘Empowerment’ meint dabei Bemächtigung von Menschen und Gemeinschaften, ihre Ressourcen zu erkennen, zu nutzen und sich so in Entscheidungen über sich und ihre soziale Umgebung einzumischen – das ist die Stärke in einer Situation des Mangels: „Das Potential und die Fähigkeiten, das eigene Leben und die sozialen Zusammenhänge zu nutzen und zu erweitern, ist bei uns allen und in vielen sozialen Situationen vorhanden. Dieses Potential ist also kein knappes Gut ..., das kontrolliert und verteilt, sondern eher als Möglichkeitsraum entdeckt werden muß. In den meisten Fällen muß es freigesetzt werden, befreit von den Verkrustungen eines Denkens in Defiziten, der Abhängigkeit von Experten bis hin zu einer Veränderung der Sprachgewohnheiten, die uns dieses passivierende Denken aufzwingen. Insofern ist Empowerment mehr als ein neues, modisches Wort, sondern ein Begriff, der neue Blickwinkel auf soziale Zusammenhänge eröffnet und verschüttete Potentiale freisetzt“ (Stark 1996, S. 17).
Der Empowerment-Begriff ergänzt das Konzept von Gesundheitsförderung, weil er eine neue Blickrichtung auf die individuellen und kollektiven Kompetenzen und Ressourcen ermöglicht, die für den Gesundheitsbereich bedeutet: Die Beteiligten sollten einen Eindruck davon bekommen, daß sie sich ihres eigenen Prozesses in Richtung Gesundheit ‚bemächtigen’ können.

Dieser Zusammenhang soll im folgenden beispielhaft an Arbeitsanforderungen Bediensteter beschrieben werden: In der Debatte um eine Spritzenvergabe wird immer wieder auf die Angst bezug genommen, die Spritze könne als Waffe gegen Bedienstete oder Mitgefangene benutzt werden – dies ist bisher in keinem der Pilotprojekte geschehen. Innerhalb geschlossener Anstalten können jedoch viele Gegenstände des täglichen Lebens zu Waffen umfunktioniert oder mißbraucht werden. Die Sicherheitsdiskussion basiert aber darauf, daß nur bestimmte Gegenstände (die Einwegspritzen) eine massive Gefährdung darstellen würden. Insofern kann es keine Sicherheit darüber geben, daß man nur bestimmte Gegenstände ausschließt – eher eine Scheinsicherheit, die wiederum arglos machen kann. Die MitarbeiterInnen sollten jedoch befähigt werden, mit ausreichenden Kenntnissen und Einschätzungen, diese Gefahrensituationen so weit wie möglich zu erkennen und ihnen vorbeugen zu können. Es geht also nicht darum die Spritze oder das Messer deswegen auszuschließen, weil sie potentiell als Waffe umfunktioniert werden können, sondern darum zu erkennen, wann die einzelnen Gefangenen Umorientierungsprozesse vornehmen, Gewaltpotential sichtbar wird. Sicherheit würde mit dieser Befähigung eher erzeugt, als mit der dichotomen Vorstellung hier der ahnungslose Bedienstete, dort der potentiell

gewaltbereite Gefangene – lediglich der dauerhafte Dialog zwischen den Gefangenen und Bediensteten kann diese Polarisierung aufheben.

Befähigung der MitarbeiterInnen besteht auch darin, wenn statt Hierarchie konsenshafte Entscheidungsfindung in den Organisationsstrukturen aufgenommen werden würde und statt ordnungspolitischer Regulationsmechanismen eine supervisive Kontrolle der Funktionsqualität im Vordergrund stünde. Insbesondere Qualitätszirkel würden Foren für eine 'Lernende Organisation' bilden, die über ein hohes Maß innerer Offenheit dafür sorgen, daß die TeilnehmerInnen Qualitätsmängel über sprachliche und analytische Mechanismen identifizieren, erörtern und abstellen können. Insbesondere die Konflikte von Nähe und Distanz zu Gefangenen sollten besprochen werden damit nicht nur mit diesen Problemen sanktionierend umgegangen, nicht versucht wird wieder die Problem auszuschließen, sondern als obligatorischen Effekt der Betreuung in dieser Situation zu betrachten

Gesundheitsförderungskonzepte werden in der Arbeitswelt zunehmend praktiziert, um den hohen Krankenstand abzubauen und die Produktivität zu erhöhen. Die Arbeitswelt für Bedienstete der Institution Gefängnis weist vielfach hohe Krankenstände auf – insofern würden sich insbesondere im betrieblichen setting Justizvollzug vielfache Möglichkeiten einer partizipativen Gesundheitsförderung bieten. Dies kann bedeuten:

- Dokumentation der Fehlzeiten und Krankenstände der Mitarbeiterschaft. Gespräche mit Personalvertretungen über mögliche Gründe, betriebliche Verbesserungen und Identifikation von strukturellen Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz.
- MitarbeiterInnenbefragung: zu gesundheitlichen Belangen und Belastungen am Arbeitsplatz, sowie der Arbeitsplatzzufriedenheit.
- Gesundheitszirkel: d.h. Nutzen des Erfahrungs- und Veränderungswissens der Bediensteten über gesundheitlich abträgliche Arbeitsbedingungen oder gesundheitlichen Risiken für andere als gleichrangig zum Expertenwissen, Gesundheitszirkel bilden einen Rahmen um dieses Wissen in die konkreten Arbeitsabläufe zu integrieren
- Vorschlagswesen: Bedienstete werden aufgefordert zur Verbesserung der Institution Gefängnis Vorschläge einzubringen. Möglichkeit der Prämierung.
- Gesundheitsbildung: Permanente Aufgabe der Vermittlung gesundheitsrelevanter und handlungsleitender Informationen.

- Kampagnen zur Thematisierung gesundheitlicher Belange (Nicht-Raucher-Zonen, Bewegung, 'Ernährungswochen' etc. (vgl. auch Brösskamp-Stone u.a. 1998, S. 194f).

Bögemann (1997) entwickelt in diesem Zusammenhang zwei Beteiligungsverfahren zur Gesundheitsförderung für Bedienstete im Justizvollzug: das Modell des sozialen Ansprechpartners und das Modell des Qualitäts- und Gesundheitszirkels. Beide Modelle haben zum Ziel Problembewußtsein gegenüber Gesundheitsgefahren zu stärken, Arbeitsklima und Zusammenarbeit zu verbessern und Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz zu identifizieren und Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

#### 5.1.3.4 Netzwerkarbeit

Die Arbeit innovativer Projekte der Gesundheitsförderung vollzieht sich am produktivsten innerhalb von Netzwerken ähnlicher Projekte, mit denen Partnerschaften entwickelt werden können. Diese Kooperationen haben sich nach Lobnig/Nowak/Pelikan 1999, S. 61 „sehr bewährt, da sie

- breite Partizipation von PartnerInnen mit ähnlichen Interessen über regionale Grenzen hinweg ermöglichen,
- Erfahrungsaustausch und Beratung unter PartnerInnen fördern und damit entscheidend zur Qualitätsentwicklung beitragen sowie
- Synergien in der Entwicklung von Theorie und praktischen Erfahrungen fördern."

Netzwerke als Verbundsysteme jenseits organisationeller, regionaler, politischer Besonderheiten ihrer Mitglieder können neue Kommunikations-, Interaktions- und Kooperationsmöglichkeiten eröffnen, die wiederum eine Reflexion und Weiterentwicklung der eigenen Praxis fördern können. Deutlich konnte anhand des Entwicklungsprozesses der beiden untersuchten Pilotprojekte zur Spritzenvergabe gezeigt werden, daß Partnerschaften mit ähnlichen Anstalten in der Schweiz Vorurteile und Ängste gegenüber neuen und als brisant wahrgenommenen Maßnahmen abgebaut werden konnten (vgl. Kap. 5.1.3.1).

Auf internationaler Ebene besteht bereits ein durch die WHO gefördertes 'Health in Prisons-Projekt' (siehe Kap. 5.1.2). Auf nationaler Ebene könnte

ein ‘Healthy-Prison-Sekretariat’ ggf. beim Bundesministerium für Justiz bzw. den jeweiligen Landesjustizbehörden installiert werden, das Aktivitäten auf nationaler bzw. regionaler Ebene initiiert und koordiniert. Auf regionaler Ebene bieten ‘Qualitätszirkel Gesundheitsförderung’ Möglichkeiten eines Erfahrungsaustausches und einer Vereinheitlichung bzw. Harmonisierung unterschiedlicher Praktiken an. Die Einrichtung eines ‘Qualitätszirkels Gesundheitsförderung’ innerhalb einer Organisation kann im Sinne eines betrieblichen Qualitätsmanagements als dauerhafte Einrichtung mit festen Strukturen und klaren Kompetenzen Veränderungsprozesse initiieren, begleiten und auswerten. Hieraus können sich wiederum Projektgruppen zu besonderen Fragestellungen der Gesundheitsförderung entwickeln, wie z.B. eine Anlaufstelle für gesundheitliche Belange der Bediensteten der JVA.

#### 5.1.3.5 Gesundheitsberichterstattung

Über die gesundheitliche Lage von Menschen in Deutschlands Haftanstalten existieren keine zusammenfassenden Erkenntnisse – lediglich über Teilbereiche (s.u.) liegen vereinzelte Informationen vor. Dieses Defizit resultiert daraus, daß es im Strafvollzug keine systematisierende Forschung und Dokumentation (etwa im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung oder eines Gesundheitssurveys), die ggf. noch bundesländerübergreifende Sichtweisen einbezieht, existiert wie etwa Gesundheitsbefragung bei GefängnisinsassInnen in der CH (Bundesamt für Statistik der Schweiz 1998), oder für Insassen der Gefängnisse in New South Wales/Australien (Butler 1997[14]).

Während die Länder und Kommunen bereits Gesundheitsberichte erarbeitet haben, fehlen zumeist Gesundheitsdaten für die Gefängnisse (bspw. Landesgesundheitsbericht Bremen 1998). Gesundheitsberichte sollen jedoch nicht nur auf Landesebene, sondern vor allem auch im kleinräumigen Bereich erstellt werden, um möglichst präzise Grundlagen zur Verlaufskontrolle, Planung und Steuerung zu liefern. Auf kleinere Räume und Institutionen begrenzte Berichte können ein wesentliches Element der Gesundheitsförderung und der Erkenntnis von ‘sozialen Brennpunkten’ sein. Die Gefängnisse sind ‘soziale Brennpunkte’, Daten über die Gefangenen sind jedoch unsy-

14 Hier handelt es sich um sehr detaillierten Bericht über die gesundheitliche Situation der Gefangenen. Interessant ist, daß die Ergebnisse aus Selbstberichten der Gefangenen in einer Interviewsituation resultieren.

stematisiert – nicht zuletzt dank der Intransparenz durch fehlende gesetzliche Krankenkassenkontrolle – zumeist nur in den einzelnen Gesundheitsakten vorhanden. Jede Studie im Vollzug muß erst Aktenberge durchforsten, um Daten auswerten und systematisierte Schlüsse ziehen zu können.

Gesundheitsberichte stellen auch ein wesentliches Element der Qualitätsverbesserung dar: Erst wenn Überlegungen auf einer gesicherten Datenbasis darüber angestellt werden können, was wie wirkt, können Prioritäten und Zielsetzungen erarbeitet, Korrekturen vorgenommen und neue Interventionen geplant werden.

Für die Gesundheitssituation in den Gefängnissen fehlen vor allem Längsschnittstudien zur Erfassung von gesundheitlichen Veränderungsprozessen. Dies ist insofern verwunderlich, da die Institution Strafvollzug einen weitgehend konstanten Zugang zu den Forschungssubjekten/Befragten über längere Zeiteinheiten und Meßzeitpunkte gewährleisten könnte. Naheliegend wäre etwa eine Erforschung der Zusammenhänge von Gesundheitsrisiken und Mehrfachbelegungen der Hafträume. Zahlenmäßig erfaßt werden nur außergewöhnliche Vorfälle: Mortalität, Suizidalität, und bestimmte meldepflichtige Krankheiten. Aufgrund dieses fehlenden systematisierten Überblicks über die gesundheitliche Lage der Gefangenen (aber auch über die der Bediensteten, z.B. ihr Krankenstand) erwächst der Eindruck fehlender Vergleichbarkeit mit der ‘Normalbevölkerung’ und hoher Intransparenz: als gäbe es eine Public Health und eine ‘Prison Health’.

Auch sozialepidemiologische Untersuchungen zu HIV- und Hepatitis-Prävalenzen im Strafvollzug werden gegenwärtig nicht systematisch durchgeführt und können dem Zweck einer Transparenz der Ausbreitungsdynamik o.a. Infektionen im Hinblick auf haftbedingte Einflußgrößen für die Infizierung und zeitlichen Entwicklungsverläufe des Infektionsgeschehens in der Risikopopulation i.v. DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug nicht gerecht werden.

Methodisch differente Untersuchungsanlagen o.a. administrativer Erhebungen (z.B. Quartalserhebungen der Länderjustizbehörden) bzw. wissenschaftlicher Stichprobenuntersuchungen scheitern damit letztendlich an den Forschungskriterien Vergleichbarkeit/Repräsentativität.

Periodische, stichtagsbezogene Querschnittsuntersuchungen relativ kleiner Teilpopulationen sind darin begrenzt, Entwicklungstrends zu erfassen. Gegen-

wärtig vorfindbare Seroprävalenzstudien im Vollzug entsprechen i.d.R. dieser Erhebungsform.

„Ein dringender Bedarf ... einer ... „institutionelle(n) Absicherung eines periodischen HIV-Monitoring bei i.v. DrogenkonsumentInnen ...“, wie ihn Kleiber/Pant (1996, S. 23) allgemein zum Nutzen einer inhaltlichen/aussagefähigen Sozialepidemiologie ausmacht, läßt sich für die Forschungssituation zu HIV/Hepatitis-Verbreitung unter i.v. DrogenkonsumentInnen bezogen auf den Strafvollzug einfordern[15].

Ein erkenntnisintendierter Appell zur systematischen Sammlung von Datenmaterial zur HIV-Hepatitis-Prävalenz im Strafvollzug sollte nicht allein auf serologische Parameter fokussieren und keinesfalls eine Praxis der „Zwangstestung“ zu Forschungszwecken anregen oder legitimieren. HIV-Untersuchungen als Zwangstest im Justizvollzug würden der in Deutschland verfolgten liberalen Strategie in der Gesundheitspolitik gegenüber HIV/AIDS, die von den Vorteilen der Aufklärung, Information und entsprechender Verhaltensänderung ausgeht, statt eine seuchen- und strafrechtliche Kontrolle und Erfassung anzustreben, widersprechen. Die Praxis der Anstalten, HIV Tests als freiwillig anzunehmendes Angebot vorzuhalten, steht auch im Einklang mit den 1993 von der WHO veröffentlichten Richtlinien zur HIV- Infektion und AIDS im Gefängnis[16] (WHO, 1993) und mit der außerhalb des Strafvollzuges gängigen Praxis. Der Angebotscharakter impliziert, daß ein Teil der Gefangenen dieses Angebot ablehnt, was sicherlich auch zum Teil auf die Befürchtung vor möglichen Konsequenzen (vollzugliche Nachteile) bei positivem Testresultat zurückzuführen ist.

---

15 Weil es keine systematische infektiologische Forschung im Strafvollzug mehr gibt, erfährt man nichts über die HIV/Hepatitis-Epidemie – die Verantwortlichen wiegen sich in falscher Sicherheit. UNAIDS (1999a, S. 25/6) hat Schlußfolgerungen aus der z.T. sehr schlechten globalen Forschungslage in Bezug auf Infektionskrankheiten gezogen. Ohne den Strafvollzugsbereich zu nennen, lassen sich viele der gezogenen Schlußfolgerungen auf die Situation in den Gefängnissen und nicht nur auf die Situation in der Dritten Welt anwenden: z.B. Quality national surveillance is vital, and not a luxury – it is essential in order to assess the continued evolution of the HIV epidemic. HIV seroprevalence is the key variable, with appropriate stratification and incidence estimates where possible“ (S. 25).

16 „HIV-Zwangstestungen von Gefangenen sind unethisch und ineffektiv und sollten verboten sein. Freiwillige Tests auf eine HIV-Infektion sollten im Gefängnis zugänglich sein, wenn sie sonst in der Öffentlichkeit auch zur Verfügung stehen, und zwar zusammen mit angemessener Beratung vor dem Test und nach Mitteilung des Testergebnisses. Freiwillige Tests sollten nur mit ausdrücklicher Einwilligung des informierten Gefangenen ausgeführt werden. Unterstützung sollte dem Gefangenen angeboten werden, wenn er das Testergebnis erfährt und ebenso in der Zeit danach.“ (WHO, 1993)

Mit dem Ziel einer präventionsleitenden Medizin- und Sozialepidemiologie geht es darum, einen Forschungszugang für den Strafvollzug zu entwickeln, der forschungsethische Aspekte und Persönlichkeitsrechte der Beteiligten wie Anonymität und Freiwilligkeit achtet und befolgt und gleichzeitig vergleichbare/repräsentative Ergebnisinterpretationen mit vollzugspraktischem Nutzen erlaubt.

Mit diesem Interesse sind methodisch/inhaltliche Prämissen verknüpft. Eine Grenze der Aussagefähigkeit erreichen serologische Parameter/Erfassung des Antikörperstatus bei analytischen Fragen der Verbreitungszusammenhänge von HIV und Hepatitisformen. Für die (Weiter-)Entwicklung wirksamer, lebensweltorientierter und tragfähiger Präventionskonzepte für die Zielgruppe i.v. DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug ist eine Qualifizierung von Einflußgrößen auf die Ausbreitungsdynamik von Infektionserkrankungen unabdingbar.

Eine Identifizierung spezifischen Risikoverhaltens in Haft, individueller Risikobereitschaften, vorhandenem Risikobewußtseins, von Risikomanagement in Verbindung zu biographischen Prozessen erschließt praxisweisende Informationen für sinnvolle Präventionsmaßnahmen. Komplexe Zusammenhänge des Infektionsgeschehens HIV/Hepatitis lassen sich nur durch das Hinzuziehen weiterer Datenquellen, z.B. durch Auswertung medizinischer Akten, Biographieforschung etc. entschlüsseln bzw. umgrenzen. Die institutionsbezogenen Zugangsvoraussetzungen des Strafvollzugs bieten dazu potentielle Möglichkeiten, weil zum einen der Zielgruppenumfang abgrenzbar ist. Zum anderen ließen sich medizinische Behandlungsangebote und spezifische Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen interner und vor allem externer Dienste konzeptionell berücksichtigen bzw. erweitern, die ein gewisses Maß an Attraktivität für die betroffene Gruppe darstellen und als sinnvolle Konsequenz der Informationssammlung wahrgenommen werden können.

#### 5.1.3.6 Evaluation

Evaluation bedeutet die systematische Analyse und Beurteilung von Projekten, Programmen oder Prozessen, wobei sie sich an vorher definierten Kriterien orientiert. Konstitutiver Bestandteil der Evaluation ist weiterhin die Rückmeldung der erzielten Ergebnisse an definierte Auftraggeber. Dynamische Prozeßbegleitung empfiehlt sich oftmals, um ggfs. Tendenzen, unvor-

hersehbare Störungen und unerwünschte Effekte bereits während der Projektphase aufzuzeigen und flexibel Vorschläge für eine, auf die aktuelle Situation angemessene Reaktion zu unterbreiten.

Freundlieb/Wolff (1999, S. 80ff) beschreiben, daß im setting-Ansatz von Projektstrukturen immer schon eigenevaluative Elemente auf mehreren Ebenen vorhanden sind, die zum großen Teil auch dokumentiert sind:

- der Projekt- oder Arbeitsgruppen: Protokolle, Auswertungen von Teamsitzungen, Zielbestimmungsüberprüfungen, Dokumentationen von Routinetätigkeiten etc.
- des Projektmanagements: Überprüfung des Mitteleinsatzes, Erfolgskontrolle, Kosten-Nutzen-Analyse, Maßnahmeplanungen etc.
- der Projektsteuerung: übergeordnete Zusammenfassung des Erfolgs der laufenden Maßnahme.

Eine Fremdevaluation – wo sie finanziert wird – kann auf diese dokumentierten Ergebnisse in der Regel zurückgreifen. Neben dieser Praxisorientierung gilt für eine Evaluation festzuhalten:

- sie liefert mit einer detaillierten Ergebnisdokumentation und -interpretation Orientierungshilfen für die abschließende sachliche Bewertung des Gesamtprojekts. Insofern ist sie immer auch praxis- und politikberatend.
- Sie wählt ein Forschungsdesign, das gegenstandsädäquat methodische Vorgehensweisen wählt und die Beteiligtensichtweisen einbezieht.
- Sie ist theoretisch fundiert aber praxisbezogen, d.h. sie generiert ihre Analysekriterien prozeßbezogen im Forschungsgeschehen.
- Sie akzeptiert, sucht und nutzt die soziale Nähe zum Forschungsgegenstand, um einen kommunikativen Austauschprozeß über den Zustand – Zielerreichung und -verfehlung – des zu verändernden Systems mit allen Beteiligten zu treten.

Beispielhaft sei die Evaluationspraxis im Modellprojekt „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ dokumentiert (siehe Kap. 4). Ziel war es, eine sachlich-realistische und wissenschaftlich geprüfte Einschätzung der Relevanz und Effizienz dieser präventiven Gesundheitsvorsorge im Justizvollzug zu erhalten. Die wissenschaftlichen Ergebnisse und Erkenntnisse sollen erfahrungsgeprüfte Argumente und Konzepte für die Ausgestaltung einer praxisorientierten, zukünftigen Infektionsprophylaxe im Justizvollzug liefern und damit als praktisch-politische Entscheidungshilfe dienen.

Die Begleitforschung wurde als sozialwissenschaftlich gestütztes Evaluationsvorhaben konzipiert und umgesetzt. Aufgrund der Anlage des Modellprojektes wurde die sozialwissenschaftliche Begleitung mit der Vielschichtigkeit des Praxisfeldes ‚Justizvollzug' und der Prozeßhaftigkeit einer zweijährigen Projektpraxis konfrontiert, in die die unterschiedlichsten Statusgruppen involviert waren und gestaltend agierten: Gefangene, Bedienstete, Leitung, Externe. Das Forschungsinteresse richtete sich demnach darauf, neben einer dokumentierenden Erkenntnisvermittlung, Strukturen und Zusammenhänge auf den Ebenen institutioneller Bedingungen, interaktionaler Bezüge und subjektiver Besonderheiten zu identifizieren und zu benennen und Bedingungen von Veränderungsprozessen zu qualifizieren.

Wie läßt sich eine infektionsprophylaktische Maßnahme modellhaft in die institutionellen Strukturen von Justizvollzug einbeziehen?

Wie wirken sich die Bedingungen und Folgen des Modellprojektes auf die Arbeitsbeziehung Bedienstete/InsassInnen aus?

Wie werden die Präventionsmaßnahmen und -botschaften in die Verhaltensbereitschaften der Inhaftierten integriert?

Welche Einflußgrößen begünstigen eine Entwicklung und Festigung von Gesundheitsbewußtsein?

Das wissenschaftlich-empirische Arbeiten orientierte sich an anwendungsbezogenen Fragen der konkreten Modellprojektpraxis. Zu verschiedenen Zeitpunkten (vorher/währenddessen/zum Ende der Laufzeit der Interventionen, d. h., Spritzenabgabe und flankierendes Präventionsprogramm für Bedienstete und Gefangene), wurden mit jeweils darauf abgestimmten Datenerhebungsmethoden Ergebnisse gewonnen, die Aussagen darüber erlauben,

- ob die Maßnahme machbar ist,
- sie Akzeptanz unter den verschiedenen Statusgruppen erfährt,
- sie zu Einstellungsänderungen gegenüber Risikoverhaltensweisen und zu einer Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Gefangenen beiträgt,
- sie effizient ist im Hinblick auf eine Veränderung des Drogengebrauchsverhaltens der Betroffenen in Richtung Schadensminimierung
- die flankierenden Präventionsangebote angenommen werden, und ob sie wirksam zu einer Verbesserung des Wissens über Drogengebrauch und Infektionsrisiken sowohl bei den Gefangenen als auch bei den Bediensteten beitragen.

Um sich der Komplexität und Vielschichtigkeit der Inhalte und Zielsetzungen des Modellprojektes über differenzierte theoretische und praktische Erkenntnisse annähern zu können, wurden in diesem Forschungskontext methodologische Orientierungen des qualitativen und quantitativen Ansatzes kombiniert (eine ausführliche Darstellung des Untersuchungsaufbaus und methodisch/methodologischer Fragestellungen siehe Meyenberg et al. 1996 S. 87 ff, S. 130 ff) .

Ein multimethodales Vorgehen sowohl in der Datenerhebung als auch in der -auswertung wurde präferiert, um:

- eine adäquate Erfassung des Forschungsgegenstandes aus unterschiedlichen Perspektiven zu erreichen;
- tiefergehende und profundere Ergebnisse zu erzielen;
- eine gegenseitige Ergänzung der Wirkungsbereiche quantifizierender und qualitativer Verfahren gewährleisten zu können;
- Schwächen und potentielle Fehlerquellen kompensieren zu können.

Schließlich sei darauf hingewiesen, daß sich das wissenschaftliche Arbeiten der Begleitforschung als prozeßorientiertes, dynamisches Verfahren kennzeichnen läßt, d.h. bereits während der Laufzeit der Interventionsmaßnahmen strebten die MitarbeiterInnen der wissenschaftlichen Begleitforschung einen regelmäßigen Austausch mit den im Untersuchungsfeld agierenden Gruppen an. Aufgrund der Langfristigkeit des Projektes empfahl sich ein dynamisches Vorgehen, um Tendenzen, unvorhersehbare Entwicklungen und unerwünschte Effekte bereits während der Projektphase aufzuzeigen und Veränderungen beratend zu unterstützen. Die wissenschaftliche Begleitung übernahm die Funktion einer handlungsorientierten, begleitenden Entwicklungsforschung, indem kontinuierlich eine Rückführung zwischenzeitlich gewonnener Ergebnisse in die Praxis erfolgte, z.B. durch:

- Veröffentlichung eines Eröffnungs- und eines Zwischenberichtes
- regelmäßige Teilnahme an Dienstbesprechungen, projektbezogenen Arbeitsgruppen
- kontinuierliche informelle Kontakte zu den verantwortlichen MitarbeiterInnen der Suchtberatungsdienste
- Kontaktpflege zum Personalrat in beiden Anstalten
- Gespräche mit der Gefangenenmitverantwortung (GMV)
- Teilnahme an bundeslandübergreifenden Treffen mit MitarbeiterInnen aus Justizbehörden und interessierten Justizvollzugsanstalten

- Organisation und Durchführung[17] der internationalen Konferenz 'Gefängnisse und Drogen 1998 – europäische Empfehlungen (v. 12.-14.3.98 an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg,
- Erarbeitung eines methodisch-didaktischen Arbeitsbuches für die Praxis im Strafvollzug: „Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen" (Jacob/Stöver 1998)

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war eine Gesamtschau der mit differenten methodischen Herangehensweisen und zu unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten während der Modellprojektlaufzeit gewonnenen und ausgewerteten Informationen. Darüber hinaus liefert sie eine entwicklungsbezogene Auswertung und Ergebnissammlung, indem die Einzelerkenntnisse bezogen auf die unterschiedlichen Statusgruppen und auf dokumentatorisches Datenmaterial verschränkt miteinander diskutiert werden. Über diesen Weg wird der gesamte Prozeßverlauf des Modellversuchs expliziert. Eine abschließende Bewertung der Ergebnisse für die Vollzugspraxis und die Politik schließt sich an, die letztendlich in eine Liste von praxisrelevanten und gesundheitspolitischen Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung mündet.

### 5.1.4 Gesundheitsförderung vs. Prävention

In welchem Verhältnis stehen Gesundheitsförderung und Prävention zueinander? Im Gegensatz zum ressourcenorientierten salutogenetischen Ansatz der Gesundheitsförderung fokussiert die Prävention auf Krankheitsverhütung, sie sucht „...eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern" (Schwartz et al. 1998, S. 151). Der Präventionsansatz charakterisiert die meisten gesundheitspolitischen Interventionsansätze und zielt isoliert auf die erkennbaren exogenen Schädigungen oder die personengebundenen Risiken. Nimmt man diesen traditionellen Ansatz der Gesundheitspolitik und wendet ihn auf die vollzugliche Auseinandersetzung gegen die Infektionskrankheiten, Drogenkonsum und drogenkonsumbedingte Probleme an, werden die Grenzen relativ schnell deutlich. Im folgenden werden diese klassischen

17 Zusammen mit dem Europäischen Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug (koordiniert durch Cranstoun Drug Services, London).

Ansätze der individuenbezogenen Präventionsstrategien überprüft – auch in Bezug auf deren soziale Kontrollpotentiale im Strafvollzug.

#### 5.1.4.1 Traditionelle Präventionspolitik im Strafvollzug zwischen Glaubwürdigkeit und sozialer Kontrolle

Die Wirksamkeit einer Präventionspraxis läßt sich nur vor dem Hintergrund der spezifischen gesellschaftlichen Realität beurteilen, auf die sie sich richtet. „Es gibt kein 'eigentlich' effektives Konzept, wenn es nicht unter den gegebenen sozialen Bedingungen in der angestrebten Weise effektiv ist." (Kühn 1993a)
Ist Strafvollzug der Adressat von Präventionsvorhaben bzw. die Gruppe der drogenkonsumierenden Inhaftierten, müssen angesichts o.a. Aussage die Lebensbedingungen unter Haft berücksichtigt und der spezifische Lebensweltbezug hergestellt werden. Ein solches Vorhaben ist nicht eindeutig vollziehbar, da antagonistische Interessen und entgegengesetzte Bedürfnisse der unterschiedlichen Statusgruppen des Strafvollzugs aufeinandertreffen. Der Vollzugsalltag ist geprägt von offenen und verdeckten Realitäten und Subkulturbildungen unter den Inhaftierten (z.B. Drogenkonsum in Haft findet statt verbunden mit Geheimhaltungsstrategien), haftinterne Hilfsmaßnahmen werden notwendigerweise unter dem grundsätzlichen Kontrollauftrag von Strafvollzug subsumiert (z.B. Maßnahmen der Drogenhilfe werden durch kontrollorientierte Interventionen, wie Urinkontrollprogramme, begleitet). Der mögliche Kontrolleffekt von Unterstützungsangeboten im differenzierten System 'Strafvollzug' ist allgegenwärtig, Mißtrauensbildungen und Scheinanpassungen beeinflussen das Verhalten und die Annahmebereitschaft von Unterstützung durch die Inhaftierten. Diese Dynamik wirkt auch bei Interaktionsprozessen unter gesundheitsförderlichen Absichten. Präventionsangebote verfolgen immer eine „Doppelfunktion von „Hilfe und Kontrolle" für die Betroffenen" (Kaupen-Haas/Rothmaler 1995, S. 5). Prävention bezieht sich vordergründig und intentional auf eine (positive) Beeinflussung dessen, was als gesundheitsschädigendes Verhalten ausgemacht wird. Ein möglicher gesundheitsfördernder Nutzen von Prävention, der eine Beeinflussung von individuellem Verhalten und sozialen Verhältnissen begründet, verstellt leicht den Blick auf die Kehrseite: Prävention bedient sich auch der Definitionsmacht über gesellschaftliche Normalität und Normabweichung und ihre Maßnahmen können zu Normierungs- und Anpassungsprozessen beitragen. „Hier können sich helfend-unterstützende oder schützende und repressiv-

kontrollierende Maßnahmen bis zur Austauschbarkeit verwischen.“ (ebenda, S. 10) Aus dieser Perspektive wird Prävention zur Agentin sozialer Kontrolle.

Die beschriebenen Zusammenhänge sind für die Präventionsarbeit mit drogenabhängigen Inhaftierten evident: Drogenkonsum findet als illegale Handlung in einem System statt, das gerade für dieses, außerhalb praktizierte Verhalten bestrafen soll. Eine Initiierung von offenen Diskursen über gesundheitsschädigende Drogenkonsumpraktiken und safer-use Trainings wird immer von der Angst der Zielgruppe vor (sozialer) Kontrolle begleitet, auch wenn diese Präventionsarbeit von externen Fachleuten mit professioneller Distanz zum Vollzug angeboten wird. Die gegensätzlichen Aspekte von Prävention, Signale von Hilfe und Kontrolle gleichzeitig auszusenden, sind strukturell verankert und lassen sich nicht aufheben. Trojan stellt Bewertungen einseitiger KritikerInnen infrage, „die sich ganz ausschließlich auf die möglichen Kontrollaspekte jedweder präventiver Bemühungen konzentrieren, sich vor „Gesundheitsförderung“ mehr fürchten als vor Gesundheitsgefahren“ (Trojan 1995, S. 126). Angesichts der ausgeführten weitreichenden gesundheitlichen, lebensbedrohenden Konsequenzen von Drogenkonsum in Haft (siehe Kap. 2) dürfte zunächst ein pragmatischer Umgang mit gesundheitsfördernden Maßnahmen trotz begleitender Widersprüchlichkeiten gerechtfertigt erscheinen.
Eine Bewußtheit über die Wirkzusammenhänge und ein verantwortungsvoller Umgang mit den beschriebenen „Nebeneffekten“ sind nicht zuletzt deshalb geboten, weil sie Fragen der Zielgruppenangemessenheit und Akzeptanz tangieren. Die Methodik der beabsichtigten Präventionsmaßnahmen ist auf ihre inhärenten Kontrolleffekte hin zu überprüfen und den Bedingungen der Zielgruppe anzupassen.
Der Ansatz des „peer support“, der von Eigenkompetenz ausgeht und eine Verselbständigung von professioneller Prävention bezweckt, vermag es, Fremdkontrolle einzuschränken und eine eher selbstbestimmte, glaubwürdige und kontinuierliche Prävention gerade unter den Bedingungen von Strafvollzug anzuregen.

Eine wirksame Präventionspolitik und -praxis zur Vermeidung riskanter Lebensbedingungen und Verhaltensweisen (hier: Drogenkonsum und Infektionsprophylaxe im Strafvollzug) müßte Lern- und Veränderungsprozesse auf mehreren Ebenen organisieren:

- Wie kann eine Motivation zur Vermeidung riskanten Verhaltens erzeugt und unterstützt werden?
- Wie kann präventives Verhalten praktisch erlernt, wie in den Alltagszusammenhang der Lebenssituation Strafvollzug eingebunden und zeitstabil beibehalten werden?
- Wie können die Verhältnisse unter Einbeziehung der Bediensteten und der Leitung so verändert werden, daß eine lebensweltorientierte Präventionspolitik in eine bedürfnisadäquate Praxis mündet und akzeptiert wird?
- Wie kann der Mikrokosmos Strafvollzug bzw. konkrete Anstalten insgesamt Angebote zur Gesundheitsförderung im weiteren Sinne entwickeln, die über individuelle Verhaltensänderungen hinaus Verhältnisse schaffen, die individuelle Verhaltensänderungen sinnvoll und machbar erscheinen lassen?

Antworten auf diese Fragen sind nur im Wirkgefüge von Verhaltens- und Verhältnisprävention zu suchen: Nur eine Verschränkung beider Präventionsstrategien verspricht Aussicht auf Effektivität, insofern, daß individuelles Lernen (Motivation zur Vorbeugung, Information, Einschätzung von Risikosituationen, Förderung von Gesundheitshandeln und -bewußtsein) und systemische Veränderung (Akzeptanz der Notwendigkeit einer Ermöglichung von Verhaltensänderung, offensiver, aktiver Einbezug aller Beteiligten, Thematisierung gesundheitsabträglicher Haftbedingungen etc.) einander bedingen und ergänzen.

Vorherrschend in der Präventionspraxis sind gegenwärtig allerdings isoliert am (riskanten Fehl-) Verhalten Einzelner ausgerichtete Ansätze. Beispielhaft seien hier zwei alltägliche Strategien skizziert:

- Furchtappelle und Erwartungen an eine individuelle Verhaltensänderung ohne gleichzeitige Bereitstellung materieller Ressourcen und letztlich ohne Verständnis der Lebenssituation und Einsicht in gesundheitliche Verbesserungen von drogenabhängigen Gefangenen werden unglaubwürdig (vgl. Barth/Bengel 1998). Prävention bleibt individualisierend und die Aufrechterhaltung eines riskanten Verhaltens wird individuellem Unvermögen und moralischer Unzulänglichkeit schuldhaft zugeschrieben.
- Allein auf Information und Wissensvermittlung ausgerichtete Präventionsansätze überbetonen das Kognitive und erwarten aufgrund bloßer Information einschneidende Verhaltensänderungen. Diese zielen meistens auf die völlige Aufgabe eines als riskant charakterisierten Verhaltens:

> Drogenabstinenz und sexuelle Abstinenz werden letztlich als sichere Wege gefordert. Eine Akzeptanz von Sexualität und Drogengebrauch hingegen – auch wenn der Drogengebrauch zusätzlich zur Verpönung auch noch strafbar ist im Vollzug – würde zu risikomindernden Strategien kommen (safer sex oder safer use), statt das Risiko abschaffen zu wollen.

Insbesondere im letzten Beispiel wird ausgeblendet, wer die Präventionsbotschaft in welchem Kontext wie übermittelt. Relevant ist etwa, die Erfahrungen und die Kompetenzen Betroffener einer Präventionsmaßnahme (sowohl der Gefangenen als auch der Bediensteten im Vollzug) in Planung und Durchführung einzubeziehen. Gleichwohl ist die Vermittlung von Wissen über die Prozesse der Transmission von großer Bedeutung (etwa das Wissen über Infektionskrankheiten bei Gefangenen und Bediensteten der beiden untersuchten Haftanstalten JVA für Frauen in Vechta und JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe, vgl. Meyenberg u.a. 1999). Wissen ist die entscheidende Voraussetzung zur Prävention; Wissensdefizite mit z.T. „fatalen Fehlern“ und Defiziten (siehe Nelles et al. 1995) sind bei Gefangenen und Bediensteten gleichermaßen verbreitet. Handlungsleitend ist das Gefühl der subjektiven Sicherheit, das sich aus den Informationen und eigener Erfahrung speist. Für den Bereich der Schwangerschaftsverhütung hat Pingel (1989, S. 37) ähnliche Prozesse ausgemacht: „Die zur Verfügung stehenden Informationen werden selektiv wahrgenommen. Es besteht die Tendenz, vor allem die Informationen aufzunehmen, die mit der eigenen Motivation übereinstimmen und sie bestärken. Deshalb ist die Akzeptanz der jeweiligen Lebensweise und der Sexualität eine entscheidende Voraussetzung für Lernprozesse und Verhaltensänderungen. Eine Tabuisierung der Sexualität fördert eher eine Verdrängung des Risikos und damit Wissensdefizite“.
Doch Informationen und Verfügbarkeit der technischen/instrumentellen Mittel allein stellen zwar notwendige aber keine hinreichenden Bedingungen dar, „... gelernt wird am besten, wenn der eigene Körper und die eigene Sexualität bejaht werden, je weniger Tabus im Lernbereich bestehen (...), je besser Form und Inhalt der Verhütungsbotschaft zur Lebenslage und sozialen Schicht der EmpfängerInnen ‘passen’“ Rosenbrock 1989, S. III).Das heißt, daß für wirksame und zeitstabile Verhaltensmodifikationen schließlich die Integration der Faktoren Kompetenz und Erfahrung Betroffener und ihre psycho-soziale Lebenslage von großer Bedeutung ist.

Auch die Form, wie Aufklärungsarbeit geleistet wird, ob als Pflichtprogramm auf dem Dienstplan etwa oder als freiwillig anzunehmendes, genügend

attraktives Angebot, ist ebenso entscheidend über die Annahme der Informationen und Botschaften, wie die Art und Weise: ob bevormundend/belehrend oder unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen und Kenntnisse.
Außerdem haben wissenssoziologische Studien ergeben, die den Zusammenhang zwischen Wissen und Handeln/ bzw. Nicht-Handeln untersuchten, daß eine produktive Integration des Aufklärungswissens in das Alltagswissen vor allem davon abhängt, ob den AdressatInnen der Botschaft eine Anbindung des Aufklärungswissens an eigene Orientierungen möglich ist. Eine Konfrontation des Aufklärungswissens mit den gewachsenen individuellen und (sub)kulturellen Sinnbezügen und Deutungsmustern kann zu Ablehnung oder mangelnder Verankerung führen (vgl. Huge 1990, S. 195). Präventionsbotschaften sollten daher aus dem lebensweltlichen Kontext generiert werden und unter Beteiligung von Betroffenen entwickelt werden. Nur eine Kenntnis der Lebenswelt kann gewährleisten, daß die Präventionsbotschaften authentisch auf Risikosituationen antworten. Dabei ist zu beachten, daß die Spanne zwischen gelebtem und empfohlenem Verhalten für den Betroffenen erträglich bleibt: Die Spanne zwischen Ist und Soll sollte stets aufrechterhalten bleiben, muß aber erreichbare und umsetzbare Größen beinhalten (vgl. Heudtlass 1995, S. 72): Stabile Verhaltensänderungen scheinen insbesondere dort möglich, wo sie in den Alltag integriert werden können und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten korrespondieren.

Schließlich muß die/der i.v. Drogen applizierende Gefangene davon überzeugt sein, daß sie/er sich auch im Strafvollzug wirksam vor Infektionskrankheiten schützen kann, seine/ihre Bemühungen also positive gesundheitliche Konsequenzen mit sich bringen. Riskanter Drogenkonsum im Vollzug ist dann keine unabdingbare Notwendigkeit mehr, die ein weiterer Faktor von Selbstentwertung darstellt: Die Voraussetzungen werden etwa mit der anonymen Spritzenzugänglichkeit gewährleistet – needle sharing wird außerdem zusehends zum abweichend-nachlässigen, weil unnötig riskanten Verhalten.

Das Eingehen von Risiken und der Drogengebrauch schlechthin im Vollzug ist auch abhängig von den Haft- und Lebensbedingungen. Wird Vollzug nur als ohnmächtig zu erduldende Disziplinierungs- und Verwahrinstitution konzipiert und praktisch gestaltet, bleibt für die Betroffenen nur eine entsprechende Wahrnehmung dieser Lebensbedingungen. Fortentwicklungs- und Bewegungsmöglichkeiten sind so nicht vorhanden. Wer im Vollzug nicht einen – wenn auch geringen – Zuwachs an Selbstbestimmung entwickeln

kann, wird im Realitätsausstieg aus der Haftgegenwart über Drogenkonsum die einzig erträgliche und mögliche Bewältigung sehen. Bewegungsmöglichkeiten in Richtung Zuwachs an Selbstbestimmung und Verbesserung der gesamten Lebenssituation sind also nötig. Dabei muß im Sinne einer Verhältnisprävention (in einer Wechselbeziehung zur Verhaltensprävention) an allen relevanten Faktoren des Lebens im Strafvollzug angesetzt werden:

- Wohnen (Zelle, Station), Wohngruppen (Binnendifferenzierung)
- Arbeiten, (Existenz eines Arbeitsplatzes) Schule (Nachholen eines Abschlusses) und bedürfnis- und ressourcenangepaßte Qualifikations- und Ausbildungsmöglichkeiten (Lehre, PC-Paß),
- frauenspezifische Angebote
- gesundheitsbewußte und vielseitige Ernährung
- Angebote zur Bewegung und Sport
- Besuchs- und Ausgangsregelungen
- verbesserte medizinische Versorgung (v.a. auch: Drogenberatung und -behandlung/Substitution, Aufklärung über bestimmte Gesundheitsrisiken)
- sozialtherapeutische Angebote
- allgemeine Hygiene
- Wärme-, Lüftungs-, Geräusch- und Lichtverhältnisse
- Kleidung, Schlafmöglichkeiten
- Freizeitangebote am Abend und am Wochenende.

Auswege (vorzeitige Entlassung) aufzuzeigen, Außenorientierungen (Besuche, Ausgänge) zu organisieren und eine Durchlässigkeit des Systems (Einbezug externer Gruppen in Beratung, Behandlung, Freizeitgestaltung) zu praktizieren, sind motivierende, auf Überwindung der Haftzeit abzielende Orientierungen, die einen Bezug zu dem „Danach“ erlebbar werden lassen. Diese Perspektiven können die Zeit der Haft als endliche (Übergangs)phase wahrnehmbar werden lassen, für die es lohnt, sich gesundheitsbewußt zu verhalten.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß die Widersprüche zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention im Strafvollzug am deutlichsten hervortreten: Der Entzug von bestimmten Vorbeugungs- und Partizipationschancen wird gerade als Teil der Strafe betrachtet. Die Weigerung allerdings, die skizzierten notwendigen präventiven Maßnahmen zu ergreifen, macht ebenso deutlich, daß zusätzlich zur Strafverbüßung, neue „Strafen“, nämlich gesundheitliche Risiken für DrogenkonsumentInnen produziert werden.

#### 5.1.4.2 Janusköpfigkeit von Prävention und Pädagogik

Die Kernaussage der Ottawa-Charta lautet: Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluß auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen. Dieser im Kern auf Hilfe zur Selbsthilfe hinauslaufende Gedanke, kann aber nicht ohne die Schaffung entsprechender sozialer, politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen erfolgen: Selbstbemächtigung meint, „sich selbst wieder Kraft zu geben“. Dies setzt voraus, die Macht zumindest über den Zugang zu Schutzmaßnahmen zu haben: Für den Strafvollzug beinhaltet das die gleichen Schutzmöglichkeiten wie draußen auch. Aber noch weitere Gedanken sind nötig, um das Konzept zu stützen: Selbst-Befähigung (vs. Fremd-Bestimmung mit rechtlichen Regelungen und Vorschriften oder ordnungspolitischen Instrumentarien) setzt voraus, daß

- Information, Wissen, Förderung des Gesundheitsbewußtseins und -verhaltens,
- Förderung der Selbsthilfe,
- Aus- und Weiterbildung,
- Institutionelle Ressourcen

zugänglich sind. Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, können verborgene oder verschüttete Selbsthilfepotentiale angesprochen und gefördert werden.

Verhaltensprävention wird in den Blick genommen: Risikoverhalten soll verändert werden, als selbstverständlicher, moralischer und (fach-)politischer Druck werden Inhalte eines „rationalen Gesundheitsverhaltens“ zur Norm erhoben. Bei Versagen werden allzu schnell ins Individuum hinein verlagerte Schuldzuweisungen vorgenommen, statt auch die Verhältnisse zu überprüfen, die die Verantwortungsübernahme für den eigenen Körper erst (wieder) lohnend erscheinen lassen.

Gleichzeitig bringen vermehrte Präventions- und Pädagogikanstrengungen immer auch eine verstärkte Kontrolle mit sich: Etwa wer tauscht Spritzen, wer verleiht (gebrauchte) Spritzen, wer hat ‘unsafe-sex’? All dies wird bekannt, wenn offen in anstaltsinternen Gesprächsrunden über solche Themen diskutiert wird: sowohl eine interne soziale Kontrolle unter den Gefangenen, als auch zwischen MitarbeiterInnen und Gefangenen, mit entsprechenden Kontrollverbesserungen – ob diese nun subjektiv dazu benutzt werden, den

Gefangenen besser zu kontrollieren und ihn bei Verhaltensabweichungen zu sanktionieren, oder ob dies bloß als Möglichkeit besteht – jedenfalls können intensive präventive Bemühungen gleichzeitig auch Mißtrauenshaltungen begünstigen. Dies mag eine Erklärung dafür sein, warum in Lingen I Abt. Groß Hesepe Präventionsangebote nur sehr schleppend angenommen werden.

Aber auch die im Kapitel 5.7.2 vorgestellten Peer-Support-Konzepte müssen kritisch begleitet werden: vollzieht sich über die Wissens-Befähigung Einzelner, oder die Kenntnis von Lebenswelten im illegalisierten Bereich nicht auch eine zusätzliche Einsicht und ist nicht peer-support auch als eine Strategie zu betrachten, auch die letzten Bereiche illegalisierten Verhaltens unter ein pädagogisches Diktum zu subsumieren? Kann die Kommunikation Betroffener nicht für sich selbst stehen und genügen? „Der soziologische Fachbegriff für diese 'Überpädagogisierung' des Alltags heißt 'people processing', alle Menschen sollen sich möglichst permanent zum vermeintlich Besseren verändern, es gibt kein Verhaltenssegment des Menschen, das nicht unter pädagogisches Kuratel gestellt wird." (Bauch 1997, S. 37)

#### 5.1.4.3 Frauenspezifische Aspekte zur Infektionsprophylaxe als Gesundheitsförderungsansatz im Strafvollzug

Gesundheitsförderung will subjektorientiert und lebensweltnah ansetzen. Deshalb muß sie auch geschlechtsspezifische Differenzierungen herausarbeiten und zur Grundlage spezifischer Praxisformen machen. Frauengesundheitsfördernde Absichten im Strafvollzug sollten sich sowohl auf eine Analyse der Lebenswelt inhaftierter Frauen als auch auf spezifische Bewältigungsmuster von Haftsituationen bei Frauen (hier i.v. Drogenkonsum unter Haftbedingungen) beziehen.

Gesundheitsforschung bezogen auf Daten und Inhaltsbestimmungen zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Haft liegt (europaweit) nur lückenhaft vor (Tomasevski 1992, S. 43ff). Als Erklärung des erkannten Defizits wird der geringe Frauenanteil von 4,1% (Maelicke 1995, S. 21) unter der Gefangenenpopulation angeführt und als mangelnde Relevanz für den Gesamtstrafvollzug gedeutet. Eine Ausnahme bildet die Beachtung des Zusammenhanges Frauen und Mutterschaft als frauenspezifische Realität im Strafvollzug, die umfassender aufgearbeitet und in verschiedenen Praxismodellen umgesetzt wurde (Maelicke 1995; Nds. Justizministerium o.J.)

Über die unterstützenswerten subjektiven Interessen und Erfordernisse bei Schwangerschaft und Mutterschaft unter Haftbedingungen hinausblickend, wirkt eine reduzierte Wahrnehmung der gesundheitlichen Situation von inhaftierten Frauen allein unter dem Blickwinkel der biologischen und sozialen Funktion von Mutterschaft affirmativ zu herrschenden gesellschaftlichen Weiblichkeitsvorstellungen und damit einseitig und entwicklungsbegrenzend.
Die empirische und vollzugspraktische Beachtung vielfältiger Zusammenhänge von Lebens- und Haftbedingungen weiblicher Gefangener erweist sich gegenwärtig bestenfalls als ausschnitthaft und isoliert interpretiert. Die Feststellungen zu Drogenkonsum bei inhaftierten Frauen variieren. Die Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta geht von einer Betroffenheit von 50 bis 60% aus.
Daten zum Zusammenhang von Haftaufenthalten und HIV-/AIDS-Betroffenheit bei drogenkonsumierenden Frauen benennt Kleiber (1995, S. 16) nach einer Repräsentativbefragung rückwirkend entschlüsselt folgendermaßen: „Der Anstieg der Prävalenz mit der Zahl der Haftepisoden war dabei bei Frauen noch ausgeprägter: Über 40% (29/70) der mehr als dreimal inhaftierten Fixerinnen waren mit HIV infiziert.“ Im Rahmen der Untersuchung beschreibt dieses Ergebnis „... den deutlichsten Einzelzusammenhang zwischen HIV und einer anderen Variablen (Haftaufenthalte, d.A.)“. Auch die in Kapitel 2.3.1.3 ausgeführten Ergebnisse der Überblicksstudie zur Verbreitung von Hepatitis-Infektionen in der JVA für Frauen in Vechta, ergeben sich Infektionsraten bei drogenkonsumierenden inhaftierten Frauen von 78% (Hep. B) und 74,8% (Hep. C).

Ergänzend zum vorfindbaren quantitativen Datenmaterial lassen sich infektionsriskante Verhaltensbereitschaften nur als längerfristige Entwicklungszusammenhänge individuell nachvollziehen und retrospektiv skizzieren. Die subjektiven Sinnzusammenhänge von „Risikobiographien“ inhaftierter Frauen hängen übergeordnet mit der Herausbildung von sozialer Geschlechtsidentität „Weiblich“ in dieser Gesellschaft genauso zusammen wie im einzelnen mit differenten weiblichen Drogenkarrieren, Prostitutionserfahrungen und den jeweiligen (praktizierten) sexuellen Identitätsmustern.

Eine Besonderheit möglicher Transmissionszusammenhänge bei HIV und Hepatitiden von i.v. DrogenkonsumentInnen ist die „doppelte Riskiertheit“ (Michels/Stöver 1992, S. 15) über gemeinsame Spritzenbenutzung und Sexualkontakte. Die aufgezeigten Zusammenhänge stellen sich für drogen-

konsumierende inhaftierte Frauen mit Erfahrungen in der Beschaffungsprostitution noch differenzierter dar: Die Alltagsbewältigung von Drogenkonsumbedingungen in Haft läßt infektionsprophylaktische Fragen in den Hintergrund treten, verschiedene Konzepte von Sexualität, in privaten Beziehungen und der Beschaffungsprostitution müssen integriert und infektionsrisikoarm organisiert werden. Als Form individueller Bewältigungsversuche dieser Realitätsanforderungen geben Michels/Stöver (1992, S. 15) die Möglichkeit der „...Ausblendung wenigstens einer riskanten Praxis ..." zu bedenken und damit einher gehende unbewußte Nachlässigkeiten des Infektionsschutzes.

Hier treffen sich individuelle Wirklichkeitsabspaltungen mit offiziellen/institutionellen Verdrängungsleistungen, wenn auch unterschiedlich motiviert. Ist inzwischen die trotz offensichtlicher Belege über lange Jahre geleugnete Realität von Drogenkonsum im Strafvollzug weitgehend anerkannt, kann eine offizielle Verdrängungspraxis gegenüber Sexualität in Haft gemessen an den institutionellen Präventionsbemühungen zu HIV und Hepatitiden erkannt werden. Wenn sich sexualpräventive Maßnahmen auf eine instrumentelle Praxis der Vergabe von Kondomen mit entsprechenden Verhaltensappellen reduzieren, ist Heterosexualität die gesetzte Norm. Lesbische Sexualität findet in diesem Präventionsverständnis keine Beachtung. Werden gelebte sexuelle Orientierungen in ihrer Vielfalt nicht durch entsprechende Anerkennung in präventiven Angeboten ernst genommen, wirken sie auf die Zielgruppe unglaubwürdig und realitätsfremd und verlieren an Effektivität.

## 5.2 Praktische Gesundheitsförderung im Strafvollzug als differenzierte Anforderung an die Zielgruppe drogengefährdeter/-abhängiger Gefangener

Welche handlungsleitenden Zielorientierungen für ein adäquates Umgehen mit DrogengebraucherInnen im Rahmen einer Drogen- und AIDS-Hilfe für Gefangene lassen sich trotz der skizzierten institutionellen Beschränkungen formulieren?

Zunächst ist der skizzierte Angleichungsgrundsatz für eine anstaltsinterne Anpassung an fachliche Standards der Drogenhilfe insgesamt von großer Bedeutung: Die Ziele der AIDS- und Drogen-Hilfe im Vollzug sollen und können sich nicht grundsätzlich von denen in Freiheit unterscheiden. Allerdings ist die Phase der Haft ein denkbar ungünstiger Zeitpunkt, um ein-

schneidende Verhaltensänderungen erwarten zu können. Drogenarbeit im Vollzug sollte lebensweltnahe Veränderungsangebote entwickeln, ohne unrealistische Forderungen nach abstinenter Lebensweise für jeden Gefangenen einzufordern: „AIDS- und Drogen-Hilfe setzt auf Eigenmotivation und Selbstverantwortung, diese gilt es im Vollzugsalltag zu wecken und zu stärken. Veränderungsversuche finden in kleinen Schritten statt. Diese gilt es zu verstärken und zu unterstützen durch eine Vielzahl differenzierter Angebote, die den Abhängigen helfen, für sich eine Alternative zu entwickeln“ (Borkenstein 1994, S. 80f).

Neben der klassischen Ausrichtung sollten deshalb auch pragmatische, erreichbare Ziele verfolgt werden, die sich zunächst auf Strategien der Schadensminimierung beziehen und damit eine hohe Priorität genießen. Diese Strategien basieren auf dem Gedanken, daß

- Drogenabhängigkeit heilbar ist,
- bestimmte Infektionskrankheiten, die im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen stehen (z.B. eine HIV oder eine Vielzahl chronifizierter Hepatitis B oder C-Infektionen), jedoch unheilbar und damit existentiell bedrohend sind; „harm reduction“-Strategien gewinnen dadurch größte Bedeutung.
- Vor dem Hintergrund dieser Prämissen ergeben sich die eingangs skizzierten Veränderungen der Zielhierarchie und der Differenzierung des Suchtkrankenhilfesystems (vgl. Kap. 1.1.3.4) hinsichtlich der praktischen Hilfe für DrogenkonsumentInnen im Vollzug neue Prioritäten und Praxisfelder. Diese werden im folgenden ausgeführt.

### 5.2.1 Zentrale Prinzipien: Durchlässigkeit, Außenorientierung und Angleichung

„If we want all our prisoners to at least remain as healthy as when they began their sentence, the same efforts which have gone into reducing harm among injectors outside of prison must now be given to the drug using prison population.“ (A. Taylor[18])

Die Systeme ‘Straffälligenhilfe’ (in Gerichts-, Bewährungshilfe, Sozialarbeit in den JVAs und die freie Straffälligenhilfe) und ‘Drogenhilfe’ weisen trotz

18 A. Taylor, in: Drug Use and Injecting Behaviour in Glenochil Prison. In: Squires/Strobl (ed.), a.a.O.

aller Gegensätzlichkeiten Gemeinsamkeiten auf, die insbesondere in ihrem belasteten Klientel und der öffentlichen Wahrnehmung der Arbeitsbereiche im Fokus gesellschaftlicher Ordnungs- und Moralvorstellungen bestehen: In beiden Bereichen überschneiden sich zudem Hilfe- und Kontrollaspekte. Schließlich kennt ein Großteil langjähriger und verelendeter DrogengebraucherInnen beide Systeme – die MitarbeiterInnen sind in hohem Maße mit Krankheit, Armut, Ausgrenzung konfrontiert (vgl. Meyer 1998, S. 60). Zu den Gemeinsamkeiten gehörten bis vor kurzem die Orientierung beider Systeme am Abstinenzziel als zentralem Ansatzpunkt weiterführender sozialer Hilfen: sowohl die Drogenhilfe als auch die Sozialarbeit im Vollzug machte die Abstinenz sowohl zur Voraussetzung als auch zum Ziel weiterführender Hilfen. Doch die steigende Inhaftierungsraten Drogenabhängiger und die soziale und gesundheitliche Verschlechterung der Lebenslagen straffällig gewordener KonsumentInnen von Drogen zwingt beide Systeme seit etwa Mitte der 80er Jahre zur Veränderung dieser traditionellen Hilfekonzepte. Beide Systeme orientieren sich zunehmend pragmatisch an den Lebenslagen straffällig gewordener Menschen und nimmt eine Verschiebung der Hilfeprioritäten vor: das Abstinenzziel weicht einer Ausrichtung sozialer und gesundheitlicher Hilfen an der Existenzsicherung und der Bereitstellung von Ressourcen, die sich die Betroffenen gesellschaftlich nicht mehr sichern können: Wohnen, Arbeit/Beschäftigung/Qualifikation, Essen, Aufenthalt etc. Meyer (1998, S. 68) weist darauf hin, daß eine wirkliche Vernetzung mehr ist als eine Zusammenarbeit an den Schnittstellen beider Systeme: „Sie setzt eine gemeinsame Definition der Ziele sozialer Arbeit, ein gemeinsames Problemverständnis, den Aufbau gegenseitiger Verbindlichkeiten sowie gemeinsame Vorstellungen von Innovation und Perspektiven im Arbeitsfeld voraus. Dem steht häufig eine deutliche Abgrenzung zwischen den Hilfesystemen entgegen. Unterschiedliche Betreuung- und Behandlungsphilosophien, Strukturen, Bewertungen sowie organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen erschweren die Entwicklung eines gemeinsamen Problemlösungsverständnisses. In dieser Arbeit ist zu fragen: Wo liegen die Gemeinsamkeiten, wo die Unterschiede im Selbstverständnis, in der Behandlungs- und Betreuungsphilosophie, in den organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen zwischen Straffälligen- und Drogenhilfe?“

Gesundheitsförderung für das Gefängnis beinhaltet auch eine Neudefinition des Verhältnisses von Gefängnis und Umgebung. Die fachliche Vernetzung wird im Kapitel 5.2.1.1 angesprochen. Hier soll es allgemein darum gehen, das Leben, die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Gefangenen und Perso-

nal transparent für Außenstehende zu machen. Die Gefangenenbeiräte können dies nur in geringem Teil umsetzen, das gleiche gilt für die Beiräte. Im wesentlichen besteht die Reaktion des Vollzuges einseitig darauf, die Angst der Bevölkerung aufzunehmen und die Sicherungsmaßnahmen dieser Angst anzupassen, statt umgekehrt die Angst abzubauen. Die traditionelle Botschaft ist, durch höhere Sicherung ist eine größere Sicherheit zu erreichen und damit die Angst unberechtigt wird. Ein Vermeidungsansatz der in dieser Konsequenz nicht eingelöst werden kann: unter fast allen Sicherungssystemen erfolgen Ausbrüche.
Die Angst der Bevölkerung ist nicht nur irrational – es gibt auch reale Bedrohungen durch Ausbrüche, Fluchten. Es gilt jedoch diese Angst in der Bevölkerung ernstzunehmen und abzubauen: Die Angst der Bevölkerung ernst zu nehmen hieße z.B., ihr Angebote zu machen, wie man konstruktiv mit dieser Angst umgehen kann, wie man konstruktiv mit Ängsten umgehen kann. Je mehr Ressourcen vorhanden sind, desto weniger Angst entsteht, je konkreter das Bild desjenigen ist, vor dem man Angst hat, desto rationaler kann mit derartigen Ängsten umgegangen werden. Das heißt konkrete Kontakte von drinnen nach draußen und von draußen nach drinnen in Bezug auf sämtliche Lebensfragen die Gefängnismauern durchlässig zu machen: Durchschaubarkeit, Einbezug der Umgebungsbevölkerung (z.B. Sport- und Kulturveranstaltungen), Öffnung der Institution im Bereich bestimmter Angebote für die Umgebung (z.B. Mittagstisch in der JVA für Frauen in Vechta, kreative, schulische Angebote etc.).

#### 5.2.1.1 Vernetzung mit und fachliche Angleichung an Standards der Drogenhilfe außerhalb des Vollzuges

Die Mitarbeit an der Resozialisierung und an einer Behandlungsmaßnahme im Vollzug kann nicht erzwungen werden -, autonome Leistungen der Gefangenen sind dazu notwendig. Diese Leistungsfähigkeit wird aber im Justizvollzug tendenziell eher ab- als aufgebaut, weil die Anstaltsbedingungen eher Passivität und Versorgungsdenken fördern, als Aktivität und Selbständigkeit. Mittelfristige Perspektiven können in der Eingeschlossenheit kaum entwickelt werden: angesichts massiver Belastungen zählt oftmals – ebenso wie draußen – nur die Bewältigung des Jetzt, d.h. der haft- und suchtbedingten Krisen und Probleme. Allein diese absorbieren einen Großteil der sozialen und psychischen Hilfsdienste.

Handlungskompetenz zur (Wieder-)Aneignung von Kontrolle über sich und seine nähere Umwelt kann nur in bedeutsamem Umfang entwickelt werden, wenn sie auch erlebt werden und Probehandeln stattfinden kann. Der Vollzug schränkt jedoch – wie oben skizziert – die Entscheidungs- und Handlungsspielräume für Drogenabhängige noch weiter ein: Zwar existiert die Möglichkeit eines externen Behandlungsantritts (§ 35 BtMG) für einen Teil der Drogenabhängigen (Maximalstrafe 2 Jahre), doch ein erheblicher Teil, für den diese Hilfe nicht, noch nicht oder nicht mehr in Frage kommt, ist auf anstaltsinterne Hilfen bei der Bewältigung seiner Sucht angewiesen. Dies umso mehr, da in der Regel, Drogenabhängige als nicht geeignet für den offenen Vollzug betrachtet werden.

Drogenarbeit im Vollzug stößt an strukturelle Grenzen, die darin liegen, daß entgegen dem attestierten Zeugnisverweigerungsrecht von DrogenhilfemitarbeiterInnen in Freiheit, für die psychotherapeutischen Fachkräfte bzw. die internen Suchtberater kein Schweigerecht, sondern eine Offenbarungspflicht besteht, damit keine 'gefährlichen Informationslücken' entstehen können (vgl. Wulf 1998[19]). Obwohl das Thema Schweigepflicht im Vollzug nicht zu fortgesetzten Widersprüchen im Vollzug, etwa zwischen einzelnen im Vollzug tätigen Berufsgruppen und der Anstaltsleitung führt, hat es doch die praktische Bedeutung für die Gefangenen, daß dadurch eine eindeutige Positionsklärung des helfenden Gegenübers klargestellt wird. Dies wird spätestens deutlich, wenn die KlientInnen eine Einverständniserklärung unterschreiben sollen, daß die psychotherapeutische Fachkraft sich gegenüber dem Anstaltsleiter offenbaren muß, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Vollzugsbehörde erforderlich ist.

Als Teil der Einlösung des durch das Strafvollzugsgesetz geforderten, eingangs skizzierten Angleichungsgrundsatzes muß die Drogensozialarbeit im Vollzug mit der außerhalb vernetzt werden. Lochmann (1996, S. 133f) spricht von einer großen Fragmentierung sozialer Dienste, die eine übergreifende und durchgängige Planung der Hilfeleistungen strukturell und organisatorisch nicht vorsehen: „Eine von der Profession selbst durchgeführte Befragung ergab, daß nur fünf Prozent der Tätigkeiten von Vollzugssozialarbeitern für Kontakte zu angrenzenden sozialen Institutionen (Bewährungshilfe, Jugendgerichtshilfe, Sozialamt, Arbeitsamt etc.) aufgebracht werden" (Lochmann 1996, S. 132). In diesem zersplitterten Hilfesystem mit jeweils

19 Dies ist noch von größerer Bedeutung für den Umgang mit Sexualstraftätern

abgegrenzten institutionellen Zuständigkeiten kommt es zu Verzögerungen, Abgrenzungen, berufsstandsspezifischen Blockaden. Lochmann (S. 139) schlägt im Sinne einer Innovation der Straffälligenhilfe eine Organisationsentwicklung vor, mit einem flexiblen Set von differenzierten lokalen Hilfen, die durch Case-Management gebündelt werden (vgl. Beckmann 1996, S. 86). Dies wird in einigen Bundesländern mit den Möglichkeiten von themenorientierten übergreifenden Projektarbeit und dem Modell einer durchgehenden Betreuung als Folge eines einheitlichen Sozialen Dienstes der Justiz (in der Aufgaben der Gerichtshilfe und der Bewährungshilfe für Erwachsene, der Bewährungshilfe für Jugendliche und Heranwachsende und der Führungsaufsicht von allen MitarbeiterInnen übernommen werden) bereits umgesetzt (z.B. in Bremen: vgl. Bertram 1994a und b). Auch der Strafvollzug wird intensiv in diese Form der Betreuungskontinuität eingebunden. In einer qualifizierten Entlassungsvorbereitung und intensiven Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe geht es etwa 6 Monate vor dem Entlassungstermin darum, günstige Bedingungen für die Zeit nach der Entlassung zu organisieren. Durch eine personelle Verzahnung wird eine bruchlose Betreuung in der Entlassungsvorbereitungsstation und anschließender Bewährungshilfe sichergestellt. „Stärker als das gewöhnlich der Fall ist, muß der Strafvollzug dabei seine Arbeitsweise an den Bedingungen in der Freiheit orientieren, den Vollzug nach außen öffnen und die Möglichkeiten zur Lockerung des Vollzuges bewußt nutzen. Strukturen systematischer Zusammenarbeit mit dem Vollzug nachgeordneter Hilfe- und Beratungsinstitutionen können solche Bemühungen der Anstalt wesentlich erleichtern. Sie müssen deshalb konsequent aufgebaut werden“ (Bertram 1994a, S. 298). Die Praxis der Betreuungskontinuität wird von den Gefangenen positiv aufgenommen, wird als effizient bezeichnet und kann zu einer Reduzierung der Widerrufsquoten von Bewährungsaufsichten führen.

Nur durch solche Umorganisationen und verstärkte Koordination, praktischen Kooperation und Verzahnung der einzelnen Hilfeteilsysteme kann der Sonderstatus intramuraler Drogenarbeit überwunden werden, wenn externe Fachkräfte mit Beratung und Begleitungen eingebunden werden, wenn also das draußen in der Regel feinmaschige Versorgungsnetz nicht den Vollzug ausspart. Dies setzt die Kooperationsbereitschaft aller voraus, die allerdings nicht selbstverständlich ist, sondern erst hergestellt werden muß. Die Abgrenzungslinie wird nicht nur vom Vollzug gezogen, die Träger der Drogenhilfe draußen vernachlässigen oftmals den Bereich Strafvollzug – nicht zuletzt allerdings aufgrund negativer Erfahrungen mit Kontroll- und Sicher-

heitsansprüchen des Gefängnissystems. Auf diese Weise sind letztlich die Drogenhilfe innerhalb und außerhalb des Vollzuges tendenziell überfordert. Gegenseitiges Mißtrauen und Desinformation herrschen vielfach vor und belasten eine notwendige Kooperation, von der letztlich beide Seiten profitieren könnten. Eine produktive Zusammenarbeit erfordert allerdings beidseitige Bereitschaft zur Flexibilität: „Die Kooperation von externen Beratern mit den Fachmitarbeiterinnen der Vollzugsanstalten setzt kompatible Arbeitsmethoden voraus. Trotz unterschiedlicher Arbeitsbedingungen müssen gemeinsame Konzepte entwickelt werden“ (Borkenstein 1994, S. 82). Diese darf nicht darauf beschränkt bleiben, ausschließlich eine Drogenhilfe außerhalb des Vollzuges zu diskutieren und zu planen. Verbindliche Kooperationsstrukturen werden durch §§ 74 und 154 StVollzG zwar eingefordert, in der Praxis der einzelnen Bundesländer allerdings nicht in konkrete Kooperations- und Koordinationsbestimmungen umgesetzt, sondern es herrschen Zusammenarbeitsappelle vor" (Block 1993, S. 243 zit. n. Lochmann 1996, S. 133).
Externe Fachkräfte können gerade auch interne Drogenhilfestrukturen verbessern helfen oder daran mitwirken (siehe Integration externer Fachkräfte in Planung und Umsetzung des Spritzenumtauschprojektes in Vechta und Lingen, Kap. 4.1).

Dieser Beschränkung unterliegt auch der Fachverband Drogen und Rauschmittel (1997, S. 35), der zwar den besonderen Stellenwert der Sucht- bzw. Drogenberatung in Justizvollzugsanstalten erkannt und die besonderen Anforderungen an diejenigen Fachkräfte in einem ‚Standard’ der Drogenarbeit formuliert hat, die eine Vermittlung in weiterführende Hilfen durchführen sollen (Kenntnisse der spezifischen Bestimmungen des BtMG, der Zuständigkeiten der Organe der Rechtspflege, über formelle und informelle Organisationsstrukturen des Justizvollzuges). Dies zielt jedoch nur auf die Drogenhilfe außerhalb des Vollzuges. Eine inhaltliche und konzeptionelle Verschränkung beider Hilfeebenen mit einem hohen Koordinationsgrad mit dem Ziel effektiver, lebenslagenorientierter Hilfen durch Vermeidung institutioneller Reibungsverluste wird dadurch allerdings nicht befördert, eine Arbeitsteiligkeit zwischen ‚drinnen’ und ‚draußen’ wird beibehalten zu Lasten einer durchgängigen Hilfe durch Case-management. Gleichwohl wird in den FDR-Standards für die allgemeine Drogenarbeit auch erstmalig die Arbeitsschritte für die externe Drogenarbeit formuliert (FDR 1997, S. 35):

- „Kontaktaufnahme mit den Klienten im Vollzug
- Abklärung der Motivationsbasis für die Beantragung weiterführender Hilfen
- Vorbereitung und Vermittlung in stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtunen
- Vorbereitung und Vermittlung in teilstationäre Einrichtungen
- Regelmäßige Beratungsgespräche
- Begleitung zu Gerichtsverhandlungen als sachverständiger Zeuge, aber auch zur persönlichen Stabilisierung
- Beteiligung auf Vollzugsplanungskonferenzen
- Vorbereitung auf Vollzugslockerungen
- Begleitung bei Ausgängen im Rahmendes sozialen Trainings und zur Entlassungsvorebreitung
- Zusammenarbeit mit allen Fachdiensten der Justizvollzugsanstalten
- Kontakte zu Angehörigen
- Vorbereitung auf die Weiterbetreuung durch die Drogenberatung nach der Haftentlassung.“

Von zentraler Bedeutung ist die Forderung nach Vernetzung für die inhaftierten (drogenabhängigen) Frauen: Da ihre durchschnittliche Verweildauer im Vollzug allgemein zwischen 3 und 9 Monaten liegt (wegen dieser Kürze wird ein Vollzugsplan oftmals nicht erstellt), kommt es von Anfang an darauf an, auf die Entlassung hinzuarbeiten und durch vernetzte Hilfeanstrengungen mit „draußen“ einen verbesserten Start in sozialer und gesundheitlicher Hinsicht zu erzielen. Gesundheitlich könnte sich dies in einer gesicherten Substitutionsbehandlung während und nach der Haft, in der Vorbereitung auf einen Therapieplatz, der Behandlung (gynäkologische, zahnmedizinische) illegalitätsbedingter Erkrankungen und ausgewogener Ernährung, sowie auf Freizeit- und Sportangebote erstrecken. In sozialer Hinsicht geht es vor allem darum, daß neben dem Verlust familiärer (zu eigenen Kindern, Partnern, Ursprungsfamilie) und anderer tragender sozialer Bezüge drogenabhängiger Frauen in mehrfacher Hinsicht belastet sind: Prostitutions-, Mißbrauchs- und Gewalterfahrungen sind weit verbreitet und werden oftmals mit dem Konsum betäubender Substanzen in traditionell weiblichen Verhaltensmustern nach innen und z.T. gegen sich selbst gerichtet, kompensiert. Psychosoziale, stützende Hilfe bei der Verarbeitung und Bewältigung dieser Belastung kann oftmals nur bedingt innerhalb des Vollzuges selbst geleistet werden. Im externen Drogenhilfesystem ist die fachliche Anerkenntnis frauenspezifisch

orientierter Unterstützungsformen vollzogen und inhaltlich/methodisch in verschiedenen beraterischen und therapeutischen Frauenarbeitsfeldern umgesetzt. Obwohl die geschlechtshomogene Unterbringung im Vollzug eine Bündelung geschlechtsspezifischer Besonderheiten in der Verarbeitung von Hafterfahrungen mit Drogenbezug mit sich bringt, sind die haftinternen fachlichen Drogenhilfestandards bislang wenig differenziert, weder personell noch inhaltlich darauf ausgerichtet. Insbesondere hier sind externe Suchtberaterinnen gefragt. Eine drohende Isolation gilt es zu vermeiden und die massiven Probleme zu bearbeiten, die für diese Gruppe durch Verarmung, Wohnungslosigkeit und mangelnde materielle Absicherung bestehen (von den Driesch/Kawamura 1995, S. 34). Eine großzügigere Handhabung des Ausgangs bzw. Vollzugslockerungen würde verbesserte Chancen auf einen Arbeitsplatz eröffnen.

**Öffnung für externe Gruppen und Hilfeangebote**

Von Beginn der Haft an sollten Drogenabhängige aufgrund der externen Angebote Außenorientierungen entwickeln können: „Der Drogenabhängige muß erkennen können, daß die von ihm zu gehenden Schritte zu bewältigen sind und daß sie gleichzeitig mit Perspektiven verbunden sind. Die Orientierung nach außen ist eine starke Motivation für Gefangene“ (Borkenstein 1994, S. 81). Dies läßt sich dadurch organisieren, daß Gefangene sowohl externe Beratungsstellen und Hilfseinrichtungen aufsuchen als auch durch die stärkere Integration externer Gruppen in den Vollzug.

Bislang waren Drogenabhängige im Vollzug eine Gruppe, die im Gegensatz zu anderen Gefangenen wenig von Vollzugslockerungen, offenem Vollzug oder vorzeitigen Entlassungen (gem. § 57 StGB und § 88 JGG) profitierten. Die oftmals zu erbringenden negativen Urinkontrollen, die in der Regel auch auf Cannabisrückstände hin untersucht werden (die je nach Analyseverfahren mindestens 30 Tage nachweisbar sind), waren und sind für viele eine zu große Hürde, als daß sie Lockerungen in Anspruch nehmen konnten.
Die eingangs genannten Ziele von Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Selbstvertrauen würden allerdings ad absurdum geführt, gäbe es nicht Lern- und Trainingsfelder außerhalb des Vollzuges, wo Gefangene sich erproben können. Vollzugslockerungen sind oftmals gerade ein Anlaß für Gefangene, mit dem eigenen, möglicherweise problematischen Drogengebrauch konfrontiert zu werden. Dies muß auf konstruktive Weise genutzt werden.

### 5.2.2 Probleme des Transfers von Harm-Reduction-Strategien in den Strafvollzug

Unter „harm-reduction-Strategien“ werden in der Drogen- und AIDS-Hilfe schadensminimierende Ansätze für intravenös applizierende DrogenkonsumentInnen verstanden: Der als Reaktion auf die HIV/AIDS-Epidemie entwickelte Ansatz geht von der Prämisse aus, daß Abstinenz nicht für jede/n Drogenabhängigen und nicht für jede/n zu jedem Zeitpunkt ein realistisches oder erstrebenswertes Ziel darstellt. Diejenigen Drogenabhängigen, die vom therapeutischen Ziel der Abstinenz nicht erreicht werden, müssen gleichwohl gesundheitsfördernde Angebote erhalten, um weiteren gesundheitlichen und sozialen Schaden so gering wie möglich zu halten. Hierzu sind hohe Risiken der Mortalität und Morbidität (v.a. Infektionskrankheiten) und soziale Desintegration zu zählen.
Bei diesem Praxisschwerpunkt geht es darum, ausgehend von einer Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Situation der i.v. Drogenabhängigen im Strafvollzug, Präventionsstrategien zu entwickeln, die sowohl für DrogengebraucherInnen selbst, als auch für Bedienstete Schädigungen verhindern helfen. Dazu zählen in erster Linie die relativ hohe Rate von Drogentodesfällen in der Haft wie unmittelbar nach Haftentlassung, die schlechte gesundheitliche Lage vor allem durch irreversible Schädigungen, ausgedrückt in der Verbreitung der auch existentiell bedrohlichen Infektionskrankheiten HIV und Hepatitis (vor allem B und C). Schließlich ergeben sich auch für Bedienstete Gefährdungspotentiale, wie etwa Nadelstichverletzungen bei Haftraumkontrollen, denen nur unzureichend begegnet wird. Die unten vorgestellten Präventionsstrategien von „safer use“ und „safer sex“ sind außerhalb des Vollzuges erarbeitet worden und haben sich bewährt. Sie lassen sich charakterisieren als Bemühungen, die Risiken der beiden Haupttransmissionswege in den Zielgruppen zu thematisieren, um die Einstellungen, Haltungen ihrer Mitglieder dahingehend zu beeinflussen, daß letztlich eine effektive und zeitstabile Verhaltensänderung in Richtung Risikominderung/-verzicht erfolgt.

Warum gelingt jedoch der nötige Transfer von harm-reduction-Gedanken und -Praxis in den Strafvollzug nicht bzw. nur punktuell in einigen Anstalten? Einige Probleme seien hier stichwortartig aufgeführt:

- harm-reduction-Strategien stehen konträr zum Sicherheitsauftrag und zum Vollzugsziel der Drogenfreiheit des Gefängnisses

- traditionelle Ausrichtung von Hilfegewährung an Abstinenz
- Verleugnung eines konkreten Bedarfs an risikominimierenden Maßnahmen
- kein offenes, offensives Umgehen mit drogenkonsumbedingten gesundheitlichen Risiken
- harm reduction Aktivitäten im Gefängnis liegen außerhalb des Einflußbereiches von 'freier' Drogenhilfe
- keine durchgehende Betreuung durch die Hilfesysteme Justiz, Drogenhilfe oder beide gemeinsam
- Ablehnung, Abgrenzung, Mißtrauen dem jeweilig anderen System gegenüber sind verbreitet und blockieren Verständigungen
- kaum ausgeprägte funktionierende Kommunikations- und Kooperationsbezüge zwischen Anstalten und Einrichtungen niedrigschwelliger Drogenhilfe
- externe Drogenhilfe in JVAs an Vermittlung in stationäre drogenfreie Therapie orientiert.

Niedrigschwellige, akzeptanzorientierte Drogenarbeit hat den Vollzug ausgeklammert, bzw. keine wirkliche Verständigung organisiert hat. Wenn überhaupt der Strafvollzug in drogenpolitische Überlegungen einfloß, dann mit Maximalforderungen ('Amnestie für alle Drogenstraftäter'), die richtig sein mögen, angesichts gegenwärtiger gesellschaftlich vorhandener Strafbedürfnisse und einer Rückwärtsbewegung des Strafvollzuges hin zum Verwahrvollzug jedoch in weite Ferne gerückt sind. Der vollzugliche und der akzeptanzorientierte Ansatz bilden zwar die beiden Pole, die den Widerspruch von Hilfe und Kontrolle in der Drogenhilfe (und vor allem im Vollzug) am extremsten ausdrücken – gleichwohl sind Annäherungen möglich, weil gemeinsame Schnittstellen existieren: Prävention, Infektionsprophylaxe, niedrigschwellige existenzsichernde Angebote, Suchtbegleitung im Rahmen psychosozialer Betreuung in Substitutionsprogrammen, Übertritt von Haft in Freiheit und umgekehrt.
Angesichts der o.g. Inhaftierungszahlen von DrogenkonsumentInnen und angesichts ihrer gesundheitlichen Gefährdungen ist es wichtig, konkret umsetzbare Maßnahmen vorzuschlagen, die ihre gesundheitliche und soziale Situation im Vollzug verbessern helfen. Einige Anregungen für solche Maßnahmen seien im folgenden genannt:

- Abgrenzung, Vorurteile überwinden durch Annäherung: Gemeinsame Veranstaltungen/Fortbildung (bspw. zu Entstehung, Verlauf und Beendigung

von Sucht, fachgerechte Methadonbehandlung, Charakter von Infektionskrankheiten, Hygienestandards in der Anstalt) fachlicher Austausch, Kennenlernen der jeweiligen Rahmenbedingungen, Profile und Denkweisen, gemeinsame/r Bildungsurlaub/Exkursionen (Besuch von Modellanstalten etc.).

- Institutionelle Vernetzung und tragfähige Kooperationen herstellen: die Methadonbehandlung bietet sich an. Hier kann eine Zusammenarbeit mit bereits substituierenden ÄrztInnen im Vollzug eingeleitet werden, wenn es um die Weitersubstitution nach Haftentlassung geht (Qualitätszirkel).
- Die gemeinsame Basis besteht in dem zu erreichenden Konsens, daß Gesundheitsförderung eine gemeindeorientierte Aufgabe ist, die das Gefängnis nicht ausschließen kann. Insbesondere mit diesem Argument können Maßnahmen auf der Basis des Äquivalenzprinzips diskutiert werden.
- Thematisierung anstaltsspezifischer gesundheitlicher Risiken: Wie ist die gesundheitliche Lage der drogenkonsumierenden Gefangenen (z.B. Verbreitung von Hepatitisinfektionen), welche medizinischen Daten existieren, gibt es einen Gesundheitsbericht?
- Diskussion und Organisation von Infektionsprophylaxe-Modellen.
- Entwicklung von Peer Support/Peer Education-Modellen. Wie kann die Betroffenenkompetenz gestärkt und entwickelt werden (vgl. Stöver/Trautmann 1998)?
- Angebot von Safer use/safer sex-Trainings: konkrete praktische Angebote entwickeln
- Geschlechtsspezifische Fragestellungen herausarbeiten: Welche spezifischen gesundheitlichen und sozialen Versorgungsangebote benötigen Frauen und Männer?
- Analyse der Lebensverhältnisse im Gefängnis und deren Veränderungsmöglichkeiten: Ernährung, Bewegung, Unterbringung etc.

#### 5.2.2.1 Praxisfelder von Harm-Reduction-Strategien im Gefängnis

Der Ansatz der Harm-Reduction ist in der Drogenhilfe mittlerweile fest verankert: auf einer normativen Ebene drückt er – radikal als Verbraucherberatung – aus, daß der Konsum illegaler Drogen als persönliche Entscheidung des Bürgers akzeptiert werden muß, daß aber nicht-beabsichtigte Schäden für den Konsumenten und die Gesellschaft abgewendet bzw. so gering wie möglich gehalten werden sollen. Auf einer praktisch-methodischen Ebene geht es bei schadensminimierenden Drogenhilfeangeboten darum, möglichst

ohne ideologisch geprägte, etwa abstinenz-fixierte Verhaltenserwartungen, frühzeitigen Kontakt zu Konsumenten illegaler Drogen herzustellen, die einen problematischen Drogengebrauch aufweisen. Der frühzeitige Kontakt über niedrigschwellige Drogenhilfsangebote (Kontaktläden, ambulante Wundversorgung, infektionsprophylaktische Maßnahmen, streetwork etc.) ist der Ausgangspunkt für weitergehende medizinische Behandlungen (z.B. Substitution, niedrigschwelliger Entzug) und psychosoziale Betreuungen (Hilfen bei der sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung).

Dieser kurz skizzierte Ansatz wird im folgenden auf die Behandlung von Drogenabhängigen im Strafvollzug übertragen. Der Grund dafür liegt darin, daß die zunehmende Zahl der einsitzenden Drogenabhängigen die Institution Strafvollzug immer stärker vor die Notwendigkeit stellt, medizinische Versorgungen und psychosoziale Unterstützungen den fachlichen Standards außerhalb der Anstalten anzupassen und Teile externer Regelversorgungsdienste in diese Aufgabe einzubinden. Eckpunkte und zukünftige Orientierungen dieser in Teilen vernetzten Kooperation und Integration werden im folgenden ausgeführt.
Zunächst sieht es so aus, daß sich der Strafvollzug in einer beispiellos paradoxen Lage befindet! Er soll mit einem Problem umgehen, das es eigentlich gar nicht geben darf. Andererseits ist die Situation durchaus vergleichbar mit der außerhalb der Mauern vor etwa 10 Jahren. Mittlerweile hat sich allerdings die gesellschaftliche Haltung gegenüber illegalem Drogenkonsum verändert: Akzeptanz, Toleranz, Gleichgültigkeit, Kapitulation mögen zutreffende Beschreibungen dieser Haltung sein. Mit einem Zeitverzug von etwa 10 Jahren ist allerdings auch der Strafvollzug mehr und mehr gezwungen, sich den veränderten Verhältnissen anzupassen: so wird in einigen Anstalten etwa der Konsum von Cannabis kaum noch bei den Urin-Kontrollen getestet. Gegenüber OpiatkonsumentInnen setzt sich mehr und mehr die Einstellung durch, daß sie ‘eigentlich’ gar nicht in den Strafvollzug gehören und daß sie darüber hinaus Anspruch auf eine adäquate Krankenbehandlung wie auch außerhalb der Mauern haben.

Der Strafvollzug für Frauen und für Männer in all seinen Formen, ob Strafhaft, Untersuchungshaft, Jugendvollzug, steht insbesondere unter dem Druck der Öffentlichkeit, das Gefängnis als ‚drogenfreien Raum’ zu präsentieren: Nur wenige Anstalten sprechen offen über vorhandene Drogenprobleme und bieten offensive Hilfen an: Dies wird oft gleichgesetzt mit einem Scheitern ihres Sicherheitsauftrages und einer Desillusionierung in Bezug auf Gewähr-

leistung einer Undurchlässigkeit des Gefängnissystems. Nach wie vor gibt es eine erhebliche Zahl von Anstalten[20], die einen Drogengebrauch entweder nicht beobachten oder ihn aus justizpolitischen Motiven ignorieren, solange es geht. Unter diesem Umstand, ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen einerseits den Erwartungen an die Erfüllung seines Resozialisierungsauftrages[21] und andererseits den Realitäten eines verbreiteten Drogenkonsums vieler Gefangener und z.T. politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens.

**Grundannahmen und Zielorientierungen der Drogen- und AIDS-Hilfe im Vollzug**

Eine Angleichung an fachliche Standards der Drogenhilfe außerhalb des Vollzuges, unter Berücksichtigung gefängnisspezifischer Strukturen, kann als Richtschnur für die Entwicklung einer bedarfsgerechten Suchtkrankenhilfe auch im Vollzug dienen. Die Ziele der Drogenhilfe im Vollzug sollen und können sich nicht grundsätzlich von denen in Freiheit unterscheiden. Hilfreich für die Orientierung von Drogen- und AIDS-Hilfe im Vollzug sind die Empfehlungen internationaler Gremien. Die folgenden Prämissen für ein differenziertes Hilfeangebot basieren daher auf den WHO-Richtlinien zu HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis (1993):

- als ethische Minimalanforderung: der Vollzug einer Freiheitsstrafe soll keinen zusätzlichen Schaden und schon gar keine irreversiblen gesundheitlichen Schädigungen anrichten, der Gefangene soll nicht lebensuntüchtiger aus dem Vollzug entlassen werden, als er dies zum Zeitpunkt des Haftantritts war.
- Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge im Vollzug sollten in enger Zusammenarbeit zwischen nationalen Gesundheitsbehörden, Gefängnisverwaltungen und Zielgruppenvertre-

---

20 Siehe AIDS-Enquete-Kommission des Dt. Bundestages (1989/1990)

21 Z.B. dokumentiert im Strafvollzugsgesetz: darin wird im §3 Abs. 1 eine möglichst umfassende Angleichung der Lebensverhältnisse im Vollzug an die in Freiheit gefordert. Andererseits den Ansprüchen an eine bedarfsgerechte Hilfe für inhaftierte Drogenabhängige. Diese wiederum muß sich neben dem genannten Angleichungsgrundsatz auch dem Anspruch der Gegensteuerung stellen: Im § 3, Abs. 2 des Strafvollzugsgesetzes heißt es, daß den schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegenzuwirken sei. Dies bedeutet unter anderem, daß jedes risikoreiche Fortsetzen eines Drogenkonsums, jeder Neuanstieg dem eigentlichen Vollzugsauftrag entgegenläuft.

tern, einschließlich regierungsunabhängiger Organisationen (NGO's) ausgearbeitet werden. Und sie sollten in ein breites Programm der Gesundheitsförderung eingebettet sein.
- HIV/AIDS-präventive Maßnahmen im Gefängnis sollten die Prävention in der Allgemeinbevölkerung ergänzen und damit vernetzungsfähig im Sinne einer 'New Public Health' sein.
- Die Bedürfnisse von Gefangenen und anderen Personen in der Institution Gefängnis (der Bediensteten) sollten Berücksichtigung finden.
- Eine Umsetzung des Äquivalenzprinzips ist anzustreben: Die beraterischen, medizinischen, pflegerischen Standards 'draußen' sollen die Grundlage für die Standards im Vollzug bilden.

Grundsätzlich setzt Drogenarbeit „auf Eigenmotivation und Selbstverantwortung, diese gilt es im Vollzugsalltag zu wecken und zu stärken ... Veränderungsversuche finden in kleinen Schritten statt. Diese gilt es zu verstärken und zu unterstützen durch eine Vielzahl differenzierter Angebote, die den Abhängigen helfen, für sich eine Alternative zu entwickeln" (Borkenstein 1994, S. 80). Das heißt, es müssen lebensweltnahe Veränderungsangebote entwickelt werden, ohne unrealistische Forderungen nach abstinenter Lebensweise für jeden Gefangenen zu jedem Zeitpunkt einzufordern. Auf dieser Basis müssen die bislang ausschließlich abstinenzorientierten Behandlungsansätze im Vollzug erweitert werden. Dies bedeutet eine grundsätzliche Veränderung der Ziel- und Handlungsorientierungen vorzunehmen. Die Umsetzung der Drogen- und AIDS-Hilfemaßnahmen erfordert daher, für den Strafvollzug neue, für das Suchtkrankenhilfesystem außerhalb praktisch bewährte Methoden anzuwenden, neue Inhalte zu erschließen und organisatorische Veränderungen einzuleiten.

Im folgenden werden auf der Basis dieser Zielhierarchie Unterstützungs- und Behandlungsansätze im Gefängnis für DrogenkonsumentInnen detaillierter diskutiert. Diese näher beschriebenen Praxisfelder einer zunächst auf Schadensminimierung abzielenden Drogenhilfe beinhalten immer auch einen Anteil an Aufklärung, d.h. personal-kommunikativer Strategien, die eine unverzichtbare Ergänzung instrumenteller Strategien darstellen. Im Rahmen dieser Fragestellung kann nicht darauf eingegangen werden, daß effektive Verhaltensprävention diskutiert werden muß vor dem Hintergrund auch einer Verhältnisprävention: die eingeschränkten Lebensbedingungen als solche müssen überprüft werden auf Perspektiven schaffende Öffnungs- und Bewegungspotentiale. Erst eine Verschränkung beider Präventionsebenen ver-

spricht Aussicht auf Verbesserung der Gesamtsituation (vgl. weiterführend: Jacob/Schaper/Stöver 1996).

#### 5.2.2.2 Überleben sichern!

Ebenso wie in Freiheit gilt es zunächst, ein Überleben von Drogenabhängigen in Haft zu sichern. Der Drogentod ist ein Risiko fortgesetzten Gebrauchs illegaler und damit im Reinheitsgehalt unkalkulierbarer Substanzen, dem DrogengebraucherInnen gerade in Haft in besonderer Weise ausgesetzt sind. Die Substanzen sind erheblich gestreckt, Toleranzbildungen aufgrund unregelmäßigen Konsums kaum vorhanden und der Gesundheitszustand vieler Gefangenen schlecht. Sowohl innerhalb der Haft, als auch kurz nach der Entlassung besteht ein erhebliches Mortalitätsrisiko (vgl. Kap. 2.3.2).
Eine Aufklärung über dieses Risiko in der Aufnahmestation und im Fortgang der Haft (etwa über Suchtberatungsdienste) ist ebenso unerläßlich wie realitätsgerechte und pragmatische Vorbereitungen bei Haftentlassung, weil gerade hier die Gefahr einer Überdosierung infolge geringer Toleranz und mangelnder Information über marktübliche Reinheitsgehalte am größten ist.
Als praktische Maßnahme für Bedienstete und Gefangene sollten Schulungen für die Erste Hilfe im Drogennotfall (siehe Winkler 1995, S. 139ff) sowohl für Bedienstete als auch für Gefangene angeboten werden. Diese Schulungen beinhalten den Erwerb von größerer Sicherheit im Erkennen verschiedener Symptome des Drogennotfalls bzw. der Drogenintoxikation allgemein und praktische Übungen der Reanimation und Erstbehandlung.
Diese Schulungen sollten ergänzt werden um Wissensvermittlung im Umgang mit Ambu-Beutel und Beatmungstaschenmasken und Verhaltensanweisungen zum Heranziehen weiterer Hilfe im Notfall.

#### 5.2.2.3 Sicherung des Überlebens ohne irreversible Schädigungen Infektionsprophylaxe

Die Ziele einer nachhaltigen Präventionsstrategie gegen Infektionskrankheiten sind (vgl. auch Bundesamt für Gesundheitswesen 1993):

**Verhinderung von Neuinfektionen**

Gegen einige lebensbedrohliche Infektionskrankheiten (z.B. HIV u. Hepatitis C) gibt es keinen Impfschutz und auch keine ursächliche und ausheilende Therapie. Obwohl in den letzten Jahren deutliche Fortschritte in der Be-

handlung der HIV-Krankheit erzielt worden sind, bleibt die Ausgangslage seit 15 Jahren unverändert: Die Prävention durch Verhaltens- und Verhältnisanpassung an die bekannten Risikolagen ist derzeit das einzige Mittel, um weitere Infektionen zu verhindern. Nur die Kenntnis der Übertragungswege und effektiver Schutzmaßnahmen, ein ausreichendes Verständnis für Risikosituationen und die Bereitschaft jedes einzelnen Menschen, Verantwortungsgefühl zu zeigen und ein Schutzverhalten zu entwickeln, führt zu diesem Ziel (siehe Darstellung der Projekte zur Infektionsprophylaxe in deutschen und schweizerischen Justizvollzugsanstalten in Kap. 4).

**Verhinderung der negativen Auswirkungen der Epidemie**

Ist eine Infektion nicht vermieden worden, ist nötig,

- ein verantwortungsvolles Verhalten der Gesunden und Kranken
- Senkung der Morbidität und Mortalität
- adäquate Betreuung der symptomlosen infizierten Personen
- optimale medizinische Betreuung und Pflege von erkrankten Personen
- psychosoziale Unterstützung und Förderung der Lebensqualität

Für alle Maßnahmen sollte man die differenzierte Infrastruktur des Gesundheitsregelversorgungssystems nutzen.

**Förderung von Solidarität mit den Betroffenen**

Solidarität setzt Verständnis und Akzeptanz unterschiedlicher Normen und Werte voraus und trägt wesentlich zur Förderung des Vertrauens, der gegenseitigen Verantwortung und zur Lebensqualität von erkrankten Menschen bei. Solidarität bedeutet Fürsorge für die spezifischen Belange der betroffenen Population und nicht nur die Versorgung und Integration von bereits erkrankten Personen: „Die staatlichen Instanzen tragen vor allem die Verantwortung für eine generelle Politik der Integration und Solidarität, besonders für die Schaffung der erforderlichen strukturellen Bedingungen (z.B. Sozialversicherungen, Arbeitsrecht)“ (Bundesamt f. Gesundheitswesen 1993, 7).

**Prinzip der Prävention: Selbsbemächtigung/empowerment**

Selbstbemächtigung als „sich selbst wieder Kraft zu geben“ setzt voraus, die Macht zumindest über den Zugang zu Schutzmaßnahmen zu haben. Für den Strafvollzug bedeutet das: gleiche Schutzmöglichkeiten wie draußen auch. Aber noch weitere Gedanken sind nötig, um das Konzept zu stützen:

Selbst-Befähigung (vs. Fremd-Bestimmung mit rechtlichen Regelungen und Vorschriften oder ordnungspolitischen Instrumentarien) setzt voraus, daß

- Information, Wissen, Förderung des Gesundheitsbewußtseins und -verhaltens
- Förderung der Selbsthilfe
- Aus- und Weiterbildung

Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, können verborgene oder verschüttete Selbsthilfepotentiale angesprochen und gefördert werden.

**Motivation (vs. Zwang)**

Die Kenntnis der Infektionswege und wirksamer Schutzmaßnahmen geben potentiell jedem Menschen die Möglichkeit, eigenverantwortlich und selbstbestimmt das Ansteckungsrisiko individuell stark zu reduzieren oder sogar ganz auszuschalten. Doch die Wissensvermittlung allein reicht nicht aus, um die gewünschten Verhaltensänderungen zu gewährleisten. Es muß eine Motivation erfolgen, die lebensweltorientiert notwendige Verhaltensanpassungen stimuliert.

**Integration (vs. Ausgrenzung)**

Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, daß nur die soziale Integration gefährdeter und auch bereits infizierter Menschen ihre Kooperation gewährleisten kann.

Für die Postexpositionsprophylaxe, d.h. nach erfolgter Nadelstichverletzung bzw. im Notfall einer Risikoexposition durch Mehrfachgebrauch kontaminierter Spritzutensilien, sollte zunehmend im medizinischen Dienst als Standardintervention vorgehalten werden.

#### 5.2.2.4 Vergabe von Desinfektionsmitteln

Kann die außerhalb des Vollzuges erprobte und bewährte Form der Infektionsprophylaxe mittels Spritzenvergabe aus praktischen und/oder ideologischen Bedenken seitens der Justizbehörden nicht umgesetzt werden[22], erge-

22 Die Abgabe von Javelwasser (12° Chl. diluée au 1/4e) einschließlich der Aufklärung über adäquate Anwendung wird auch in eine Studie an die französische Regierung empfohlen anstatt einer Spritzenvergabe empfohlen, weil diesbezüglich u.a. zu viele Fragen hinsicht-

ben sich ‚next best solutions'[23], wie etwa die Ausgabe von ‚bleach'. Zunächst beherrschte lange Jahre die Frage nach dem richtigen ‚bleach' die Diskussion: Natriumhypochlorit in welcher Konzentration, wie angewandt? Auch in der Kantonalen Strafanstalt Regensdorf/Schweiz hat man nachgebessert: nachdem die 1%iges Javelwasser sich bei mehrmaligem Gebrauch als ineffektiv gegen Hepatitis-Viren herausgestellt hat, verwendet man nun Povidonum-Iodum (z.B. Jodoplex). Diese Lösung ist Bestandteil der ‚Taschenapotheke für Gefangene', die an alle Gefangene – insofern antidiskriminierend – nach der Eingangsuntersuchung verteilt wird (vgl. Bolli 1994).

Eine kürzlich veröffentlichte Studie zeigte, daß selbst konzentriertes Javelwasser (5,25% Natriumhypochlorit) eine Einwirkungszeit von mindestens 30 Sekunden (HIV) brauchte, um eine vollständige Inaktivierung von freiem HIV zu gewährleisten (Shapshak et al. 1993). Eine weitere amerikanische Studie kommt bei der Stichprobe von 161 beobachteten i.v. DrogengebraucherInnen – trotz gegenteiliger Aussagen – die tatsächliche Anwendungsdauer der Desinfektion des Spritzenbestecks bei mehr als 80% nicht der empfohlenen Minimalzeit von 30 Sekunden entsprach (Gleghorn 1993). Schließlich bleibt zu bemerken, daß sich geronnenes Blut schwerer aus Spritzen und Nadeln waschen läßt als frisches Blut, Javelwasser aber gleichzeitig noch die Gerinnung fördern kann. Diese Erkenntnisse hat das NIDA dazu veranlaßt, ein HIV/AIDS-Bulletin herauszugeben, in dem grundsätzlich darauf hingewiesen wird, daß für jede Injektion neues Spritzbesteck zu verwenden ist. „Die Dekontamination gebrauchter Spritzen und Nadeln mit konzentriertem Javelwasser birgt keine Garantie für die vollständige Inaktivierung der vorhandenen Viren. Dennoch dürfte eine konsequente Anwendung des Desinfektionsmittels in Not- und Risikosituationen (Mangel an sterilen Spritzbesteck) das Risiko einer HIV-Übertragung bei gemeinsamem Gebrauch von Spritze und Nadeln reduzieren läßt" (Bundesamt für Gesundheitswesen 1993). Das heißt aber, daß man die Effektivität in der Praxis, hier: im Gefängnis, kritisch beleuchten muß. Ist genügend Zeit für eine adäquate Reinigung vorhanden, wenn sich zumeist zwei oder mehrere Gefan-

---

lich einer Übertragbarkeit auf große Anstalten bestehen (vgl. Gentilini 1997, S. 21f. u. 124/125).

23 Die Praxis der Vergabe von Desinfektionsmitteln an drogenabhängige Gefangene wird in diesem Rahmen nicht diskutiert. In einigen Anstalten existiert jedoch eine solche Praxis bzw. sie wird empfohlen (vgl. Bolli 1994, S. 73ff; Pont 1994; Pont/Kahl/Salzner, S. 172; kritisch: Jacob/Stöver 1997, S. 122f)

gene eine Dosis teilen? Oder überwiegt die Angst entdeckt zu werden und Sanktionen zu bekommen?
Es braucht also sehr genaue Aufklärung über Anwendungstechniken und im Grunde auch sehr differenzierte Botschaften. Da die Vergabe von Desinfektionsmittel bereits sowieso das Vorhandensein von Spritzen anerkennt, ist die Vermittlung von Vorsichtsmaßregeln sehr diffizil.
In Großbritannien ist die in Pilotvorhaben durchgeführte Vergabe von Sterilisationstabletten umstritten, sowohl in der praktischen Anwendbarkeit als auch in der pharmakologischen Sicherheit. Diese Strategie wird deshalb von dem 'Advisory Council on the Misuse of Drugs' (1996, S. 103f) als ambivalent wahrgenommen und akzeptiert. Empfohlen wird deshalb eine weite Zugänglichkeit zu Sterilisationstabletten mit klaren Anweisungen für ihren effektiven Einsatz und Warnungen bezüglich der Begrenzung dieses Präventionsmittels (vgl. auch HM Prison Service o.J.).

In einem Pilotprojekt in einer Hamburger Vollzugsanstalt hat man mit der Vergabe der Taschenapotheke die Erfahrung gemacht, daß die Desinfektionslösung im anstaltsärztlichen Dienst so gut wie gar nicht nachbestellt wird. Ähnliche Erfahrungen hat man in Berliner Haftanstalten mit der Abgabe einer ‚Hausapotheke' gemacht – auch dieses Angebot werde nicht nachgefragt (vgl. Küster 1998, S. 14).
Bestätigt werden dies Ergebnisse aus einem Versuch, Desinfektionsmittel an Gefangene in New South Wales (Australien) anzugeben: Dolan/Hall/ Wodack (1994) berichten, daß die meisten Gefangenen (62%) fanden, daß der Zugang zu Desinfektionstabletten bzw. 'liquid bleach formula' schwierig war.

#### 5.2.2.5 Thermische Desinfektion

Eine thermische Desinfektion (Auskochen der Spritze) sollte nach neueren Erkenntnissen mindestens 15 Minuten erfolgen. Eine Aufklärung darüber, wie lange eine effektive Spritzenbesteckreinigung über das Auskochen dauern muß, ist nötig. Dieser Vorschlag setzt allerdings die technische Möglichkeit voraus, daß die Gefangenen über Tauchsieder/Kochplatten verfügen. Zusätzlich muß bei dieser Maßnahme noch angemerkt werden, daß sie enorm 'auffällig' und aufwendig ist und in die Lebenswelt Gefangener schwer einzubetten ist, die sich zu zweit oder mehreren eine Heroinportion teilen wollen und anschließend auskochen müssen.

#### 5.2.2.6 Hepatitis-A und B-Impfung

Bei den noch nicht mit Hepatitis-B-Infizierten und denjenigen, die keinen ausreichenden Impfschutz mehr besitzen, sollte die Impfung, die aus drei zeitlich versetzten Teilimpfungen besteht, angeboten werden und eventuell nach Verbüßung der Strafhaft draußen bei Gesundheitsämtern oder niedergelassenen Ärzten vervollständigt werden.
Die Erreichbarkeit der Gefangenen während der Strafhaft bildet einen Vorteil für diese zeitlich aufwendige Impfung – außerhalb des Vollzuges ist aufgrund der Lebensbedingungen illegaler Drogenkonsumenten die compliance meistens schlecht. Die Empfehlung der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes in Berlin gilt ausdrücklich auch für Hepatitis-C-positive Patienten, die Hep.-B seronegativ sind.

Bayas u.a. (1993) untersuchten in einem Modellprogramm in drei katalonischen Gefängnisse die Machbarkeit der Hepatitis B-Impfung für 'Hoch-Risiko-Gefangenengruppen'. Diese Gruppen erhielten zwei bzw. drei Impfungen, die zu einem Schutz von 34% der Gefangenen führte. Die Serokonversionsrate war größer, wenn das Intervall zwischen den beiden Dosen weniger als drei Wochen betrug. Zusätzlich wurde festgestellt, daß ein Alter von mehr als 35 Jahren und i.v. Drogenkonsumvorgeschichte verbunden waren mit einer geringeren Reaktion auf den Impfstoff. Kurze Intervalle zwischen den Impfungen können die compliance und die Schutzrate erhöhen

#### 5.2.2.7 Kondomabgabe und safer-sex-Beratung

Beratung zu „safer-sex" scheint dringend nötig: es existieren Sexualpraktiken, die Fragen zum Infektionsrisiko aufwerfen; das Wissen über Infektionsgefahren ist relativ gering ausgeprägt (vgl. Meyenberg u.a. 1999). Überdies bieten sich hier Möglichkeiten, Risikobewußtsein zu schärfen, das auch 'draußen' nach der Entlassung in infektionsprophylaktischer Hinsicht wirksam bleibt sowohl für den Bereich der privaten Sexualkontakte als auch in der Beschaffungsprostitution. Diesem Unterstützungsaspekt kommt eine nicht zu unterschätzende gesundheitspolitische Bedeutung im Interesse der Förderung öffentlicher Gesundheit zu.

Das OLG Koblenz 2. Strafsenat (1997-02-07/Az: 2 Ws 837/96NK: STVOLLZG § 56) hat entschieden, daß die Verpflichtung der JVA zur Gesundheitsfürsorge gegenüber dem Strafgefangenen nicht bedeutet, daß

dieser daraus einen Anspruch auf kostenlose Aushändigung von Kondomen ableiten kann. Interessant dabei ist die Begründung der unterstellten Förderung homosexuellen Verhaltens (vgl. Boetticher/Stöver 2000). Diese Argumentation steht einer effektiven Prophylaxe von Infektionskrankheiten diametral entgegen, ist aber auch im Vollzug durchaus verbreitet. Es geht darum sinnvolle, einfache, anonymitätswahrende Zugänge zu Kondomen einzurichten.

#### 5.2.2.8 Ein safer-use-Trainingsprogramm für den Strafvollzug[24]

Im folgenden wird ein kursorischer Überblick über ein Trainingsprogramm (Manual) für Beschäftigte und Häftlinge in deutschen Gefängnissen gegeben, das besonders den Risiken der Drogenabhängigen aber auch den Infektionsrisiken der MitarbeiterInnen Rechnung trägt. Dieses Trainingsprogramm versteht sich als Teil einer umfassenderen ‚harm-reduction-Strategie mit dem Ziel einer effektiveren Infektionsprophylaxe durch Änderungen von Einstellungen und Verhalten bei den Beteiligten. Daß diese Änderungen auch bei Drogenabhängigen erreicht werden können, zeigen mehrere Studien bezüglich risikoärmerer Applikationstechniken oder weniger riskanter Sexualpraktiken (mit weiteren Nachweisen: Kleiber/Pant 1996).

**Safer use-Training für Beschäftigte und Häftlinge in Justizvollzugsanstalten**

Das konzipierte Manual basiert auf ca. 150 in den Jahren 1990 bis 1996 durchgeführten Seminaren, u.a. für DrogengebraucherInnen. So haben wir zahlreiche sog. survival-trainings durchgeführt mit Selbsthilfegruppen bzw. international auch im Rahmen des europäischen peer-support-Projektes (Trautmann/Barendregt 1995). Hier hat sich insbesondere als günstig erwiesen, in der Seminarkonzeption das eigene Expertenwissen der TeilnehmerInnen gezielt anzusprechen und in den Seminarinhalten eine strikte Ressourcen- statt Defizitorientierung (‚Welche Möglichkeiten zur Risikomeidung kannst Du einbringen?' statt ‚Welche Mängel sind hier offensichtlich?') durchzuhalten. Belehrende und moralisierende Haltungen erhöhen den Widerstand gegen die angestrebten Botschaften und senken damit drastisch die Effizienz. Für professionelle Mitarbeiter der Drogen- und AIDS-Hilfe

---

24 Dieser Beitrag basiert auf einer gemeinsamen Arbeit mit J.-H. Heudtlass (Heudtlass/Stöver 1998)

haben sich die Seminare insofern als besonders nützlich erwiesen, als durch die praxisnahe Ausgestaltung fundierte Kenntnisse über Konsumpraktiken und -umstände überhaupt erst näher gebracht werden konnten. Es scheint ein unausgesprochenes Tabu, das in Kreisen der professionellen Drogen- und AIDS-Hilfe erst durchbrochen werden muß, daß diese Kenntnisse allzu häufig entweder gänzlich fehlen oder nur lückenhaft vorhanden sind, man aber dieses Eingeständnis unter Kollegen gerade nach jahrelanger Berufspraxis kaum zu machen wagt. Die Seminare bauen diese Hürde ab: hier ist Unwissenheit ausdrücklich akzeptiert, und etwa der Tausch der Rollen in Rollenspielen und Stressimulationen (vom Drogenberater in die Rolle des Konsumenten schlüpfen und umgekehrt: vom Klient in die Beraterrolle) führt an die Sichtweisen der Konsumenten heran, ermöglicht behutsame Teilidentifikationen als Voraussetzung einer praxisnäheren Beratung. Seit 1989/90 wird in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Lengerich/Westfalen ein von uns konzipiertes Therapieangebot im Rahmen der Akutbehandlung (Drogenentzug/Krisenintervention etc.) von Drogengebrauchern mit den Inhalten von safer use als Beitrag zur Gesundheitsförderung (Hepatitis- Prophylaxe, AIDS-Prophylaxe, Vermeidung von injektionsbedingten Schädigungen des Gewebes, Vermeidung von Intoxikationen etc.) durchgeführt. ‚Safer use' stellt in dieser Klinik genauso wie die Unterweisung in die ‚Erste Hilfe im Drogennotfall' ein obligatorisches Angebot im Rahmen eines niedrigschwellig ausgerichteten Therapieansatzes dar. Die Akzeptanz ist enorm, die Einbindung in einen mehrwöchigen Therapieaufenthalt bietet natürlich besondere Chancen durch die intensive Kombination von einzel- und gruppentherapeutischen settings. Der Transfer dieser Angebote in andere institutionelle Bezüge (Beratung, Haft, street-working, Entwöhnungstherapien) scheint durchaus möglich zu sein – mit den jeweils notwendigen Modifikationen.

**Zielsetzungen des safer-use-Trainings für Beschäftigte und Inhaftierte in Haftanstalten**

Bei Beschäftigten im Justizvollzug stehen nach unseren ersten Erfahrungen in einschlägigen Seminaren im Vordergrund:

- Sensibilisierung für Drogenkonsumente, für bewußte/bekannte und 'versteckte Risiken' des Drogenkonsums (hidden risks)
- Identifikation mit dem Ziel der Infektionsprophylaxe
- Vermittlung von medizinischem Basiswissen

- Respektieren und Befriedigen von individuellen und kollektiven Sicherheitsbedürfnissen

Das im folgenden skizzenhaft dargestellte Trainingsprogramm spricht insbesondere die Verhaltensdimension in der präventiven Arbeit an, die ohne die entsprechenden strukturellen Umfeldbedingungen wohl kaum effizient wirken dürfte. Für die Bediensteten stehen drei wesentliche Zielsetzungen im Vordergrund:

- Identifikation mit dem Ziel der Infektionsprophylaxe

Von der Akzeptanz unter den Beschäftigten einschließlich der Leitung lebt ein solches Ziel. Die personengetragene Prävention kann durch noch so gute Printmedien nicht ersetzt, sondern nur ergänzt werden. Das Ziel der Infektionsprophylaxe in Haft wird aber u.a. beeinflußt und behindert von moralischen Haltungen und Schuldzuweisungen („Die wissen doch, was sie tun und sind erwachsen genug, also selbst verantwortlich“) und ein häufiges Verständnis von Abhängigkeit als Charakterschwäche („Suchtbewältigung ist reine Willenssache. Also: aufhören ist die einzige Möglichkeit!“) oder gar religiös geprägten Einstellungen, nach denen man sich mit irdischen Mitteln gegen die Infektionsrisiken kaum wehren kann („AIDS ist die gerechte Strafe einer höheren Macht!“). Solche Einstellungen sitzen tief, bessere Einstellungen können nicht verordnet werden. Insofern sollen solche Seminare für Beschäftigte an andere Sichtweisen behutsam heranführen.

- Vermittlung von medizinischem Basiswissen

Rund um den Drogenkonsum und die damit verbundenen Risiken und Komplikationen spielt die Medizin keine geringe Rolle. Und dennoch ist die Medizinische Hilfe noch lange nicht der direkt gesuchte Ansprechpartner der betroffenen Konsumenten. Der Zugang wird durch die Tabu-Bedingungen der Illegalität des Drogenkonsums allgemein und die Bedingugen in Haft besonders erschwert. Die ungewollte Bildung sog. Infektionsketten im Rahmen des Konsums, die oft zu späte Behandlung von Folge- und Begleitschäden des Konsums und die mangelnde Impfprophylaxe erfordern in besonderer Weise die Mitarbeit, die Unterstützung, die Gewinnung von MitarbeiterInnen im Vollzug für diese Sichtweise, für diese Zielsetzung. Gewisse Grundkenntnisse sind unverzichtbar.

- Respektierung und Befriedigung von individuellen und kollektiven Sicherheitsbedürfnissen

Damit ist gemeint, daß Angst, Unsicherheit und gegenseitige Abgrenzung in besonderem Maße die Atmosphäre, die Interaktion, die Beziehungen zwischen Inhaftierten und Bediensteten beeinflussen. Dabei wirkt die Abgrenzung als Schutzschild gegen vermeintliche oder reale Bedrohung. Abgrenzung muß aber zugunsten einer angemessenen Nähe zu den Betroffenen überwunden werden, wenn Infektionsprophylaxe vermittelt werden soll. Dazu ist die Berücksichtigung von Sicherheitsbedürfnissen unbedingte Voraussetzung. Die Seminare sollen eine gewisse Grundsicherheit im Umgang mit drogenverbundenen Problemen vermitteln. Sie werden deshalb neben der Erweiterung der speziellen Kenntnisse immer auch gekoppelt mit der Beantwortung solcher Fragen nach dem eigenen Infektionsrisiko, der Ersthilfe bei drogenbezogenen Unfällen, der effektiven Infektionsprophylaxe durch gezielte Wundversorgung und Impfprogramme etc.

**„Was mich interessiert...?“**

Die Interessen der Beschäftigten sind verständlicherweise unterschiedlich zu den Interessenlagen der drogenkonsumierenden Häftlinge. Dennoch gibt es erstaunlicherweise eine Reihe gemeinsam interessierender Themen. Auch bei DrogenkonsumentInnen geht es um Interesse zu der Frage, wie ‚ich Infektionen trotz Konsum vermeiden kann?’ oder medizinische Basiskenntnisse (‚Welche Schädigungen geschehen wodurch und wie wirken sie auf meinen Körper?’ oder ‚Wie kann ich diese oder jene Belastung vermeiden, auch wenn ich weiter konsumieren will?’).

Die Häftlinge interessieren sich nach unseren ersten Erfahrungen in den survival trainings insbesondere für folgende Themen:

- ‘Versteckte Risiken’ beim Drogenkonsum
- Desinfektion gebrauchter Spritzenutensilien zur Infektionsverermeidung
- Information zu injektionsbedingten Schädigungen
- Vermeidung von Intoxikationen
- Erste (Selbst- bzw. Mit-) Hilfe im Drogennotfall
- Wege zur Konfliktvermeidung mit Vollzugspersonal (trotz fortgesetztem Drogenkonsum)

Dennoch bleibt es eine ganz wichtige Voraussetzung, will man nicht an den unterschiedlichen Interessenlagen vorbeireden: am Beginn der Seminare mit

Beschäftigten wie auch mit Drogengebrauchern werden anonym oder offen die Interessen abgefragt. ‚Was verbirgt sich für Sie hinter diesem Thema? Was ist Ihnen am wichtigsten? Was hat Sie schon immer provoziert an diesem Thema?' Danach wird geprüft, welche Erwartungen bedient werden können, welche unrealistisch sind, welche durch Hinweise auf Materialien oder andere Quellen zufriedengestellt werden können. Für die Gewinnung zur Mitarbeit besonders wichtig ist es, durch entsprechende Hinweise eventuell vorhandene Hemmschwellen, als TeilnehmerInnen Unwissenheit preisgeben zu müssen, möglichst unkonventionell abzubauen.

**Manual-Übersicht**

Die folgenden Inhalte können gebündelt oder abschnittsweise vermittelt werden. Jede Sequenz umfaßt einen Zeitrahmen von ca. 45 Minuten inkl. Feedback, zusammengenommen ergibt sich ein Umfang von ca. 8 bis 10 Zeitstunden. Die Methoden der Vermittlung variieren, Frontalunterweisung soll weitestgehend vermieden werden, vorhandenes Wissen einzelner Teilnehmer gezielt herausgefordert werden. Zu den Inhalten im einzelnen:

- ‚Stellt Euch vor ...': Stresssimulation: Konsumpraxis unter Tabu-Bedingungen
- Praxis und Risiken div. Applikationstechniken
- drugsharing
- worksharing
- Übersicht zu injektionsbedingten Schäden und Folgeerkrankungen
- Notfalldesinfektionspraktiken und ihre Erfolgsbewertungen

**„Stellt Euch vor...“**

Ihr seid im Knast. Euch steht frische Shore bester Qualität – schneeweiß – zur Verfügung, für 4 Leute etwa 1 Gramm. Drei von Euch am schon lange Zeit nicht mehr Heroin konsumiert, einer ist affig. Ihm gehört die Shore. Die Zeit ist knapp, bald ist Umschluß. Ihr seid wild entschlossen, zu konsumieren. Möglichst gesund natürlich. Zur Verfügung habt ihr nicht viel:

- 1 neue Spritze
- 1 gebrauchte Spritze
- 3 gebrauchte Nadeln
- 1 kleine Flasche Wasser
- 1 Feuerzeug
- 1 schon etwas angegammelte Zitrone

Und nun versucht, möglichst schnell alle zu konsumieren. Die Zeit – wie gesagt – ist knapp.Versucht möglichst realitätsnahe, aber auch sinnvolle Lösungen unter diesen Bedingungen zu entwickeln. Probiert sie auch möglichst praktisch durch. Also tut so, als bereitet Ihr mit den vorhandenen Materialien tatsächlich einen Druck vor.

Einer aus Eurer Gruppe führt über die durchdachten und die tatsächlich beschlossenen Lösungswege ein Protokoll als Erinnerungshilfe für die spätere Diskussion im Plenum. Also: auch verworfene Lösungen dürfen ruhig festgehalten werden.

An den Ergebnissen dieser ersten Gruppenarbeit arbeiten wir uns im Laufe des Seminars ab. Die Resultate sind sehr unterschiedlicher Qualität, teils sehr kreativ, teils sehr lebensfremd. Schon hier fließt Expertenwissen ein und die möglichst kleine, intime Gruppe bietet gute Möglichkeiten, mangelndes eigenes Know How zu bekennen.

**Praxis und Risiken diverser Applikationstechniken**

Unter diesen Stichworten erfragen wir in der Runde Kenntnisse über Alternativen zum intravenösen Drogenkonsum. Dabei lassen wir möglichst praktisch die einzelnen Techniken darstellen – je plastischer, desto besser. Die Beschäftigten sollen so sinnlicher erfassen, daß diese Alternativen das Infektionsrisiko gegenüber dem i.v.-Konsum deutlich reduzieren und insofern zwar verbotenes, aber zugleich erwünschtes Verhalten darstellen. Dargestellt

werden ‚Chinesen', Rauchen, Sneefen von Heroin mit Kommentierung der jweiligen Vorteile, Risiken, Wirkungsweisen.

**drugsharing**

Dieser Aspekt, eines der sog. versteckten Risiken des Drogenkonsums unter Infektionsgesichtspunkten, wird besonders ausführlich erläutert. Hierzu konnten in den Seminaren besonders große Wissenslücken festgestellt werden, die eigentlich einfach zu schließen sind. Gesucht werden Möglichkeiten, ein gemeinsam gekauftes Pack Heroin gerecht aufzuteilen, da der Stoff teuer genug war. Aus der Praxis wissen wir, daß etwa das gerechte Aufteilen von Heroin über Spritzen eine in Konsumentenkreisen gängige Praxis ist: etwa 30 bis 40 Prozent des Konsums in Gemeinschaft werden so dadurch eingeleitet, daß Spritzen als Teilungsinstrumente dienen: zwei der Praktiken bezeichnen wir als frontloading oder backloading. (Praxisdemonstration: Spritze hier einsetzen). In dem o.g. Rollenspiel wird der Streß, die Hektik, teilweise auch die Aggressivität, die dabei aus Angst vor Benachteiligung bei dem kommenden Schuß entsteht, schon recht plastisch.

**worksharing**

Unter diesem Begriff bearbeiten wir die ebenfalls eher versteckten Risiken, die sich aus den unhygienischen, oft mit Pilzen, Bakterien und Viren, mit Schmutzpartikeln behafteten anderen Werkzeugen zum i.v. Konsum ergeben. Das sind z.B. Löffel zum Aufkochen, das oft verunreinigte oder wiederholt oder gar gemeinschaftlich benutzte Wasser im Rahmen der Reinigung gebrauchter Spritzen oder bei der Aufbereitung des Heroins. Das ist insbesondere der häufig kritische Umgang mit den provisorischen Filtern. Gerade hier entsteht aus dem ökonomischen Druck – teuer erkauftes Heroin möglichst preiswert und vollkommen zu verbrauchen – der Versuch, Filter mehrfach zu verwenden und manchmal auch der vergebliche Versuch, Filter durch kurzes Aufkochen auf dem Löffel (für Sekunden, also keine echte Desinfektion etwa gegen div. Hepatitiden) einer ‚Notfalldesinfektion' zu unterziehen. In den Seminaren haben wir die abenteuerlichsten Versuche – sowohl bei Beschäftigten, mehr noch bei Drogengebrauchern selbst – erlebt, dem Dilemma zwischen Sparsamkeit einerseits und Infektionsrisiko andererseits so zu entkommen. In diesem Zusammenhang gab es in der Tat bisher wohl kein patentes Rezept, das guten Gewissens im Rahmen der safer use-Beratung empfohlen werden konnte. Ein neu auf den Markt gebrachter

Filter ist so konstruiert, daß er durchlässig genug für die gängigen Heroinqualitäten zu 100 Prozent ist, Bakterien und grobe Schmutzpartikel relativ effizient filtert, andererseits durch seine technischen Eigenschaften nicht mehr aufgekocht werden kann und muß, weil in ihm zwar Bakterien und Schmutzrückstände enthalten sind, aber im Gegensatz zu den bisher gebräuchlichen Filtern keine Heroinrückstände mehr. Hält das neue Produkt, was es verspricht, dann stellt es eine fast obligatorische Ergänzung zu den vorhandenen Spritzentauschsets gerade in Haftanstalten dar – mit geringen Mehrkosten, hoher Effizienz unter infektionsprophylaktischen Erwägungen für alle Beteiligten. Müller/Grob (1991) haben mit ihrer Arbeit zu medizinischen und sozialen Aspekten der offenen Drogenszene am Platzspitz in Zürich beeindruckend die Infektionsketten und speziell die besondere Verantwortung des Umgangs mit infektiös belasteteten Filtern und Löffeln für die hohe Hepatitis-Durchseuchungsrate bei i.v.-Drogenkonsumenten beschrieben. Andere Folgekomplikationen des unkritischen Gebrauchs ungeeigneter Filter wie etwa die Endokarditis als Folge bakterieller Einschwemmungen oder der Einlagerung grober Schmutzpartikel oder eher andere Erkrankungen wie Pilzinfektionen im Auge (candida endolphtamitis) kommen bei dieser Sequenz zur Sprache.

**Übersicht über Injektionstechniken und Übersicht zu injektionsbedingten Schäden und Folgeerkrankungen**

In dieser Seminarsequenz wird in kompakter Form ein Überblick über die injektionsbedingten Schädigungen und Folgeerkrankungen gegeben. Das bezieht sich u.a. auf Gewebeschädigungen wie Abszesse, Phlegmone, Erysipel, Nekrose, Gangrän, Gefäßkomplikationen wie Thrombose und Embolie, Organschäden bei Leber, Herz, Entzündungen wie die Osteomyelitis, Schädigungen der Nervenbahnen sowie die im Rahmen von Intoxikationen häufiger auftretenden Drucklähmungen etc. Der Überblick ist angesichts der Zeit nur kursorisch, soll aber helfen, den Blick etwas zu schärfen und zu sensibilisieren.
Das Thema wird in Kleingruppen von drei bis vier TeilnehmerInnen erarbeitet unter Zuhilfenahme einer überschaubaren Skizze (Körperabbildung mit der Aufforderung, praktizierte Injektionsstellen aus eigener Erfahrung bei den KonsumentInnen oder Beobachtung bei den Bediensteten einzutragen) und nach gesundheitlichen Risiken zu bewerten: wie gefährlich/harmlos ist die Injektion in welcher Körperregionen, in welchem Gefäß, welchem Gewebe. Es geht über in das Thema äInjektionstechnikenä.

Anhand der Bögen werden anschließend in größeren Gruppen die Ergebnisse ausgetauscht und kritisch bewertet.

**Notfalldesinfektionspraktiken und ihre Erfolgsbewertung**

- Notfalldesinfektionspraktiken und ihre Erfolgsbewertungen

Gerade in Haftanstalten ohne Spritzentauschangebot, aber auch bei Institutionen mit vorhandenem Angebot kommt es gerade bei spontanen Konsumentschlüssen, insbesondere in Gemeinschaft dennoch zu Mangelsituationen bei den Utensilien. Mal fehlen sterile Spritzen, die auf die schnelle über die diversen Hürden (nachts nach Umschluß, an Wochenenden, in besonders aggressiv besetzten Situationen, mangels Geld zum Kaufen, bei Personalwechsel mit mangelhafter Vertrauensbildung und Angst vor Sanktionen etc.) nicht übersprungen werden können, mal sind die im set enthaltenen Nadeln nicht mehr brauchbar (verstopft, stumpf etc.). Gerade in diesen Situationen greifen auch DrogenkonsumentInnen mit entwickelterem Risikobewußtsein zu mehr oder weniger geeigneten Methoden, um die gebrauchten und oft infektiös belasteten Utensilien (insbesondere Spritzen und Nadeln) notfallmäßig zu desinfizieren. In den allermeisten Fällen – das haben eigene Befragungen ergeben – wird darunter das Aufkochen verstanden: gemeint ist das mehrfache Aufziehen von in einem Löffel aufgekochtem Wasser und wieder Herausdrücken – eine Methode, die allenfalls zur Reinigung, aber keineswegs zur Desinfektion, zur sicheren Vernichtung etwa von Viren geeignet ist. Wir erfragen bei KonsumentInnen die gängigen Praktiken, bei Beschäftigten ist dies aus mangelnder Kenntnis häufig eher ein Ratespiel. Erläutert werden die gängigsten Methoden, etwa die thermische Desinfektion, die Desinfektion der Materialien mit bleach, mit alkoholischen oder mit Jod-Lösungen. Selbst unter Haftbedingungen finden sich durchaus praktikable Lösungen, die eine gewisse Sicherheit verschaffen. Ein häufiger Irrtum im Zusammenhang der Anwendung dieser Praktiken besteht übrigens darin, die Spritzen und Nadeln würden bei diesen Verfahren so leiden, daß sie nicht mehr nutzbar sein: Bis auf einige wenige Insulinspritzen, deren Kolben sich unter Hitze extrem verformen, ist das bei den gängigen Produkten jedoch nicht der Fall.

- Erste Hilfe bei unbeabsichtigten Stichverletzungen mit Infektionsbelastung

Das Thema ist insbesondere für Beschäftigte im Zusammenhang ihrer eigenen Sicherheits- und Schutzbedürfnisse von besonderer Bedeutung. Bei Lei-

besvisitationen, bei Durchsuchungen von Zellen und Kleidung, bei Ersthilfe in Drogennotfällen kommt es häufiger als gemeinhin bekannt zu entsprechenden Stichverletzungen mit erheblichem Risiko, sich auf diese Weise vermutlich im seltensten Fall HIV/AIDS, sehr viel häufiger wohl eine Hepatitis zuziehen zu können. Noch sehr viel tabuisierter ist die weithin verschwiegene Unfallträchtigkeit zwischen den Gefangenen: aus Seminarberichten hören wir von zahlreichen nicht gemeldeten, unbeabsichtigten und auch unbehandelten Stichverletztungen auch bei nicht drogenkonsumierenden Mitgefangenen durch schlecht entsorgte Spritzen. Aus Angst vor weiteren Sanktionen unterbleiben entsprechende Meldungen und die möglichen Erstbehandlungen (Postexpositionsprophylaxe durch Simultanimpfung). Aus den Unfallberichten während der Seminare in Haftanstalten, aber selbst bei medizinisch vorgebildetem Personal im Sanitätsbereich, in Kliniken mit Drogenhilfeangeboten haben wir feststellen können, wie unangemessen die Reaktionen sind. Sie reichen vom apathischen Nichtsttun, Verschweigen, Erstarren einhergehend mit überflutenden Ängsten über aggressiv geprägte Impulshandlungen gegenüber den Inhaftierten bis hin zu schlecht gemachten Versuchen, die Wunden zu desinfizieren, auf eigene Faust, unprofessionell. Auch bei der anschließenden ärztlichen Behandlung kommt es nur selten zu der je nach Einzelfall indizierten simultanen Impfprophylaxe und/oder Gabe von kombinierten Präparaten im Rahmen der AIDS-Prophylaxe, um die Einlagerung des HI-Virus möglichst zu vermeiden. Nicht selten lässt sich auch feststellen, daß die notwendigen Medikamente nicht in der gebotenen Kürze verfügbar sind (keine Lagerhaltung, kein Zugriff). Das sind eklatante Sicherheitsmängel im betrieblichen Ablauf kombiniert mit Angst-/Panikreaktionen, die offen bearbeitet werden müssen, wenn eine verantwortliche Mitarbeit der Beschäftigten in der Infektionsprophylaxe erwartet wird. In diesem Zusammenhang sei der Querverweis auf die insgesamt schlechte Impflage unter den Hochrisikogruppen, zu denen nach offizieller deutscher Auffassung, dokumentiert in den Empfehlungen der Ständigen Impfkomission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) das Haftpersonal genauso wie die Inhaftierten zählt, erlaubt. Die von der WHO bereits seit langem vorgeschlagene Aufnahme der HB-Impfung in den Impfkalender (das impliziert die durchgängige Empfehlung zur Hepatitis-B-Impfung bereits aller Kleinkinder und Jugendlichen auf freiwilliger Grundlage) statt der bisher praktizierten selektiven Impfempfehlung wird in Deutschland erst seit Oktober 1996 begonnen (RKI 1996). 70 Prozent der akut Hepatitis-B-Infizierten (z.Zt. ca. 50.000 jährlich nach vorsichtigen Schätzungen) wurden durch die bisherigen geziel-

ten Impfungen nicht erreicht! Die Situation unter dem Haftpersonal und insbesondere auch den Inhaftierten darf wohl ähnlich kritisch beurteilt werden.
Im Rahmen des Seminars werden diese Ausnahmesituationen nachgespielt: Was wäre, wenn ich mich mit gebrauchter Nadel bei Haftraumdurchsuchung unerwartet plötzlich steche. Die TeilnehmerInnen bekommen in Kleingruppen nach entsprechender Einstimmung 2 Minuten Zeit, um sich auf ein angemessenes Hilfsprotokoll zu verständigen, entweder jede/r für sich oder als Gruppenergebnis.

- Entsorgungspraktiken und ihre Risiken

Das Thema steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem vorhergehenden Thema und wendet sich insbesondere an die Verantwortung von Drogengebrauchern selbst: Wie werden Spritzen und Nadeln beseitigt? Hier werden bisher geübte Praktiken zusammengetragen und unter dem Aspekt bewertet: Ist das gegenüber der Umwelt (Mitgefangenen, Beschäftigten im Vollzugsdienst) eine vertretbare Entsorgung gebrauchter Spritzen, Nadeln und auch der anderen Utensilien (Tupfer und Filter mit ihrem direkten Blutkontakt insbesondere)? Gibt es andere, sicherere Alternativen? Die Sequenz soll die entsprechenden Sensibilitäten (übrigens auch in Partnerschaften mit beidseitigem Drogenkonsum, aber unterschiedlichen Infektionsbelastungen!) fördern helfen: Belastet mein eigener Konsum meine Umgebung? Für das Personal soll der Hinweis auf entsprechende Risiken die Aufmerksamkeit für einschlägige Risikoquellen erhöhen helfen. Für die Institution, die Haftanstalt bleibt die Überlegung: verfügen wir über angemessene Entsorgungsmöglichkeiten. Dies gilt meines Erachtens selbst dann, wenn man sich (noch) nicht zur Durchführung eines Spritzentauschangebotes entschließen konnte.

- Strukureller Kontext: Verhaltensprävention und Verhältnisprävention

In den Seminaren mit Beschäftigten soll die Aufmerksamkeit gerichtet werden auf die kombinierte Vorgehensweise: Einstellungs- und Verhaltensänderungen, wie sie durch diese Seminare mitbewirkt werden sollen, benötigen ihre Entsprechung in den jeweilig praktisch ausgerichteten Angeboten zur Beschaffung von Spritzen und Nadeln und geeigneten Filtern, zur Ausstattung für die Ersthilfe im Drogennotfall, für die sichere Entsorgung gebrauchter Spritzutensilien. Diese Sequenz richtet sich im übrigen in besonderer Weise (Führungstraining) an das Führungspersonal der jeweiligen Einrichtung. Wenn das mittlere und leitende Management selbst nicht das Ziel einer umfassenden Strategie der Schadensbegrenzung im o.g. Sinne akzeptiert und in das Leitbild der Haftanstalt integriert, ist eine zeitstabile Implementierung

in der JVA bei allen Beteiligten nicht möglich. Verhaltensbezogene Strategien gehören dazu genauso wie die strukturellen Neuerungen in den Verhältnissen.

**Perspektiven**

Die Seminare wurden im Rahmen des niedersächsischen Strafvollzuges in Vechta und Lingen in Form von 1-Tages-Seminaren für Beschäftigte und in Form von zweitägigen Seminaren für Gruppen von Häftlingen durchgeführt. Die erwünschten Einstellungsänderungen sollen durch das dort vorgehaltene Forschungsdesign gemessen und ausgewertet werden.

Eines unserer Vorhaben besteht darin, das Konzept, das bis vor kurzer Zeit ausschließlich außerhalb der Haftanstalten an DrogengebraucherInnen vermittelt wurde, nunmehr auch innerhalb der Haft bei Drogenkonsumenten unter den besonderen Bedingungen der Haft weiterzuentwickeln. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von peer support/peer education überlegen wir gegenwärtig diverse Alternativen. Darunter fällt die Schulung von externen Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, die Zugang zu Häftlingen in Form von Besuchen/Sprechstunden haben, genauso wie die intensivere Unterweisung von Schlüsselpersonen(opinion leader) unter den Häftlingen. Im Sinne eines Schneeball-Effektes sollen so mit möglichst geringem Aufwand möglichst viele Häftlinge auf der Ebene der personalen Kommunikation erreicht werden. Vom Einsatz und der Unterstützung von Schlüsselpersonen erhoffen wir uns eine ungleich höhere Akzeptanz infektionsprophylaktischer Maßnahmen als durch den professionellen Einsatz allein.

### 5.2.3 Aufklärung und Beratung

Grundlage der internen Suchtarbeit muß die Bereitschaft sein zu akzeptieren, daß Drogengebrauch ein Bewältigungsversuch erlebter Widersprüche in der eigenen Biographie, als Resultat der Auseinandersetzung mit der äußeren Welt, sein kann. Ernstgenommen und mit Respekt behandelt zu werden – trotz oder wegen der Sucht – stellt für viele DrogengebraucherInnen eine nicht selbstverständliche Erfahrung dar (vgl. Pretz 1994).
In den meisten Anstalten existieren eigene Suchtberatungsdienste, z.T. sind Sozialdienste allgemein mit der Suchtproblematik befaßt. Die Einbindung externer Suchtberatung – als Ergänzung – entspricht der Notwendigkeit einer Orientierung nach außen und hat den Vorteil größerer Akzeptanz und Ver-

trauenswürdigkeit bei vielen Gefangenen. Zudem geht oftmals eine verbesserte Kenntnis über Inhalte und Anforderungen verschiedenster Angebote mit einer größeren ‘Alltagsnähe’ einher. Suchtberatung im Vollzug beinhaltet zunächst die Orientierung über Hilfsangebote sowohl innerhalb als auch außerhalb des Vollzuges. Es soll Motivationsarbeit zur Bewältigung problematischen Drogengebrauchs geleistet werden.
Aber auch Veränderungsbereitschaften in Hinblick auf Substitutionsplatzsuche, Möglichkeiten einer drogenfreien Langzeittherapie, Therapieplatzsuche und -vermittlung, Regelung gesundheitlicher Belange der Gefangenen und Verlegungen in den offenen Vollzug oder andere binnendifferenzierende Maßnahmen werden ebenso unterstützt, wie Vollzugslockerungen, sofern diese Möglichkeit für Drogenabhängige überhaupt in den Anstalten besteht. Kontinuierliche Beratungsgespräche werden angeboten. Praktische Angebote bestehen in Hilfen wie Schule, Ausbildung und Freizeitangebote. Schließlich sollten Selbsthilfekräfte aktiviert und neue Arbeitsformen entwickelt werden wie Gruppenarbeit und ‘streetwork’.

Beratungskonzepte externer und interner Suchtberatung sollten eigenständige Angebote entwickeln, die speziell auf die Bedingungen der Inhaftierung, und die dort vorhandene Motivation der Gefangenen ausgerichtet sind. Vor allem sollten differenzierte Konzepte für Alkohol- oder Drogenabhängige geschaffen werden – zwei Gruppen, die sich auch im Vollzug oftmals gegeneinander abzugrenzen versuchen und ganz unterschiedliche Stellungen und Verhaltensweisen einnehmen.

Die Informationen und Aufklärungsinhalte, die in der Aufnahmephase weitergegeben werden, sind oftmals lebensweltfremd und durch Maximalforderungen gekennzeichnet – so wird ein wirkungsvolle Annahme von Hilfebotschaften blockiert: Beispielsweise alle riskanten Verhaltensweisen zu unterlassen[25], statt Unterstützung für einen möglichst risikoarmen Verhaltensmöglichkeiten anzubieten.

Die Aufklärungsmaterialien in den einzelnen deutschen Bundesländern und Haftanstalten müßten auf mehrere Fragestellungen hin untersucht werden:

---

25 In einem 4-seitigen Informationsblatt, das die Berliner Justizbehörden verteilten, hieß es beispielhaft: „Lassen Sie das Fixen, steigen Sie aus! Unterlassen Sie das Tätowieren und Ohrläppchendurchstechen! Unterlassen Sie Analverkehr!“

- Welche Infektionskrankheiten werden angesprochen?
- Wie werden zielgruppenspezifische Besonderheiten aufgenommen?
- Wie werden – in abgestufter Form – adäquate und mögliche Verhaltensänderungen für den Lebensraum Justizvollzug beschrieben?
- Sind Zielgruppen mit in die Erstellung und Konzeptionierung dieser Materialien einbezogen worden?
- Sind externe Materialien (Deutsche AIDS-Hilfe, Gesundheitsämter, Träger der freien Wohlfahrtspflege) frei zugänglich?
- Sind diese Broschüren in mehreren Sprachen und für Migranten zugänglich?
- In welcher Form liegen die Materialien vor: Zugänglichkeit, Lay-Out, Sprache, Lebensweltnähe, Informationshaltigkeit, Moralbefrachtung, Teilschrittlösungen

Eine erhebliche Anzahl deutschsprachiger Broschüren wendet sich an Gefangene mit dem Ziel, Absichts- und Verhaltensänderungen in Richtung Drogenfreiheit zu initiieren bzw. zu unterstützen. Dies muß ähnlich der Situation außerhalb des Vollzuges ergänzt werden um das lebensweltnahe und realistische Ziel, Teilschritte, gangbare Wege unterhalb von Maximalforderungen zu gehen. Diese mit dem Begriff ‘Schadensminimierung’ bezeichneten Arbeitsansätze zielen auf eine Reduktion der Drogenrisiken selbst, bestimmte Applikationsformen, setting-bezogene Risiken und vermitteln Verhaltensmaßregeln für die meisten illegalen und auch die verbreitetsten legalen Drogen. Die Botschaften zielen auf eine Problemwahrnehmung und Risikosensibilisierung und geben Empfehlungen zur Vermeidung unerwünschter Wirkungen der Droge bzw. ungewollter Reaktionen des sozialen Nahraums und der Gesellschaft.

Trotz der weiten Verbreitung dieser Broschüren liegen kaum Erkenntnisse über die Qualität der in den Broschüren vermittelten Botschaften und eine wissenschaftliche Evaluation deren Akzeptanz und Bedeutung für Haltungs- oder Verhaltensänderungen beim Zielpublikum vor. Selbst eine Inventarisierung des vorhandenen Materials hat noch nicht stattgefunden.

Die Frage der Qualität der vermittelten Botschaften und die Akzentuierung bestimmter Problemfelder ist allerdings von großer Bedeutung für die gesamte sekundäre Suchtprävention. Am Beispiel der Infektionsprophylaxe für intravenös konsumierende Drogenabhängige läßt sich zeigen, daß die Infektionskrankheit Hepatitis B und C in entsprechenden Broschüren jahre-

lang thematisch vernachlässigt worden ist. Eine Reduktion der Problemsicht auf HIV/AIDS hat zur Folge gehabt, daß erst relativ spät der steigenden Verbreitung der Hepatitiden die nötige Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

Eine qualitative Analyse vorhandener Broschüren hätte auf drei Ebenen zu erfolgen:

- Überprüfung der fachlichen Qualität der vermittelten Botschaften insbesondere anhand der Felder (Notfall-)Medizin, Pharmakologie und Recht.
- Bewertungen der Angemessenheit und des Wertes für Absichts- und Verhaltensänderungsbereitschaften zur Schadensminimierung. Dazu bietet sich das von Prochaska und DiClemente (1984) entwickelte Stadienmodell der Änderungsbereitschaften an. Dies könnte als Grundlage für die Entwicklung von Kriterien zur Frage der Überprüfung des selbstgesetzten Ziels von ‚safer-use' dienen (vgl. auch Schumann/ Hapke/John 1999).

Immer größere Probleme bereitet der wachsende AusländerInnenanteil unter den Gefangenen mit Drogenerfahrungen: Eine sinnvolle Drogenhilfe und Infektionsprophylaxe muß sprachliche und kulturelle Besonderheiten beachten und für die Präventionsarbeit nutzen und MitarbeiterInnen aus den Kulturen einbeziehen, aus denen ausländische Gefangenen überwiegend kommen.
Eine glaubwürdige Präventionsarbeit im engeren Sinne kann nicht ausschließlich auf Vermeidung eines Konsums von (illegalen) Drogen als Erwartungshaltung gegenüber den Gefangenen fokussieren und dies gar mit auf Abschreckung zielenden Schreckensszenarien untermauern. Sowohl Gefangene mit, als auch ohne Drogenvorerfahrungen lassen sich mit diesen drogenpräventiven Strategien kaum erreichen. Gefragt sind im Vollzug wie außerhalb eher suchtpräventive Anstrengungen, die auf realistischen und wirklichkeitsnahen Szenarien beruhen, nämlich darauf, welche Dynamik die Haft in Bezug auf einen fortgesetzten/süchtigen Drogengebrauch entfalten und welche Folgeprobleme im Mikrokosmos Strafvollzug zu erwarten sind: Schulden, Erpressung, brutale Methoden der Geldeintreibung, Mord, Haftverlängerungen durch Drogengebrauch, Abhängigkeiten von Dealern, gesundheitliche Gefahren. Es geht also darum, Wissen zu vermitteln und den/ die Einzelne zu befähigen, Risikosituationen und „risikofördernde Lebensbedingungen" (wie z.B. Haft) zu erkennen und in ihnen überlegt(er) zu handeln.

#### 5.2.3.1 Lebensweltorientierte Beratung

Die Informationen und Aufklärungsinhalte, die in der Aufnahmephase weitergegeben werden, sind oftmals lebensweltfremd. Unter Beteiligung externer Fachkräfte, aber auch unter möglicher Beteiligung von Gefangenen selbst sollten solche Broschüren erstellt werden, die auf einer realistischen Grundlage eine nüchterne Einschätzung der Gefährdungen durch den Konsum von Schwarzmarktdrogen (Schulden, Erpressungen, Gewalt, Abhängigkeiten, Prostitution, Schmuggel etc.) und ungeschützte Sexualkontakte bieten.

Ein wesentlicher Vorteil externer Drogenberatung ist die Möglichkeit der Weiteranbindung nach Haftentlassung: dadurch werden längerfristige Betreuungskontakte möglich mit AnsprechpartnerInnen, die Kontinuität gewährleisten[26].

#### 5.2.3.2 Psychosoziale Hilfen für drogenabhängige MigrantInnen

Nicht nur der Ausländeranteil an der Gesamtpopulation der Strafgefangenen[27], sondern auch der Anteil der drogenabhängigen AusländerInnen ist in den letzten 10 Jahren erheblich gestiegen. Genaue Prävalenzdaten zum Anteil Drogenabhängiger an den ausländischen Gefangenen liegen dazu nicht vor. Einige ExpertInnen gehen jedoch davon aus, daß ca. die Hälfte drogenabhängig bzw. -gefährdet ist. Hierbei handelt es sich im wesentlichen um Jugendliche, Heranwachsende und junge Erwachsene der zweiten und dritten Ausländergeneration, die entweder aus dem Heimatland nachgezogen sind oder in der Mehrzahl bereits in Deutschland geboren und sozialisiert sind oder Aussiedler aus den Staaten der ehemaligen UdSSR.

Der Prozeß der Migration, der nicht mit dem bloßen Wohnortwechsel abgeschlossen ist, sondern langwierige Adaptationsprozesse nach sich zieht und auch die Verarbeitung von Verlust bedeutet, kann mit verschiedenen Bela-

---

26 Ein Beispiel für eine lebensweltnahes Trainingsprogramm ist das von Blekman/van Emst (1997) entwickelte und in mehreren niederländischen Gefängnissen durchgeführte Programm „Alles unter Kontrolle“, das auf Motivierungs- und Selbstkontrolltechniken setzt. In 12 Sitzungen werden auf freiwilliger Basis gesundheitsriskante Verhaltensweisen identifiziert und realitätsnahe Ziele und Umsetzungsschritte für eine individuelle Risikominimierung und höhere Kontrollfähigkeit entwickelt. Dabei geht es um eine Probleminventarisierung und daraus abgeleitet schrittweise und erreichbare, selbstentwickelte Teilziele im Umgang mit Drogen (Alkohol und illegale Drogen)

27 In einigen Anstalten liegt der Anteil bei ca. 35% (vgl. Schlebusch 1999, S. 15)

stungen verbunden sein. Zum einen ist der Wechsel des Lebensstandortes und die Veränderung der Lebensperspektive selbst ein einschneidendes Erlebnis, das als Belastung empfunden werden kann. Zum anderen bedeutet die Zeit nach der Umsiedlung für die Betroffenen eine kritische Lebensphase, da bezüglich sämtlicher fundamentaler Lebensbereiche (z.B. hinsichtlich der Arbeit, Unterkunft, sozialer Umgangsformen) Umstellungs- und Anpassungsprozesse stattfinden müssen. Dies erfordert massive Neuorientierungen im Denken, Erleben und Sozialverhalten. Selbst wenn keine großen kulturellen Unterschiede zwischen Herkunfts- und Einwanderungsland bestehen, kann dieser Umstellungsprozeß schwerfallen und mit psychischen und physischen Belastungsreaktionen verbunden sein. In jeder Phase besteht die Gefahr, daß die jeweiligen Herausforderungen nicht bewältigt werden und körperliche oder psychische Beeinträchtigungen, zu denen auch das Suchtverhalten zu zählen ist, zur Folge haben. Hier kommt es zu einer Akkumulation von psychosozialen Risikofaktoren:

- Sprachprobleme
- migrationsbedingte Familien- bzw. Elternhauskonflikte,
- Widersprüche zwischen Elternhaus, der Schule und der übrigen Gesellschaft,
- Marginalisierung
- sozioökonomische Mangelsituation
- Wegfall protektiver familiärer und kulturspezifischer Faktoren.

Der Drogenkonsum von MigrantInnen ist als eine Form der Bewältigung dieser psychosozialen, besonderen Belastungen zu verstehen. Die KonsumentInnen kommen über kurz oder lang mit dem Strafrecht in Berührung und erfahren eine weitere Stigmatisierung durch die Inhaftierung.

Ebenso wie außerhalb des Gefängnisses ist von einer Unterinanspruchnahme der Angebote des Suchtkrankenhilfesystems durch Migranten auszugehen. Als Gründe dafür sind folgende Aspekte zu benennen, die auch im Hilfesystem des Strafvollzuges wiederzufinden sind:

- Kultur- und sprachbedingte Zugangsbarrieren
- Unkenntnis der Beratungs- und Hilfsangebote
- Angst vor rechtlichen Konsequenzen (§ 45 und 46 Ausländergesetz)
- Mangelnde Anspruchsberechtigung auf Leistungen der ambulanten und stationären Angebote aufgrund ungesicherten Aufenthaltsstatusses

- Mangel an muttersprachlichen Beratern/Helfern/Therapeuten in den Einrichtungen
- durch Kommunikationsprobleme erschwerte Beratung und Therapie
- Mangelnde Bereitschaft bestehender Institutionen, sich konzeptionell für MigrantInnen zu öffnen
- Mangelnde Sensibilität und Empathie deutscher Fachkräfte.

Dieser Problemhintergrund muß auch im Gefängnis dazu führen, daß die Suchtberatung und weitere Unterstützungsnetze versuchen, ihre Angebote und Hilfestruktur auf die besonderen Bedarfe einzustellen. Das Gegenteil ist oft der Fall: „Angesichts dieser deprimierenden Situation und der ohnehin bestehenden Arbeitsüberlastung ist häufig eine resignative Haltung der Suchtberatung ('da kann man nichts machen') festzustellen und die notwendige Auseinandersetzung mit der Situation ausländischer Abhängiger wird unterlassen. Hierdurch wird der gesellschaftliche, abhängigkeitsfördernde Ausgrenzungsprozeß fortgeschrieben" (Schlebusch 1999, S. 19). Schlebusch weist darauf hin, daß aufgrund der ausländer- und sozialrechtlichen Situation (Aufenthaltsstatus, Ausweisung) bereits in der U-Haft Maßnahmen zur Therapievorbereitung erfolgen sollten, um bereits zur Hauptverhandlung konkrete Hilfeangebote vorzulegen, die die Urteilsfindung positiv beeinflussen könnten: „Die Aufgabe der anstaltsinternen Suchtberatung liegt hier besonders im Bereich des case-managements, der Koordination zwischen Klienten, ggf. externer Suchtberatungsstellen, Kostenträgern, Therapieeinrichtungen, Rechtsanwälten, Gerichten und Staatsanwaltschaften" (Schlebusch 1999, S. 19).

Zur Anpassung an die besonderen Bedarfe drogenabhängiger ausländischer Gefangener können die Veränderungen der Suchtberatung in Freiheit als Grundlage herangezogen werden. Eine zentrale Bedeutung in diesem Kontext hat die Notwendigkeit muttersprachliches Personal, ggf. auf Zeitbasis, einzustellen, um über die gemeinsame Sprache und ähnlichem Kulturhintergrund eine zielgruppenspezifische, lebensweltorientierte Ansprache zu ermöglichen. Falls dies nicht möglich ist, sollten die MitarbeiterInnen sich Kenntnisse über Kultur, Sozialisationsbedingungen und besondere psychosoziale Belastungsbedingungen ebenso aneignen, wie ein fundiertes Wissen des Ausländer- und Sozialrechts.

Weiterhin sind folgende Faktoren für die Suchtberatung von Bedeutung, die hier nur skizziert werden können:

- Klärung der Rolle des Beraters im Vollzug
- Aufklärung über das Suchtkrankenhilfesystem
- Informationen über migrationsspezifische Therapieeinrichtungen
- Einbezug der Familie, wenn gewünscht
- Einbezug externer Migrantenhilfeorganisationen.

In primärpräventiver Hinsicht muß der Suchtberatungsdienst aber auch daraufhin untersucht werden, ob und wenn ja, inwieweit der Zusammenhang von Drogenkonsum, Sucht und Migration Eingang gefunden hat in primärpräventive Strategien. Folgende Fragestellungen sind dabei relevant:

- Existieren für MigrantInnen bzw. einzelne Migrantengruppen kulturell sensitive Print-, Filmmedien unter Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes, oder werden nur deutschsprachige Materialien (in der Regel für Deutsche konzipiert) vorgehalten?
- Welche suchtbedingten gesundheitlichen und sozialen Folgeprobleme des Drogenkonsums werden angesprochen (HIV/AIDS, Hepatitiden, Drogennotfälle, Verschuldung, Abhängigkeiten von anderen Mitgefangenen, Gewalt)?

### 5.2.4 Behandlungsmöglichkeiten drogenabhängiger Gefangener

#### 5.2.4.1 Entzug

Der Entzug von Opiaten oder der Teilentzug bei Mehrfachabängigkeit werden in vielen klinischen settings in Deutschland mehr und mehr auf der Basis medikamentengestützter Behandlungen vorgenommen. Der – von den Patienten oftmals als abschreckend empfundene – ‘kalte Entzug’ als grundsätzliche Abwendung des Patienten von seinem Opiatkonsum und dem damit verbundenen Lebensstil ist einer pragmatischen Behandlung Entzugswilliger gewichen, die mit Hilfe von Medikamenten eine intensive Beschäftigung mit den psychosozialen Hintergründen der Sucht erlaubt. In mehreren Kliniken sind z.T. niedrigschwellige Entzugsmodelle entwickelt worden, die sich an den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Ressourcen der Patienten zur Überwindung oder zumindest angemessenen Bewältigung der Suchtproblematik orientieren. Dabei wurden unterstützende Hilfen, wie Ohrakupunktur, Erlebnispädagogik etc. mitgenutzt. Auch die institutionelle Verankerung der Entzugsphase im stationären Zusammenhang wurde aufgegeben zugunsten ambulan-

ter Entzugsangebote mit und ohne medikamentöse Unterstützung (vgl. auch Behrendt/Degkwitz/Trüg 1995).

Entgegen diesen entwickelten therapeutischen Standards wird der Entzug bei Inhaftierung oft entweder bewußt als „kalter Entzug“ inszeniert, d.h. der Gefangene wird entweder in dieser kritischen Phase mit seinen Entzugssymptomen oft allein gelassen (nicht zuletzt als Ausdruck einer noch vorhandenen „Bestrafungsideologie“) und nicht oder nicht rechtzeitig behandelt, oder die Probleme werden überhaupt nicht erkannt. Der Gefangene hat oftmals gute Gründe, seine Opiatabhängigkeit aus Angst vor vollzuglichen Restriktionen oder Stigmatisierungen zu verheimlichen. In anderen Fällen werden Beruhigungsmittel durch den ärztlichen Dienst abgegeben, die gegen den überwiegenden Teil der Entzugssymptome nicht wirksam sind.
Ein Entzug von Methadon bei außerhalb des Vollzugs substituierten Patienten wird in Haft oftmals – entgegen fachlichen Regeln – übermäßig schnell und in großen Abdosierungsschritten eingeleitet. Nur in wenigen Haftanstalten werden fachgerechte methadongestützte Entzugsbehandlungen durchgeführt, die die erheblichen körperlichen und psychischen Entzugserscheinungen wirksam lindern können. Durch eine fachgerecht durchgeführte medikamentengestützte Entzugsbehandlung können gleichzeitig auch Begleiterkrankungen und Infektionsgefahren besser erkannt und auch behandelt werden (vgl. Kommission 1995).
Regelmäßige Fortbildungen der medizinischen Dienste im Strafvollzug können gewährleisten, daß auch dort die notwendige Anpassung an fachlich anerkannte und verbreitete Standards der Behandlung zum Entzug von Opiaten oder, bei Mehrfachabhängigen, die Entgiftung von Alkohol, Benzodiazepinen und Barbituraten erfolgt. Eventuell sind Konsiliarärzte von ‚draußen’ einzubinden, die Fachleute auf dem Gebiet der medikamentengestützten Behandlung sind.
Beratungs- und Betreuungsangebote unter Einbeziehung externer Drogenberatung sind unerläßliche flankierende Hilfsangebote für Gefangene im Entzug.

#### 5.2.4.2 Substitutionsbehandlung: Von der Drogen-Kontrolle zur Kontrolldroge?

Seit 1991 hat sich in der Bundesrepublik Deutschland die Methadonsubstitution als eine kassenärztlich anerkannte Behandlungsform der Drogenabhängigkeit etabliert, nachdem 1987 das Land Nordrhein-Westfalen ein staatli-

ches und ab 1989 die Freie und Hansestadt Hamburg ein bei niedergelassenen Ärzten angesiedeltes Erprobungsvorhaben zur medikamentengestützten Rehabilitation Drogenabhängiger gestartet hatten[28].

Der Einführung der Methadonsubstitution in Deutschland vorangegangen und teilweise noch bis heute andauernd war ein gelegentlich heftiger Streit um die Sinnhaftigkeit und Effektivität der Methadonbehandlung. Seit ihrer Einführung in Deutschland hat sie erhebliche Erfolge vorzuweisen. Mehrere Evaluationen kommunaler oder regionaler Behandlungsmodalitäten (vgl. m.w.N. Raschke 1994) dokumentieren erhebliche gesundheitliche Verbesserungen und soziale Stabilisierungen.
Heute spielen allerdings in der Fachdiskussion überwiegend pragmatische Fragen hinsichtlich der Standards der Methadonsubstitution, der Indikationsstellung, der begleitenden Psycho- oder Sozialtherapie und der Dokumentation, sowie Fragen, die sich auf die berufliche Wiedereingliederung der Substituierten und ihre Fähigkeit zur Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr beziehen, eine zentrale Rolle.

Die Substitutionsbehandlung von drogenabhängigen Gefangenen im Strafvollzug kann nicht losgelöst von den rechtlichen, finanziellen und fachlichen Rahmenbedingungen in Freiheit diskutiert werden.

Die Rechtsgrundlage für die Methadonbehandlung bietet der im Jahre 1992 geänderte § 13 Abs.1 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG). Danach ist das Verschreiben, Verabreichen und zum direkten Verbrauch Überlassen von Substitutionsmitteln (das sind derzeit die in der Anlage III des BtMG aufgeführten Betäubungsmittel L-Polamidon und Methadon) zur Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit zulässig, wenn die Behandlung medizinisch begründet ist und der beabsichtigte Behandlungszweck auf eine andere Weise nicht erfolgversprechend erreicht werden kann. Das nähere Verfahren der Verschreibung, der Verabreichung und des Überlassens des Substitutionsmittels regelt § 2a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).

Als Indikation für die Methadonsubstitution gelten betäubungsmittelrechtlich das Vorliegen einer manifesten Opiatabhängigkeit sowie die Aussichtslosigkeit einer Abstinenzbehandlung. Für die kassen- bzw. vertragsärztliche Versorgung gelten die Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs-

---

28 Wirkweise und Anwendung des Substitutionsmittels sind an anderer Stelle ausgiebig beschrieben und werden hier nicht wiederholt (vgl. Bossong/Stöver 1997).

und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen (AUB-Richtlinien i.d.F. v. 18.6.99; vgl. Gerlach/Kurz-Lund-Stöver 2000). Grundlage dieser AUB-Richtlinien ist die Prämisse, daß oberstes Ziel der Behandlung die Suchtmittelfreiheit ist (Präambel). Die Opiatabhängigkeit selbst gilt also bis heute in der vertragsärztlichen Versorgung – anders als im gesamten europäischen Ausland und in den USA – nicht als Indikation zur Methadonbehandlung, obgleich bereits mehrfach (zuletzt im Herbst 1995) die Gesundheitsminister/innen der Länder eine hierauf gerichtete Forderung an den zuständigen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gerichtet hatten. Lediglich die Behandelbarkeit von Sekundärkrankheiten bildet die Indikation zur – abrechenbaren – Substitutionsbehandlung. Soweit Ärzte die Substitution im Rahmen vertragsärztlicher Leistungen durchführen wollen, bedürfen sie vorab einer generellen Genehmigung zur Substitution durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

**Substitutionsbehandlung heute**

Obwohl ursprünglich als Schmerzmittel konzipiert (Lööf et al. 1983), wird Methadon heute fast ausschließlich zur Substitutionsbehandlung von intravenösen DrogenkonsumentInnen eingesetzt. Durch Methadon ist die Umstellung von meist intravenös konsumiertem Heroin auf ein oral zu applizierendes Medikament möglich geworden. Durch seine agonistische Wirkung am Opiatrezeptor im Zentralnervensystem dämpft Methadon sämtliche Entzugserscheinungen, euphorisiert milde ohne das für intravenös appliziertes Heroin typische rauschhaft-ekstatische Anfluten (im Jargon: „Kick“, „Flash“) und beseitigt bei ausreichender Dosierung den Opiathunger (Opiatgier, craving). Im Gegensatz zu Heroin und Morphin wirkt Methadon gut bei oraler Aufnahme. Neben diesen zentralen Wirkungen entfaltet Methadon ebenfalls opiattypische Nebenwirkungen, wobei die Fachinformation folgende mögliche Nebenwirkungen auflistet: Sedierung, Atemdepression, psychische Reaktionen, Erregungszustände, Stimmungsveränderungen, Veränderung der Aktiviertheit, Veränderung der geistigen und sensorischen Leistungsfähigkeit, Blutdruck- und Herzfrequenzabfall, Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Singultus, Bronchospasmus, Spasmen der glatten Muskulatur, Blasenentleerungsstörung, Obstipation, Mydriasis, Schwitzen, Schwindel, Kopfschmerzen, Urtikaria, Pruritus, anaphylaktischer Schock, primäres Abhängigkeitspotential.

Lange galt die abstinenzorientierte Therapie als Königsweg in der Therapie von Drogenabhängigkeit. Bereits 1928, in zeitlichem Einklang mit der in Deutschland beginnenden, gesetzlich fixierten Kontrolle der Betäubungsmittel, etablierten sich in der deutschen Ärzteschaft die zwei Hauptschienen, auf denen Suchttherapie abzulaufen hatte: Neben völliger Drogenabstinenz war das zweite Diktum, daß die therapeutische Methode der Wahl stets die stationäre Langzeittherapie in geschlossenen Einrichtungen sei (Bossong 1989).

Diese Haltung der deutschen Ärzteschaft wurde immer wieder perpetuiert (Schied/Heimann 1986), zuletzt auf dem 81. Deutschen Ärztetag im Jahre 1987. In gleicher Weise lehnten lange Zeit auch die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und die Mehrheit der stationären Therapieträger Substitutionsbehandlungen ab (Bossong 1989).

Gleichzeitig können die Erfolge der drogenfreien Therapieangebote nur als ausgesprochen unbefriedigend beurteilt werden (Küfner et al. 1994), sinkt doch die Erfolgsquote, wenn Erfolg als Drogenfreiheit über längere Zeit definiert wird, in eine Größenordnung von unter 10%. Burgheim (1994) rechnet vor, daß das Angebot der konventionellen Abstinenztherapieeinrichtungen von 5 bis 20% der Opiatabhängigen in Deutschland angenommen wird. Der Behandlungserfolg liegt bei 15 bis 30%, d.h. bezogen auf die Gesamtzahl der Abhängigen, also der Erkrankten, ergibt sich so eine therapeutische Erfolgsqoute von 1,5 bis 6% (ähnlich Elias 1990). Dieser niedrigen Erfolgsquote steht aber eine Erkrankung gegenüber, deren Kennzeichen beeindruckend die Schwere der Erkrankung dokumentieren: In aller Regel handelt es sich bei der Drogenabhängigkeit um eine chronische Erkrankung, d.h. Krankheitsverläufe über viele Jahre sind die Regel. Betroffen sind im allgemeinen jüngere Menschen, die Sterblichkeit ist hoch. Die Prognose, die Heilungschancen sind extrem schlecht. Schwerwiegende Folgeerkrankungen sind die Regel: von völlig desolatem Zahnstatus über massive Abszesse, Hepatitiserkrankungen etc. bis hin zu HIV/AIDS.

Auf diesem Hintergrund – schwerste Erkrankung mit absolut unbefriedigendem therapeutischen Management – konnte sich die Levomethadonsubstitution als integraler Bestandteil der Drogentherapie entwickeln.

Der Weg dorthin war über viele Jahre von Unsicherheit geprägt, welche Rolle die Substitutionsbehandlung spielen könnte. Historisch gesehen reichten die formulierten Positionen von völliger Ablehnung, distanzierter Duldung, vorsichtiger Bejahung, eingeschränkter und kontrollierter Behandlung

von Einzelfällen bis zur erwartungsüberfrachteten Befürwortung (vgl. Stöver 1989).
Aktuell zeigt sich ebenfalls ein ähnlich breites Spektrum, wobei sich ein Paradigmenwechsel dergestalt andeutet, daß die Forderung: Abstinenztherapie als Therapie der ersten Wahl und Substitution in begründeten Einzelfällen abgelöst wird durch die genau konträre Forderung: Methadonsubstitution als Therapie der ersten Wahl und Abstinenztherapie für begründete Einzelfälle.
Medizinisch gesehen ist folgender Standpunkt mittlerweile Konsens: Die Frage ist nicht mehr, ob substituiert werden soll, sondern nur noch wer?, wie? und wie lange?

Ein ähnlicher Paradigmenwechsel scheint auf der juristischen Ebene gar schon vollzogen: So faßt Körner (1993) die juristische Gesamtsituation der Methadonsubstitution zusammen und schreibt: „Gerade bei der Substitutionsbehandlung darf es nicht zu ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzungen kommen. Andererseits darf sich kein Arzt einer Substitutionsbehandlung verschließen, wenn er damit das Leben oder die Gesundheit eines Opiatabhängigen retten kann. Früher prüfte der Strafjurist im Einzelfall, ob die Substitution eine Körperverletzung darstellt. Heute muß der Jurist darüber nachdenken, ob die unbegründete Verweigerung einer indizierten Substitution im Einzelfall eine Körperverletzung darstellen kann."

Obwohl in der Anfangsphase der Diskussion noch zum Teil kritisch gesehen (Heckmann 1990, Wille 1990, Stark et al. 1988, Schied u. Heimann 1986), besteht mittlerweile zunehmender fachlicher Konsens darüber, daß die Methadonsubstitution die Gesamtsituation der intravenösen DrogenkonsumentInnen verbessert. Sie stellt neben der Abstinenztherapie ein zusätzliches Therapieangebot dar. Die Haltequote und Zufriedenheit der Teilnehmer ist groß. Die Erfolge sind insofern besonders eindrucksvoll, da sich die Methadonsubstitution aufgrund der noch restriktiven Aufnahmekriterien an ein Klientel richtet, das sich als langjährig drogenabhängig und damit in aller Regel als besonders therapieungünstig herauskristallisiert hat. Die Substitutionsbehandlung kann zu gesundheitlicher und sozialer Stabilisierung verhelfen, kann Chancen zu kontinuierlicher, medizinischer Betreuung eröffnen, es wird ein sauberes, in seinem Reinheitsgrad und somit seinen Wirkungen (und Nebenwirkungen) einschätzbares Opioid verabreicht und durch die mögliche Abwendung bzw. Verminderung von risikobehaftetem Spritzdrogenkonsum können die Infektionsrisiken für HIV und Hepatitis, aber auch

die Häufigkeiten von Abszessen, Thrombophlebitiden usw. reduziert werden. Möglicherweise kann der kontinuierliche Substitutionskontakt zur Vermittlung präventiver Informationen und Botschaften genutzt und somit in größerem Maße Gesundheitsaufklärung betrieben werden.
Allerdings verbirgt sich hinter dem Regelwerk der AUB-RICHTLINIEN (siehe oben) zur Methadonsubstitution in der Präambel noch das Abstinenzziel, so daß die Substitution vielfach noch nicht unter dem Aspekt der primären Suchtbehandlung gesehen wird, sondern lediglich als Basis der (Weiter-)-Behandlung von Sekundärkrankheiten mit dem Ziel eines abstinenten Ausstiegs.
Da Methadonsubstitution mittlerweile Bestandteil etablierter Schulmedizin geworden ist, muß der Anstaltsarzt als Monopolist diese entweder selbst anbieten oder den Zugang zu ihr ermöglichen, d.h infragekommende Patienten an einen externen Kollegen zur Substitution überweisen.

**Leistungen und Möglichkeiten der Substitutionsbehandlung**

Hinsichtlich der in Aussicht genommenen Dauer einer Substitutionsbehandlung kann differenziert werden in eine (kurzfristige) Entzugs- oder Überbrückungsbehandlung mit Methadon oder eine (längerfristige) Substitutionsbehandlung mit Methadon.
Als kurzfristige Programme werden in der Regel reine Entzugsbehandlungen verstanden. Bei diesen Entzugsbehandlungen wird vom vorher meist verwendeten Heroin mittels Methadon eine langsame Reduktion vorgenommen. Darüber hinaus kommen als kurzfristige Programme Überbrückungssubstitutionen in Frage, z. B. in der Wartezeit vor Antreten einer Abstinenztherapie oder während kurzer Gefängnisaufenthalte. Die Dauer solcher kurzfristiger Programme ist auf einige Wochen beschränkt.
Längerfristige Substitutionsbehandlungen können entweder mit dem Ziel angelegt sein, am Ende der Substitution (ggf. auch nach Jahren) die Abstinenz zu erreichen. Oder sie verfolgen das Ziel, ohne abstinenztherapeutischen Anspruch, den intravenös DrogenkonsumentInnen in ihrer oftmals belasteten Lebenssituation zu entlasten, seinen Opiathunger zu befriedigen und das Ziel einer Schadensminimierung zu verfolgen, indem einem Spritzdrogengebrauch weitgehend vorgebeugt wird.
Die aktuell in Deutschland laufenden Verfahren sind in aller Regel zum einen die reine Entzugs- bzw. Überbrückungsbehandlung und zum anderen die Methadonsubstitution mit dem Ziel der Abstinenz, wenn auch nach Jahren. Die reine, niedrigschwellig organisierte Versorgungssubstitution ohne

Anspruch auf Abstinenz mit dem meist palliativen Ziel der harm reduction hat sich in Deutschland offiziell (noch) nicht durchgesetzt. Es ist mittlerweile unstreitig, daß sich in den wissenschaftlich begleiteten Substitutionsprojekten eine große Zahl positiver Auswirkungen der Substitution gezeigt hat (vgl. zur Übersicht: Raschke 1994).

#### 5.2.4.2.1 Gesundheitliche Auswirkungen

Bei den gesundheitlichen Auswirkungen der Methadonsubstitution zeigte sich ein deutliches Sinken der Letalitätsrate (Uchtenhagen 1987; Buning 1987; Poser et al. 1994). Darüber hinaus wird auch eine deutliche Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustandes der Substituierten beschrieben (vgl. m.w.N. Bossong/Stöver 1997). Besonders günstige Auswirkungen zeigten sich bei intravenös DrogenkonsumentInnen mit psychiatrischer Symptomatik (Pfersmann et al. 1990, Williams et al 1990). Besonders in der NRW-Studie (Ministerium F. A., G., u. S. NRW 1993), die neben anderen Kliniken an der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen angesiedelt war und von daher auch psychiatrisch-psychologische Schwerpunkte setzte, zeigten sich diese positiven Effekte. Die oftmals desolate psychische Situation der Patienten, die im Rahmen der Erstuntersuchung konstatiert wurde (emotionale Labilität, Depressivität mit negativer Grundstimmung, psychosomatische Beschwerden), besserten sich in vielen Fällen nach 3 Jahren bis in den psychischen Normalbereich. Auf dem Hintergrund dieser psychischen Stabilisierung, die in den allermeisten Fällen mit der Besserung eines depressiven Zustandsbildes gekoppelt ist, verminderte sich auch die Suizidalität (Uchtenhagen 1988).

#### 5.2.4.2.2 Infektionsprophylaktische Bedeutung von Substitutionsbehandlungen

Da i.v. DrogenkonsumentInnen hohe Prävalenzen für HIV und Hepatitis A, B, C aufweisen ist es naheliegend, von einer Methadonsubstitution auch positive Effekte auf Infektionsübertragung, Infektionshäufigkeiten und Infektionsverläufe zu erwarten. Dafür existieren mittlerweile eine Reihe wissenschaftlicher Belege (m.w.N. Canadian HIV/AIDS Legal Network 199, S. 67ff). Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß jede Maßnahme, die Drogenabhängige aus dem risikobehafteten parenteralen Konsummuster herausbricht, geeignet ist, die Übertragung von Infektionskrankheiten über Nadel-

tausch zu verhindern und sei es nur über den minimalsten Schritt des Erwerbs und der Verwendung steriler Einwegspritzen bei einem (noch) vorhandenen Beigebrauch (vgl. Raschke 1994, S. 128ff). Zu diesen infektionspräventiv wirksamen Maßnahmen, scheint die Methadonsubstitution zu gehören (vgl. Bumm 1995; mit weiteren Nachweisen und internationalen Überblick für den Strafvollzug: Jürgens 1996, S 68ff). Gleichwohl ist der kausale Nachweis dieses Zusammenhanges schwierig. Einfache Zusammenhänge, wie die geringe Seropositivität von Patienten, die schon länger in Methadonprogrammen sind gegenüber Neueinsteigern beweisen nicht zwingend deren infektionspräventive Wirkung (Stöver 1992; Böcker 1991a). Zusätzliche Schwierigkeiten dürften die methodologisch eigentlich erforderliche Bildung von Methadon-negativen Kontrollgruppen (z.B. in Gefängnissen) aufweisen. Man kann bezüglich der infektionsprophylaktischen Bedeutung von Substitutionsbehandlungen von direkten und indirekten Wirksamkeiten sprechen: Ebenso wie ein Rückgang des i.v. (Bei-)Konsums zu einer Verminderung des Infektionsrisikos beiträgt, ist auch die festgestellte Reduktion der – oftmals ungeschützten – Prostitutionstätigkeit (vgl. Gerlach 1997, S. 71) ein indirekter infektionsprophylaktischer Effekt. Weitere Wirkungsmechanismen für ein risikobewußtes Verhalten durch Teilnahme am Methadonprogamm besteht darin, daß Methadonnehmer eine Grundversorgung erhalten, zusätzliche Opiatzufuhren keine bzw. kaum noch Wirkungen entfalten und andere Substanzen „nicht um jeden Preis“ und dann nicht unter bestehender Entzugssymptomen, konsumiert oder gar injiziert werden müssen.

Differenziert werden müßte weiterhin auch hinsichtlich primär-präventiver Wirkung (Vermeidung von Neuinfektionen) und sekundär-präventiver Wirkung (Stabilisierung bereits Infizierter bzw. Erkrankter, Vermeidung von Reinfektionen). Wertet man die zugänglichen Studien aus (Stöver 1992), zeigen sich primär- und sekundär-präventive Wirksamkeiten von Methadonprogrammen, obwohl generalisierende und damit übertragbare Aussagen nicht möglich sind. Gerade unter sekundär-präventiver Sicht existieren Hinweise auf eine Verbesserung des Erkrankungsverlaufes bei bereits HIV-Infizierten (Weber 1990). Auch die befürchteten immunsuppressiven Wirkungen des Methadon bestätigten sich nicht (Brockmeyer et al. 1990). In gleicher Weise bestätigten sich ebenfalls nicht die befürchteten lebertoxischen Wirkungen. Ganz im Gegenteil besserten sich während der Levomethadonsubstitution die für die Hepatitiserkrankungen charakteristischen Laborwerte (Ministerium f. A. G. u. S. NRW 1993). Schließlich sei angemerkt, daß

Methadon keine „Imprägnierung“ oder einen universellen „pharmakologischen Schutz“ darstellt – dies wäre eine verkürzte, „pharmakokratische“ Sichtweise des Medikaments. Sie blendet sowohl Suchtdynamiken, als auch die Lebensbedingungen in einer totalen Institution (wie Gefängnis) aus. Aus diesem Grund stellt die Methadonsubstitution für sich allein auch kein vollständige infektionsprophylaktische Strategie dar: Innerhalb der Substitutionsbehandlung kann Beigebrauch, gerade im Gefängnis auch intravenös und riskant stattfinden – für diese Zielgruppe und situativen Risikoexpositionen müssen ergänzende schadensreduzierende Instrumentarien zugänglich gemacht werden (z.B. Abgabe steriler Einwegspritzen; vgl. Kap. 4).

Es gibt jedoch auch Hinweise dafür, daß ein Abbrechen einer in Freiheit durchgeführten Substitutionsbehandlung bei Haftbeginn zu einer Fortsetzung eines i.v. Drogenkonsums mit begleitendem needle sharing in Haft führt (Shewan/Gemmel/Davies 1994)

**Methadon statt Spritzenvergabe?**

Die Substitutionsbehandlung wird auch als eine Form der alternativen Infektionsprophylaxe im Strafvollzug betrachtet. Dabei geht man davon aus, daß durch die orale Applikation und die Blockade des „Heroinhungers“ durch das synthetische Opiat der Konsum anderer, v.a. spritzbarer Drogen nachläßt. In mehreren Anstalten wird diese Strategie statt einer Spritzenvergabe angewandt, in der Regel allerdings nur als Überbrückung für KurzstraflerInnen. Dies ist jedoch aus mehreren Gründen problematisch: zum einen gibt es nach wie vor nur wenige Anstaltsärzte, die Substitutionsbehandlungen durchführen. Zum anderen ist eine Vergabe oft an die restriktiven NUB-Richtlinien angelehnt, um nach Entlassung – soweit es sich nicht um eine Krankenbehandlung im Vollzug oder Herabdosierung handelt – eine Fortführung und v.a. Finanzierung zu gewährleisten. Viele Gefangene, die eine Substitution haben möchten, werden so davon ausgeschlossen, und auch die MethadonnehmerInnen können zuweilen – auch intravenösen – Drogenbeigebrauch aufweisen. Risiken sind also nach wie vor vorhanden.
Anstaltsärzte wehren sich allerdings oft deshalb gegen eine Spritzenvergabe, weil sie der Meinung sind, diese gerate mit der Substitutionsbehandlung in Konflikt. Wenn die Spritzenabgabe tatsächlich über den Arzt organisiert wird, und nicht in anonymer Form über Automaten oder externe Helfer, kann der Arzt tatsächlich in Konflikte geraten, die es ihm unmöglich machen, beiden Ansprüchen gerecht zu werden.

#### 5.2.4.2.3 Auswirkungen auf Drogenkonsum und Konsummuster

Untrennbar verbunden mit der Frage nach infektionspräventiven Wirkungen der Methadonsubstitution sind die möglichen Auswirkungen auf Drogenkonsum, Konsummuster (Nadeltausch) und Applikationsart (intravenös). Offensichtlich ist es so, daß durch Teilnahme an Substitutionsprogrammen zum einen der intravenöse Heroinbeigebrauch in erheblichem Umfang reduziert werden kann zum zweiten ein geringeres HIV-Risikoverhalten in Bezug auf Nadeltausch gezeigt wird und zum dritten eine geringe Serokonversionsrate während der Methadonbehandlung auffällt (Stöver 1992). Insbesondere der Beigebrauch scheint bei methadonsubstituierten Patienten in Abhängigkeit von der Zeitdauer der Substitution deutlich zu sinken.
So finden sich bei Ball und Ross (1991), die sechs amerikanische Methadonprogramme evaluierten, deutliche Hinweise auf sinkenden Heroinbeikonsum, je länger substituiert wurde: Bis sechs Monate nach Beginn der Substitution hatten noch 68 % Heroinbeikonsum. Dieser Anteil sank im Laufe der folgenden vier Jahre auf 23 % und in der Zeit danach auf 7,6 %. Ein ähnlicher Verlauf zeigte sich auch für den Kokainbeikonsum. Gleiche Effekte zeigten sich auch in anderen Studien (vgl. Bossong 1989).

**Soziale Auswirkungen**

In vergleichbarer Weise wichtig für die HIV- und Hepatitis-Prävention ist das Nachlassen der prostitutiven Aktivitäten. Ein Großteil der DrogenkonsumentInnen ist gezwungen, den hohen finanziellen Bedarf durch Beschaffungsprostitution zu decken. Es gibt Hinweise darauf, daß aus sinkendem Beschaffungsdruck auch Verhaltensänderungen in Bezug auf Beschaffungsprostitution resultieren (Stöver 1992; Bossong/Stöver 1989). Weitere soziale Auswirkungen einer Methadonsubstitution sind Distanzierung von der Drogenszene, Änderung des Freizeitverhaltens, der Aufbau fester, drogenfreier Sozialbezüge und die berufliche Integration (Pfersmann et al. 1990; Bossong 1989). Die letztgenannten sozialen Wirkungen einer Substitution sind im Vollzug aus Gründen der täglichen Konfrontation mit Drogenkonsumenten und der Totalität der Institution nicht immer zu erreichen.

#### 5.2.4.2.4 Justitielle Auswirkungen

Die justitiellen Auswirkungen zeigen sich am unmittelbarsten in einer Abnahme von Delinquenz und Verurteilungen. Aus den USA wird als Erfahrung berichtet, daß es in der Gruppe der methadonsubstituierten Patienten zu einer gravierenden Abnahme der Kriminalitätsrate kommt. Selbst die noch verübte Restkriminalität ist weniger schwerwiegend (Cooper 1987). Auch in der Evaluationsstudie von sechs amerikanischen Methadonprogrammen wird von einer zunehmenden Verminderung der kriminellen Aktivitäten, festgemacht an der täglichen Kriminalitätsrate, berichtet mit dem Fazit: Je länger in der Substitution, desto weniger kriminelle Aktivität (Ball u. Ross 1991).
Weiter interessant ist auch die Erkenntnis, daß Straftaten von substituierten Patienten nicht immer neuer (oder alter) Beschaffungskriminalität zuzuordnen ist, sondern oftmals als Fehlreaktionen in psychischen Belastungssituationen qualifiziert werden müssen.
Eher mittelbare Auswirkungen justitieller Art sind die Implikationen einer Substitutionsbehandlung für strafrichterliche Sanktionsentscheidungen (Lesting 1993). Sowohl bei der Verhängung eines Urteils als auch bei der Prüfung von mildernden Umständen bei der Zumessung des Strafmasses als auch bei der Prüfung der Voraussetzungen der Strafaussetzung zur Bewährung, als auch bei der Entscheidung über einen Bewährungswiderruf, immer hat der Richter zu prüfen, ob besondere Umstände vorliegen, die zu einer positiven Entscheidung im Sinne der Betroffenen führen können. Veränderte Lebensumstände gehören zu solchen besonderen Umständen. Von daher muß die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Substitution nicht nur strafmildernd berücksichtigt werde, sondern stellt ein wichtiges Kriterium für die Bewertung der künftigen, vor allem sozialen Prognose dar.
Noch darüber hinausgehend erweiterte der Bundesgerichtshof den Spielraum für die Substitutionsbehandlung in dem er feststellte, daß Substitution gerechtfertigt sei, um von dem Zwang zur Beschaffungskriminalität zu befreien (Rieger 1991).
So begrüßenswert diese breitere Indikationsstellung ist, in ihr liegt dennoch die Gefahr einer juristischen Indikation für ein medizinisches Therapieverfahren. Diese juristische Indikation bedeutet, daß seitens der Gerichte verlangt wird: Um in den Genuß der Bewährung, der Strafmilderung oder auch des § 35 BtMG (d.h. Therapie statt Strafe) zu gelangen, muß eine Substitution angetreten werden. Die Auswirkungen dieser neuen Indikation sind noch nicht absehbar.

**Compliance-Wert bei der HIV/AIDS-Behandlung**

Durch das Angebot einer Methadonsubstitution setzt der im Gefängnis tätige Arzt ein allgemein akzeptierendes Zeichen. Dadurch wird oftmals die allgemeine Anbindung und die Compliance besser, obwohl das Vertrauensverhältnis zum Arzt durch die Gefängnissituation als belastet gelten muß. Durch Methadonsubstitution verbesserte Compliance hat Auswirkungen auf das Durchhalten einer bei HIV/AIDS notwendig werdenden Kombinationstherapie einschließlich der notwendigen Kontrolluntersuchungen im Zusammenhang mit dieser Therapie.

Der Umgang mit und die Behandlung von HIV/AIDS sollte zum jetzigen Zeitpunkt grundsätzlich speziellen Einrichtungen oder spezialisierten Ärzten vorbehalten bleiben. Dabei kann die Spezialisierung von Einrichtungen oder Ärzten durchaus auch innerhalb von Gefängnismauern stattfinden, wie das Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg mit seiner HIV-Ambulanz unter Beweis stellt. Es kommt aber auch die Überweisung an spezialisierte externe HIV-Ambulanzen des vertragsärztlichen Systems in Frage. Die Einschaltung einer spezialisierten Einrichtung oder eines entsprechend spezialisierten Arztes ist deshalb wichtig, weil sich gerade in letzter Zeit in rasender Geschwindigkeit viel in Diagnostik, Bewertung, Therapie, Prognose verändert und weil aktuelle Therapieschemata und neue Medikamente und Medikamentenkombinationen vielfach noch in klinischen Studien erprobt werden und auch inhaftierte Patienten dort eingebracht werden sollten.

Was die Therapie angeht, hat sich in letzter Zeit gleichsam ein Paradigmenwechsel vollzogen. Während früher, auf dem Hintergrund der Angst vor Resistenzentwicklung, der Zeitpunkt für die Therapie eher später im Krankheitsverlauf angesiedelt wurde, hat sich dieses Management zu einem Diktum des „Die-richtige-Kombination-so-früh-wie-möglich“ entwickelt.

Zwischenzeitlich wurden Methoden entwickelt, mit denen HIV im Plasma nicht nur nachgewiesen sondern auch quantifiziert werden kann. Wichtig ist die Entwicklung der viral-load-Messung auch deshalb, weil sich damit eine sensible, quantifizierbare Beurteilungsmöglichkeit über Stand und Verlauf der HIV-Infektion, besonders aber über Therapieerfolg oder -mißerfolg ergeben hat.

Welche Kombinationstherapie auch immer sich mit den neuen antiretroviralen Medikamenten im individuellen Fall als nutzbringend erweist, wichtig für Therapie und Prophylaxen ist eine gute Compliance des Patienten (vgl. insgesamt m. w. N. Jäger 1997).

In gleicher Weise gilt das auch für die Behandlung von Hepatitiden, wo jetzt mit der Interferontherapie ebenfalls seit einiger Zeit Therapieoptionen verfügbar sind. Während über lange Jahre keinerlei therapeutische Mittel zur Behandlung der chronischen Hepatitis B und C zur Verfügung standen, kann jetzt mit Hilfe der Interferonbehandlung versucht werden, den Verlauf einer chronischen Hepatitis B und/oder C zu beeinflussen. Ziel der Interferonbehandlung ist es, das Hepatitis-B- oder C-Virus aus dem Blut zu eliminieren. Diese therapeutische Vorgehensweise funktioniert für die Hepatitis B anerkanntermaßen gut, wenn auch nicht in allen Fällen.
Auch für die Hepatitis C etabliert sich die Interferonbehandlung zunehmend, wenngleich die Erfolge insgesamt noch etwas schlechter sind als bei der Therapie der Hepatitis B. Die ersten Behandlungserfahrungen wurden mit eher niedrigen Interferondosierungen gemacht, auch die Laufzeit der Therapie war eher kürzer (ca. 6 Monate). Da mit höherer Dosierung in der Anfangsphase und mit einer längeren Therapiedauer (ca. 12 - 18 Monate) bessere Viruseliminationsraten erzielt wurden, wurden die aktuellen Therapieschemata entsprechend geändert. Mit zunehmender Therapiedauer wird aber auch der Faktor Compliance wichtiger. Auch für die regelmäßigen Kontrollen beim behandelnden Arzt und wegen der bei Interferontherapie in der Anfangsphase regelmäßig auftretenden Nebenwirkungen ist die gute Compliance ein wichtiger Faktor.

**Besonderheiten der Substitutionsbehandlungen im Vollzug**

Das Patient-Arzt-Verhältnis ist unter den Bedingungen des Justizvollzuges oftmals anders strukturiert als im vertragsärztlichen System, das die Beziehungen zwischen Kassenpatienten, (Kassen-)Vertrags-Arzt und Krankenkassen regelt. Im Gefängnis existiert eine freie Arztwahl nicht, mit einer besonders modifizierten Ausnahme bei Untersuchungshäftlingen. Der Anstaltsarzt ist in der Regel zunächst Zwangsansprechpartner des Inhaftierten. Das ist gerade bei drogentherapeutischen Maßnahmen (von denen die Substitutionsbehandlung eine darstellt), die primär auf Freiwilligkeit basieren sollten, ein entscheidender Nachteil. Mit der ausdrücklichen Bereitschaft zur Substitution setzen Gefängnisärzte allerdings Zeichen, außerhalb bewährte Behandlungsmethoden auch im Vollzug einzusetzen; dies eröffnet Chancen zur Vertrauensbildung in der Gefängnis-Zwangsgemeinschaft Patient-Arzt (vgl. Roorda 1989).

Für den Bereich des Justizvollzuges existieren einige gefängnistypische Probleme bei der Substitutionsbehandlung, die im folgenden näher analysiert werden.

**Abschied von der Drogenszene**

Gefordert wird für Substituierte draußen vielfach, daß sie die Möglichkeit haben, sich lokal, sozial und mental von der Drogenszene zu trennen (AKZEPT 1996), die bis dahin Lebensmittelpunkt und Erlebniswelt der DrogenkonsumentInnen war. Viele Pilotprojektstudien haben diesen Effekt auch untersucht und in vielen Fällen auch das Funktionieren bestätigen können. Leider ist diese Trennung zwischen real existierender intramuraler Drogenszene (die sich in nichts von der extramuralen unterscheidet) und den Substituierten hinter Mauern fast nicht, allenfalls nur sehr eingeschränkt möglich. In diesem eingeschränkten Sinne wäre es vielleicht in großstädtischen Gefängnisambientes möglich. Hier könnte versucht werden, dieses Trennungsideal über räumlich getrennte Häuser oder Teilanstalten zu realisieren. Allerdings wird Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit im Gefängnis nicht nur im Zusammenhang einer räumlichen Nähe, sondern darüber hinaus im Kontext einer besonders solidarischen Situation er- und gelebt: Die gemeinsame Erfahrung von verlorener Freiheit mit verständlicher Wut, Verzweiflung, Trauer, Enttäuschung solidarisiert. Oft wird bereits schon im Vorfeld der Inhaftierung die Behandlung durch Polizisten, Staatsanwalt, Richter und Öffentlichkeit als ungerecht, erniedrigend, bedrückend empfunden.
Auch die in Gefängnissen oft bereits in der Terminologie schon vorhandene deutliche Polarisierung: hier die „Schließer, Wärter, Wachteln“ (als Pejorative für das Gefängnispersonal) dort das Wort „Knacki“ als pejoratives Synonym für Inhaftierte führt zu weiteren zusammenschweißenden Solidaritätseffekten.

#### 5.2.4.2.5 Grundhaltungen gegenüber der Substitutionsbehandlung im Vollzug

Effektivität und Attraktivität von Substitutionsprogrammen hängen stark von der akzeptierenden Grundhaltung der mit der Substitution therapeutisch Befaßten ab und von der Niedrigschwelligkeit des Zugangs. Gerade mit diesen beiden Voraussetzungen: Akzeptanz und Niedrigschwelligkeit hat der Strafvollzug vielfach Probleme. In einzelnen Anstalten versuchen leitende Vollzugsmitarbeiter auf Auswahl, Dauer und Beendigung der Substitution

Einfluß zu nehmen. Auch an das Personal stellt die Methadonbehandlung im Gefängnis sehr hohe Anforderungen, insbesondere an die Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes. In aller Regel haben auch sie zuvor die Vollzugsausbildung durchlaufen und sind von daher nicht nur medizinisch sondern auch vollzuglich entscheidend geprägt. Die Akzeptanz der Methadonsubstitution durch die Vollzugsmitarbeiter hängt auch von den Umgebungsbedingungen der Substitution ab. Die Substitutionsbehandlung sollte auch im Gefängnis eingebettet sein in die Trias akzeptierender Drogentherapie:

- Abstinenzorientierte Angebote (Therapievermittlung im Sinne einer Therapie statt Strafe in externe Langzeittherapieeinrichtungen).
- Substituierende Angebote im Justizvollzug (Methadon, Codein, Heroin), wobei Methadon auch als Haftvermeidung im Sinne des § 35 BtMG (Substitutionstherapie statt Strafe) und im Sinne einer entlassungsvorbereitenden Maßnahme eingesetzt werden sollte.
- Konsumakzeptierende Angebote bei Patienten, die sich nicht auf substituierende oder abstinenzorientierte Maßnahmen einlassen können oder wollen (harm-reduction, Angebot einer engagierten medizinischen Betreuung auch bei weiter konsumierenden Patienten, Abgabe steriler Spritzen, „safer-use“ und „safer-sex“-Trainings etc.)

Am wenigsten problematisch ist für Vollzugsmitarbeiter der Umgang mit abstinenzorientierten Angeboten. Hier blickt der Vollzug auf eine lange Tradition zurück, es existiert eine etablierte gesetzliche Grundlage (§ 35 BtMGf) und die Therapievermittlung läuft professionell ab, oftmals auch unter Zuhilfenahme externer Kräfte.

Gerade aber die Akzeptanz des Drogenkonsums im Sinne einer individuellen Lebens- und Ausdrucksform auf der einen Seite und justizvollzugliches Denken auf der anderen Seite stehen sich in den allermeisten Fällen völlig unversöhnlich gegenüber. In diesem Sinne sind akzeptierende Drogenarbeit und staatliches Drogenverbot unvereinbar widersprüchlich, zumal Justizvollzug als Paradebeispiel staatlicher Repression gelten muß. Nur über eine gute Vorbereitung der Strafvollzugsmitarbeiter und über die Möglichkeit zum Mitwachsen an der Lösung vollzuglicher Drogenproblematiken kann es gelingen, Repression im Bereich des Gefängnisses zu vermindern und so kontraproduktive Aktivitäten des Justizvollzugspersonals zu minimieren.
Wenn auch die Substitutionsbehandlung außerhalb des Vollzuges sich seit mittlerweile 10 Jahren weit verbreitet hat, kann nicht selbstverständlich

davon ausgegangen werden, daß moralische und ideologische Vorbehalte seitens der Bediensteten gegenüber dieser Behandlungsform abgebaut sind. Teilweise finden sich dieselben Argumente gegen eine Substitutionsbehandlung, nur zeitverzögert wieder:

- Die Substitutionsbehandlung sei eine Kapitulation vor der Sucht im Gefängnis
- Eine Droge werde nur durch eine andere Droge ersetzt, an der Abhängigkeit selbst ändere sich nichts
- die Motivation für die Inanspruchnahme drogenfreier Therapieangebote werde geschwächt, bzw. erst gar nicht aufgebaut
- es existiere nur bei wenigen Gefangenen ein abhängiges Drogenkonsummuster
- Methadon könne an andere Gefangene abgegeben werden
- Methadon sei eine bewußtseinsverändernde Droge, der Gefängnisaufenthalt solle jedoch als zeit der Nüchternheit genutzt werden.

Um diese Vorbehalte abzubauen, muß das Gefängnispersonal intensiv über die Drogen- und Suchtproblematik, über das außerhalb und innerhalb des Vollzuges entwickelte Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebot und die pharmakologischen Grundlagen aufgeklärt werden. Der Beitrag der Methadonbehandlung zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung vieler DrogengebraucherInnen ist unter Fachleuten mittlerweile unbestritten. Trotzdem sind die genannten Vorbehalte unter Strafvollzugsbediensteten immer noch weit verbreitet. Ein Grund dafür liegt in einer verbreiteten Erwartungsüberfrachtung gegenüber dem Substitut; oftmals wird angenommen, daß ein Drogenersatzstoff allein:

- Beigebrauch völlig reduziert,
- eine Herauslösung aus drogenzentrierten Sozialkontakten bewirkt,
- eine sichtbare Neuorientierung initiiert.

Aufgrund der Zwangsgemeinschaft und der räumlichen Unausweichbarkeit im Gefängnis, stellt sich der Weg zur Erreichung der Substitutionsziele im Gefängnis anders dar. Realistische Perspektiven gegenüber einer gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung oftmals stark haftbelasteter, z.T. durch längere Verelendungsphasen gekennzeichnete Gefangene sind nötig, um den hohen Erwartungsdruck zu reduzieren und nicht eine ähnlich starke Ernüchterung seitens der Außenstehenden folgen zu lassen.

**Substitutionsbehandlung als ordnungspolitisches bzw. justizvollzugliches Instrument**

Vielfach sind seitens Öffentlichkeit und Politik Hoffnungen an die Methadonsubstitution geknüpft worden, die nicht erfüllt wurden. So bestand bei vielen politisch aber auch justizvollzuglich Verantwortlichen die Hoffnung, durch eine breite Vergabe von Substitutionsmitteln drogenpolitische Breitenwirkung zu erzielen oder die Drogensubkulturen und Drogenszenen innerhalb und außerhalb der Anstalten zum Verschwinden zu bringen (Althoff/ Schmidt-Semisch 1992). Diese Hoffnungen haben sich leider nicht erfüllt. Auch der existierende Schwarzmarkt zeigt sich weitgehend unbeeinflußt.
Dennoch entlastet Methadonsubstitution im Gefängnis die angespannte, brisante Drogensituation. Einige Anstaltsleiter machen im persönlichen Gespräch keinen Hehl mehr daraus, daß wochenendliche Ruhe im Gefängnis und das Ausbleiben besonderer Vorkommnisse deutliche Indizien für ausreichende intramurale Drogenmengen darstellen.
Auf diesem Hintergrund könnte der Justizvollzug versucht sein, Substitution als vollzugliches Ordnungsinstrument zu begreifen und die Auswahl und Anzahl des Substitutionsklientel beeinflußen zu wollen, wobei hier die ganze Ambivalenz des Vollzuges zum Tragen kommt: Funktioniert Methadonsubstitution unter Vollzugsbedingungen, so ist der Vollzug ruhig und handhabbar, funktioniert die Substitution nicht, so ist sie diskreditiert und kann im Zweifel vom Vollzug als gescheitert erklärt werden. Adaptiert der Vollzug die Substitution als sein Instrument, so entstehen neue Gefahren. Durch unsachgemäße, d.. h. nicht an medizinischer Indikation, sondern an vollzuglichem Interesse orientierte Auswahl der Teilnehmer, steigt oftmals auch die Rate der Therapieversager. Darüber hinaus verkennen juristische und vollzugliche Standpunkte oftmals die der Sucht inhärente Strukturen und Dynamiken. So existiert in der Praxis der Standpunkt eines leitenden Vollzugsmitarbeiters, im Vollzug durch Drogenkonsum aufgefallene Häftlinge seien gerade wegen dieses Drogenkonsums ungeeignet für eine Methadonsubstitution. Gerade das Gegenteil ist richtig: Wäre der Patient in der Lage, unter den Bedingungen der Haft abstinent zu leben, wäre er eher kein geeigneter Patient für eine Methadonsubstitution. Ähnliche Gefahren der Verkennung von Suchtdynamik birgt auch die sich zunehmend etablierende juristische Indikation für eine Substitutionstherapie (Lesting 1993). Hier werden strafrichterliche Milde (wie Strafaussetzung zur Bewährung etc.) an eine Substitutionsauflage gekoppelt. Obwohl prinzipiell begrüßenswert, verkennt diese Vorgehensweise, daß eine Bereitschaft zur Änderung der Lebensumstände

allein (hier ist in erster Linie Legalbewährung gemeint) sicher keine medizinische Indikation für eine Methadonsubstitution darstellt. Die Bereitschaft zur Änderung der Lebensumstände kann allenfalls Folge oder Ziel einer Methadonsubstitution sein, aber nicht deren Voraussetzung oder gar deren Grund. Vollzugspraktischen Überlegungen in Hinblick – auf eine durchaus unterstützenswerte – Verbesserung der Sozialprognose für drogenabhängige Gefangene entspringt die Praxis, erst im Rahmen der Entlassungsvorbereitung mit der Substitutionsbehandlung zu beginnen (vgl. Burgheim 1994, S. 79). Hier ist zu fragen, warum die Substitutionsbehandlung als anerkanntes Mittel der Wahl nicht schon vorher eingesetzt werden kann, damit die o.g. stabilisierenden und infektionsprophylaktischen Wirkungen während der gesamten Haftzeit wirksam werden können.
In den Pilotprojekten, in denen die positiven Wirkungen der Substitution belegt wurden, ist immer eine saubere Indikationsstellung vorgenommen worden. Bestrebungen, Methadonsubstitution nur noch als drogen- oder suchtpolitisches Instrument einzusetzen nach dem Motto: „Je mehr desto besser!“ wird die Substitution auf Dauer diskreditieren. Bei breiter Streuung wird auch die Zahl der beikonsumierenden Patienten höher werden[29]. Offensichtlich beikonsumierende Patienten werden im Bereich einer noch weitgehend abstinenzorientierten Öffentlichkeit bzw. im Blick des ebenso denkenden Justizvollzugspersonals aber als versagende Patienten gewertet. In den seltensten Fällen ist der Blick von Öffentlichkeit oder Justizvollzugspersonal so differenziert, daß er trotz Beikonsum Fortschritte des Patienten zu erkennen vermag.

**Personalproblematik**

Die Substitution gilt gerade in der Anfangsphase, in der sich pflegerisches und ärztliches Personal mitunter mühevoll das notwendige Substitutions-Know-How erarbeiten müssen, als besonders zeit- und arbeitsintensiv (Rex 1995; Bumm 1995; Buchta/Schäfer 1996). Es bleibt aber auch nach Abschluß dieser Anfangsphase ebenso aufwendig, wenn nämlich die Substituiertenzahlen größer werden. Als Personalschlüssel fordern Bühringer et al. (1995a) pro 40 Substituierte eine Arztstelle, pro 40 Substituierte eine Psy-

29 Vgl. erweiterte psychosoziale Indikationsstellung in Österreich: haftbedingte Krisensituationen, Überbrückungssubstitution, lange Drogenanamnese, an AIDS erkrankte Patienten in: Kasper/Resinger (1997): Richtlinien zur Durchführung einer oralen Substitutionsbehandlung, Wien

chologenstelle, pro 20 Substituierte eine Stelle für die psychosoziale Betreuung und pro 40 Substituierte eine Krankenpflegekraft. Ein Stellenplanspiel, das in den wenigstens Justizvollzugsanstalten auch nur annähernd realisiert wurde. In aller Regel wurde zusätzlich zur täglichen Versorgung mit der Substitution begonnen, ein Zeichen dafür, mit welch besonderem Engagement dieses zusätzliche Angebot seitens der Mitarbeiter realisiert wurde.

**Sinn von Urinkontrollen; Handhabung im Vollzug**

Die Testung auf Beigebrauch anderer psychotroper Substanzen (ggf. einschließlich Alkohol) ist für Substituierte zwingend vorgeschrieben (BtMVV § 2a Abs. 6; AUB-Richtlinien; Rahmenpläne). Zu Frequenz, Häufigkeit und Vorgehensweise gibt es eine Fülle von Meinungen und Vorschlägen (Bühringer et al. 1995a/b; Gölz 1994; Külpmann 1994; Drasch 1982). Es ist gefordert, Urinkontrollen unangemeldet und unregelmäßig durchzuführen.
Generell sind Urinkontrollen ein unsicheres Instrument. Neben einer für jedes Untersuchungsverfahren bestehenden Rate von falsch positiven bzw. falsch negativen Befunden, z. B. bei relativ hoher Cut-off-Schwelle ist die Urinkontrolle auch aus anderer Sicht ein sehr störanfälliges Procedere. Urinkontrollen können trotz großer Aufmerksamkeit des Beaufsichtigenden manipuliert, verfälscht werden (Hagemann/Siegrist 1990). Urine können seitens Praxis- oder Labormitarbeitern vertauscht werden. Bei bestimmten Substanzen (wie z.B. Delta-9-Tetrahydrocannabinol) können trotz langer Konsumpause noch positive Urinkontrollen auftreten wegen Rückverteilung aus dem Fettgewebe. Ebenso problematisch ist der Opiattest, der immer noch so polyvalent ist, das auch Codein mit erfaßt wird und den Opiattest positiv werden läßt (Schmoldt 1994). Auch die Interpretation eines positiven Barbituratnachweises ist problematisch. Besonders Phenobarbital wurde oft als Verschnittstoff dem Heroin beigemengt. Obwohl in der beigemengten Größenordnung ohne Wirkung wird es wegen seiner langen Halbwertszeit (5 Tage) oft noch nachgewiesen, wobei der Heroinkonsum nicht mehr nachweisbar ist. Da die Barbiturate vom Markt genommen sind, sind sie in der Drogenszene kaum noch anzutreffen (Schmoldt 1994). Insgesamt rät Schmoldt (1994), die üblichen Testverfahren nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. Insbesondere seien Vorwürfe von Beikonsum nur statthaft, wenn die Befunde mit Hilfe der Gaschromatografie in Verbindung mit der Massenspektrometrie bestätigt worden sind.
Im allgemeinen liefern die verwendeten Suchtests (Immunoassays) 85 - 90 % richtige Werte. Die auf dem Markt befindlichen Schnellteste haben eine noch

größere Ungenauigkeit. Andere, neuere Verfahren sind der Nachweis chronischen Drogenkonsums aus den Haaren (Wagner/Möller 1995) oder der Drogenwischer (Drugwipe), der als Schnellnachweis von Drogenrückständen im Achselschweiß arbeitet.
Nicht zuletzt sagt eine Urinkontrolle nichts über die Dynamik des Krankheitsverlaufes aus, es ist aus ihr nicht ersichtlich, ob und wenn ja, welche Fortschritte der Patient macht.
Wichtig für die praktische Arbeit im Justizvollzug ist die klare Trennung zwischen vollzuglichen und medizinischen Urinkontrollen. Vollzugliche Urinkontrollen sind Kontrollen, die von seiten des Vollzuges angesetzt werden, um zu prüfen, ob inhaftierte DrogenkonsumentInnen abstinent gewesen sind und als Folge der Abstinenz dem Vollzug als lockerungsgeeignet erscheinen (Hafturlaube, Ausgänge, Verlegung in den Offenen Vollzug etc.).
Medizinische Urinkontrollen sind Kontrollen auf Beikonsum bei substituierten Patienten und sind strikt zu trennen von Urinproben, die rein diagnostischen Zwecken dienen: Urinstatus, HCG-Test, Uricult etc.
Folgende Regeln sollten seitens der Ärzte im Justizvollzug beachtet werden, wenn die Anstaltsmedizin hinsichtlich Schweigepflicht und vertrauensvollem Patienten-Arzt-Verhältnis ernstgenommen werden will:

(1) Aus Urinproben, die rein diagnostischen Zwecken dienen und die deshalb auch nicht überwacht werden, werden niemals Drogenscreenings gemacht.
(2) Der Arzt kann die Ergebnisse der vollzuglichen Urinkontrollen erfahren.
(3) Der Vollzug erfährt niemals die Ergebnisse der medizinischen Urinkontrollen bei Substituierten.

Angesichts der einleitend beschriebenen Situation Drogenabhängiger im Strafvollzug scheint es dringend geboten, Substitutionsbehandlungen im Strafvollzug anzubieten. Doch noch hat sich diese Behandlungsform nicht in allen Gefängnissen Deutschlands als eine schulmedizinische Behandlungsmaßnahme bei begründeter Indikation durchgesetzt. Zwar schreibt das Strafvollzugsgesetz vor, daß sich die medizinische Versorgung von Strafgefangenen an den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu orientieren hat, und die Weltgesundheitsorganisation fordert die Äquivalenz der medizinischen Versorgung innerhalb und außerhalb der Mauern. Der inhaftierte Mensch soll nicht noch zusätzlich zum Freiheitsentzug durch schlechtere medizinische Versorgung bestraft werden. Doch die Substitutionsbehandlung im Gefängnis bleibt gegenwärtig beschränkt auf wenige Einzelfälle durch

engagierte Anstaltsärzte in Deutschland. In mehreren Bundesländern wird allenfalls die Fortsetzung einer vor der Haft begonnen Substitution ermöglicht, allerdings nur zur Überbrückung bei Kurzstrafigen – eine Dauersubstitution wird von allen Anstaltsärzten in den Bundesländern abgelehnt[30]. In einigen Anstalten wird ein methadongestützter, 'warmer' Entzug angeboten. Lediglich zur Chancenerhöhung in der Entlassungsvorbereitung werden in einigen Bundesländern (Berlin, Hamburg, Bremen. Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen) drogenabhängige Gefangene dann auf Methadon eingestellt, wenn nach der Entlassung ein Rückfall in den Heroinkonsum zu erwarten ist und eine Weiterbehandlung organisiert werden konnte. Einige andere Bundesländer stehen dieser Regelung befürwortend gegenüber und weisen eine entsprechende Praxis in Einzelfällen auf (vgl. BMG/BMJ 1995, S. 4/5). Zahlen über den Umfang von Substitutionsbehandlungen im Strafvollzug liegen nur vereinzelt vor: In Hessen wurden beispielsweise von den 1994 insgesamt 5.175 einsitzenden Gefangenen bei 352 eine Substitutionsbehandlung unterschiedlichster Art durchgeführt, das sind 6,8% aller Gefangenen (vgl. zur hess. Situation: Buchta/Schäfer 1996, S. 23f).
Verbunden werden mit der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug auch die Hoffnungen,

- die Nachfrage nach Opiaten im Vollzug zu reduzieren,
- Kriminalität im Vollzug zu reduzieren,
- den Abhängigen gesundheitlich und sozial so zu stabilisieren, daß seine Motivation für weitergehende Hilfsangebote anzunehmen, gestärkt wird.

Entsprechend einer angemessenen, den extramuralen Standards angeglichenen Substitutionsbehandlung im Vollzug sollten diejenigen Drogenabhängige die Möglichkeit haben, eine Substitutionsbehandlung im Vollzug in Anspruch zu nehmen:

30 Auch der 'Advirsory Council on the Misuse of Drugs' (1996, S. 112) stellt für Großbritannien die Empfehlung auf: „We recommend that structured methadone prescribing regimes should be available to short-term and remand prisoners. We suggest that a maximum period of three months should be set for such programmes as we do not see long-term maintenance as feasible within the prison setting as a general rule, although it may be achievable in some establishments".

- die auch außerhalb in einer solchen Behandlung waren, und
- die aus dem Vollzug heraus einen Antrag auf Beginn einer solchen Behandlung stellen und die Bedingungen erfüllen[31].

Dabei müssen Substitutionsbehandlungen nach der Entlassung nahtlos fortgeführt werden. Entscheidende Voraussetzung dafür scheint zu sein, daß die NUB-Richtlinien für eine kassenärztliche abrechenbare Behandlung Beachtung finden. Entsprechende Vereinbarungen sind bereits während der Haftzeit zu treffen – muß die Möglichkeit bestehen, die Weiterführung aus der Haft heraus zu organisieren bzw. vorzubereiten.

#### 5.2.4.2.6 Zur Substitutionspraxis im Justizvollzug Deutschlands in den Bundesländern[32]

Die vorgenannten Indikationen für eine Substitutionsbehandlung auch im Vollzug werden jedoch von den meisten Anstaltsärzten nicht anerkannt. So ist die Regel in den Anstalten, in denen überhaupt substituiert wird, daß eine Methadonverschreibung lediglich als Entzugsbehandlung, als Entlassungsvorbereitung oder als Behandlung bei Kurzstrafen erfolgt. Diese Praxis ist vor allem dann nicht nachvollziehbar, da die in Freiheit durchgeführten Substitutionsbehandlungen mit ärztlicher Begründung vorgenommen werden, ggf. noch durch eine Kommission befürwortet. So hat das Landgericht Dortmund eine einstweilige Anordnung zur Fortsetzung der Substitutionsbehandlung eines Gefangenen damit begründet, daß schwerwiegende gesundheitliche Komplikationen bei Absetzen der Substitutionsbehandlung drohen können (Budde 1995). Diese sind im Strafvollzug angesichts des großen Drogenangebotes, der mit einem Drogenkonsum verbundenen Infektions- und Überdosierungsgefahren hinreichend gegeben.

Über den Umfang, die Erfolge, aber auch über die unterschiedliche Handhabung der Substitutionsbehandlung in den einzelnen Bundesländern, gibt es

---

31 Umstritten bleibt die Frage, warum die Dauer der Substitutionsbehandlung vom Strafmaß abhängig gemacht wird: In einigen Anstalten werden Gefangene mit einer längeren Haftstrafe (ca. 1 Jahr) nicht weiter substitutiert, sondern entzogen (vgl. Richtlinien für die Substitutionsbehandlung in Österreich)

32 Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf die alten Bundesländer. In den neuen Bundesländern gibt es noch kein große Verbreitung eines i.v. Drogenkonsums (vgl. Faupel 1995; Bühringer et al. 1995b) – dementsprechend auch keine ausgebildete, von Einzelfällen abgesehene, Substitutionspraxis; Alkoholkonsum spielt dort offenbar (noch) eine größere Rolle.

wenig systematisch erhobenes Datenmaterial. Lediglich Hessen bildet eine Ausnahme: Buchta/Schäfer (1996) haben einen Überblick über die historische Entwicklung der Substitution im hessischen Justizvollzug und präzise Zahlen zur Substitution veröffentlicht. Überhaupt spielte das hessische Zentralkrankenhaus bei der Justizvollzugsanstalt Kassel I eine Vorreiterrolle. Hier wurde bereits auf Initiative des dortigen Ärztlichen Direktors Dr. Bumm im Jahre 1988 mit der Substitution begonnen (Bumm 1995).
Obwohl bereits solch frühe Einsätze der Substitution zu verzeichnen sind, wird sie bisher noch nicht flächendeckend und generell in allen Justizvollzugsanstalten eingesetzt. REX (1995) spricht von einem deutlichen Nord-Süd-Gefälle. Als substituierende Länder führt er auf: Die Stadtstaaten Hamburg, Bremen, Berlin und die Länder Niedersachsen, Hessen, Nordrhein-Westfalen. Alle sonstigen Alten Bundesländer stehen der Substitution eher ablehnend gegenüber. Daß sich Substitution im Vollzug offensichtlich in den genannten Ländern konzentriert, hängt möglicherweise auch mit der Gesamtsituation zusammen. So berichtet das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Weber 1995), daß zum Stichtag 1.4.1994 85 % aller Substituierter in den Regionen des kassenärztlichen Systems versorgt werden, die deckungsgleich sind mit den erwähnten Bundesländern.

Auch auf dem Hearing der Bundesminsterien für Gesundheit und der Justiz im August 1994 (Bundesminsterium f. G. u. Bundesminsterium d. J. 1994) erwies sich Substitution im Strafvollzug als nach wie vor umstritten, die Indikationsstellung war ausgesprochen uneinheitlich. Von einigen Teilnehmern wurde eine breitere Methadonsubstitution befürwortet, um die Ziele (1) Reduktion der Nachfrage nach Drogen, (2) Reduktion der Kriminalität im Vollzug, (3) psychische, physische und soziale Stabilisierung und (4) Motivationsstärkung zur Abstinenz zu erreichen.

**Berlin**

Aus Berlin liegen Berichte zur Substitution vor (Rex 1995). Es werden folgende Patientengruppen substituiert:

1. Patienten, die substituiert kamen, zur Überbrückung oder weil lediglich eine kurze Haftzeit vorliegt.
2. Patienten, bei denen die Indikation zur Einstellung im Sinne einer Entlassungsvorbereitung nach NUB 2.2. oder 2.3. erfolgt.
3. Patienten, bei denen eine reine Entzugsbehandlung durchgeführt wurde, d.h., daß bei den Patienten ein Opiatentzug erforderlich war, der medika-

mentös mit Methadon gestützt wurde. Erste Erfahrungen mit dem Angebot eines polamidongestützten Entzuges wurden bereits im Jahre 1991 gemacht. Genaue Zahlen über den Umfang der Berliner Substitution sind nicht publiziert. Es existieren interne Dienstanweisungen des Leitenden Arztes des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten, die die Substitution im Berliner Vollzug regeln und Erlaßqualität haben. Ansonsten orientiert sich die Vorgehensweise an den NUB-Richtlinien. Eine Behandlungsvereinbarung wird abgeschlossen, die psychosoziale Betreuung erfolgt in der Regel durch externe Mitarbeiter.

**Bremen**

Bremen war eines der ersten Bundesländer mit Methadonsubstitution im Strafvollzug. In Bremen werden folgende Patientengruppen substituiert:

1. Patienten, die substituiert gekommen sind werden nach Inhaftierung weitersubstituiert, wenn die Haftdauer 18 Monate (JVA Oslebshausen) bzw. 20 Monate (JVA Blockland) nicht übersteigt.
2. Patienten, bei denen eine reine Entzugsbehandlung durchgeführt wird.
3. Patienten, die während der Haft seitens des zuständigen Anstaltsarztes substituiert werden sollen, weil eine Indikation nach NUB besteht und die Behandlung sinnvoll erscheint oder als niedrigschwelliges Angebot auf Wunsch des Patienten.
4. Patienten, die im Sinne einer Entlassungsvorbereitung substituiert werden. (Hierbei ebenfalls unter Einschluß von Patienten, die im Sinne eines niedrigschwelligen Angebotes seitens des Vollzuges auf eigenen Wunsch substituiert werden wollen).

Die psychosoziale Betreuung erfolgt durch externe Berater. Grundlage der Substitution waren schriftlich fixierte Konzepte (im Rahmen eines Projektes zur Etablierung der Substitution), die auf Fortbildungsveranstaltungen unter Einschluß der gemachten Erfahrungen fortgeschrieben wurden. Hintergrund der Gesamtsubstitution waren die in Bremen von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Politik getragenen liberalen Auslegungen der NUB-Richtlinien. Darüber hinaus war handlungsleitende Maxime für die Bremer Anstaltsleitungen (Wiegand 1994) in der Folge von Substitution eine verbesserte Sozialprognose (im Sinne des § 57 StGB und des § 88 JGG) zu unterstellen.

Eine Stichtagserhebung (11.8.1994) ergab für die JVA für Frauen (n=26) 10 substituierte Frauen (=38,5 %), für die Bremer Kurzstrafenanstalt (n=50) 4 substituierte Männer (=8 %), für die JVA Oslebshausen (n=457) 58 substituierte Männer (=12,7 %) und für die JVA Bremerhaven (n=90) 20 substituierte Männer (=22,2 %).

**Hamburg**

Auch in Hamburg wurde bereits 1990 in größerem Umfang mit der Behandlung von Patienten begonnen, bei denen eine reine Entzugsbehandlung durchgeführt wurde.
Grundlage der Substitution war zunächst die Senatsdrucksache 13/5196 vom 16.1.1990.
In Hamburg stieß die praktische Umsetzung zunächst auf erhebliche Widerstände seitens der Anstaltsärzte und des Krankenpflegepersonals (Thiele 1994).
Mit Stand vom November 1994 sind im Hamburger Strafvollzug bisher 331 Insassen (davon 55 Frauen) substituiert worden. Aktuell befanden sich am Stichtag 26.11.1994 64 Insassen in der Substitution.
Substitution geschieht in enger Anbindung an die Vorgaben der Ärztekammer Hamburg.

Substituiert werden können:

1. Patienten, die nach Inhaftierung weitersubstituiert werden, weil bei ihnen eine klare Indikationsstellung nach NUB 2.2. (d.h. es liegt eine klare Indikation vor wie z.B. HIV/AIDS, lebensbedrohliche Zustände im Entzug, Anstehen einer Operation, Schwangerschaft) erkennbar ist oder bei denen ein korrektes Procedere nach NUB 2.3. (d.h. Vorliegen einer Zustimmung der entsprechenden Ärztekammerkommission bei einer vergleichbar schweren Erkrankung, gemessen an den Erkrankungen unter NUB 2.2.) vorliegt.
2. Patienten, die substituiert kamen und die zur Überbrückung oder weil lediglich eine kurze Haftzeit vorliegt, weitersubstituiert werden.
3. Patienten, bei denen eine reine Entzugsbehandlung durchgeführt wurde.
4. Patienten, die unsubstituiert kamen und die nach Indikationsstellung nach NUB 2.2. oder 2.3. in der JVA substituiert werden sollen.
5. Patienten, bei denen die Indikation zur Einstellung im Sinne einer Entlassungsvorbereitung nach NUB 2.2. oder nach 2.3. erfolgt.

Psychosoziale Betreuung geschieht durch Vollzugsmitarbeiter und durch vollzugsexterne Kräfte der von der Hamburger Gesundheitsbehörde eingerichteten Drogenambulanzen. Seit 11.7.1994 wird auch ein Arzt aus diesen Drogenambulanzen zur Betreuung Substituierter im Justizvollzug eingesetzt. Behandlungsverträge werden mit den Substituierten abgeschlossen.

**Hessen**

In Hessen wurde schon ab August 1988 im Zentralkrankenhaus bei der JVA Kassel I zunächst in begründeten Einzelfällen (Bumm 1995), ab 1992 zum einen auf Grundlage eines Rahmenvertrages vom 1.10.1991 und zum zweiten aufgrund eines speziell an den Belangen des Justizvollzuges orientierten Erlasses vom 18.8.1992 substituiert (Buchta/Schäfer 1996). Im wesentlichen können auf diesem Hintergrund substituiert werden:

1 Patienten werden nach Inhaftierung weitersubstituiert, weil bei Ihnen eine klare Indikationsstellung nach NUB 2.2. erkennbar ist oder bei denen ein korrektes Procedere nach NUB 2.3. (Vorliegen einer Zustimmung der entsprechenden Ärztekammerkommission etc.) vorliegt.
2. Patienten, die substituiert kamen, werden nach Inhaftierung zur Überbrückung oder weil lediglich eine kurze Haftzeit vorlag, weitersubstituiert.
3. Patienten, bei denen eine reine Entzugsbehandlung durchgeführt wurde.
4. Patienten, die unsubstituiert kamen und die während der Haftzeit nach Indikationsstellung nach NUB 2.2. oder 2.3. substituiert werden sollen.
5. Patienten, die unsubstituiert kamen und bei denen die Indikation zur Einstellung im Sinne einer Entlassungsvorbereitung nach NUB 2.2. oder 2.3. erfolgt.

Im hessischen Justizvollzug waren im Jahre 1992 die Justizvollzugsanstalten durchschnittlich mit 4865 Gefangenen belegt, 1993 mit 5085 und 1994 mit 5175 (davon 4943 männlich und 232 weiblich). Nur 8 Justizvollzugsanstalten beteiligten sich in der Zeit vom 18.8.1992 bis 31.12.1994 an der Substitution. Insgesamt ist die absolute zahl von Substituierten in hessischen JVAs steigend: 1993 wurden 315, 1994 352, 1995 378 und 1996 494 Inhaftierte substituiert. Psychosoziale Betreuung wird durch Vollzugsmitarbeiter geleistet, aber nicht immer in der gewünschten Intensität (BUMM 1995).

**Nordrhein-Westfalen**

Im Justizvollzug Nordrhein-Westfalens werden seit 1988 im wesentlichen folgende Patientengruppen substituiert:

1. Patienten, die substituiert kamen und die zur Überbrückung oder weil lediglich eine kurze Haftzeit vorliegt, weitersubstituiert werden.
2. Patienten, bei denen eine reine Entzugsbehandlung durchgeführt wurde.
3. Patienten, bei denen die Indikation zur Einstellung im Sinne einer Entlassungsvorbereitung nach NUB 2.2. oder nach 2.3. erfolgt.

Grundlagen der Substitution sind die NUB-Richtlinien (Riekenbrauck 1994). Vom vorbildlichen und in der Bundesrepublik einmaligen Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg aus gingen die Informationen über und der Anreiz zur Substitution durch jährliche Dienstbesprechungen der Ärzte und über viele informelle Gespräche in die Anstalten. Der Transfer von praktischer Erfahrung mit Substitution geschieht dadurch, daß die Anstaltsärzte zum Teil in Fröndenberg ausgebildet werden, bevor sie eine Anstalt übernehmen.
Der sogenannte Warme Entzug mit Polamidon wird in Nordrhein-Westfalen mit 4 Milliliter für 4 Tage begonnen. Dann folgen 4 Tage mit 3 Milliliter und jeweils 3 Tage mit 2 Milliliter bzw. mit 1 Milliliter, so daß eine Gesamtdauer des Entzuges von 14 Tagen resultiert.
Bei Patienten, die neu auf Polamidon eingestellt werden, wird bei einem Einstieg bei 2 - 4 Milliliter, durch Steigerung um 1 Milliliter alle 3 Tage auf 8 - 10 Milliliter aufgesättigt.

**Niedersachsen**

Hier wird die Substitution durch Erlaß vom 16.12.1992 geregelt. Dieser Erlaß orientiert sich im wesentlichen an den NUB-Richtlinien bzw. am Rahmenplan, hebt aber darüber hinaus auf die ärztliche Kompetenz und Entscheidung in Eigenregie des Anstaltsarztes ab. Es wird seitens der Aufsichtsbehörden erwartet, daß alle hauptamtlichen Anstaltsärzte den Fachkundenachweis erwerben.
Die Substitutionspraxis in den einzelnen Anstalten ist sehr unterschiedlich. So gibt es Anstalten, die überhaupt nicht substituieren neben Anstalten die folgende Patientengruppen substituieren:

1. Patienten, die substituiert kamen und die zur Überbrückung oder weil lediglich eine kurze Haftzeit vorliegt, weitersubstituiert werden.
2. Patienten, bei denen eine reine Entzugsbehandlung durchgeführt wurde.

3. Patienten, bei denen die Indikation zur Einstellung im Sinne einer Entlassungsvorbereitung nach NUB 2.2. erfolgt.
   Einzelne Anstaltsärzte stellen die Indikation großzügiger und substituieren darüber hinaus auch andere Patientengruppen:
4. Patienten, die nach Inhaftierung weitersubstituiert werden, weil bei Ihnen eine klare Indikationsstellung nach NUB 2.2. erkennbar ist oder bei denen ein korrektes Procedere nach NUB 2.3. (Vorliegen einer Zustimmung der entsprechenden Ärztekammerkommission etc.) vorliegt.
5. Patienten, die substituiert kamen und weitersubstituiert werden im Sinne eines niedrigschwelligen Angebots, obwohl eigentlich keine Indikation nach NUB vorlag.
6. Patienten, die unsubstituiert kamen und die nach Indikationsstellung nach NUB 2.2. oder 2.3. substituiert werden ohne Rücksicht auf die Haftdauer.
7. Patienten, die im Sinne eines niedrigschwelligen Angebotes seitens des Vollzuges auf eigenen Wunsch substituiert werden wollen.
8. Patienten, bei denen die Indikation zur Einstellung im Sinne einer Entlassungsvorbereitung nach NUB 2.3. erfolgt.
9. Patienten, bei denen die Möglichkeit zur Einstellung im Sinne einer Entlassungsvorbereitung als niedrigschwelliges Angebot des Vollzuges auf Wunsch des Patienten besteht.

In einzelnen Anstalten versuchen leitende Vollzugsmitarbeiter auf Auswahl, Dauer und Beendigung der Substitution Einfluß zu nehmen, haben aber in aller Regel nicht das dafür benötigte Wissen.

**Die JVA für Frauen Vechta**

Der Ärztliche Dienst der JVA für Frauen Vechta, der zentralen Hafteinrichtung für Frauen des Landes Niedersachsen (Haftplatzzahl 169) begann im Juni 1992, vor Herausgabe des entsprechenden Erlasses als erste Anstalt des Landes mit der Auflage eines systematischen Substitutionsprogrammes, zunächst orientiert an Rahmenplan und NUB-Richtlinien. Mit Stand vom 27.8.1995 waren insgesamt 97 Patientinnen substituiert worden (Stand 15.8.1996: 177). Von diesen 97 Patientinnen waren 60 bereits substituiert gekommen, bei 11 wurde lediglich eine Entzugsbehandlung durchgeführt, 26 Patientinnen wurden seitens des Ärztlichen Dienstes eingestellt (nach NUB 2.2. und 2.3.). Von den 60 bereits vor Inhaftierung substituierten Frauen hatten 6 eine Substitutionsdauer vor Inhaftierung von weniger als einem

Monat, 26 Patientinnen Substitutionszeiten von 1 - 5 Monaten, 11 Patientinnen von 6 - 12 Monaten, 8 Patientinnen von 11 - 24 Monaten und 7 Patientinnen hatten mehr als 24 Monate Vorsubstitution. Bei 2 Patientinnen war die Substitutionsdauer unbekannt.
Von den 97 Substitutionen wurden 56 durch Haftentlassung beendet, 16 waren zum damaligen Stichtag unbeendet, weil die Patientinnen sich weiter in Haft befanden. Vorzeitig beendet wurden 25 Behandlungen. Davon 8 auf eigenen Wunsch und 17 gegen eigenen Wunsch, davon 12 wegen Beikonsum. Interessant war auch der Entlassungsmodus: Von den 97 substituierten Patientinnen waren am Stichtag 71 entlassen. Auf Endstrafe entlassen wurden 20 Patientinnen (davon 12 mit einer Ersatzfreiheitsstrafe), zum Halbstrafenzeitpunkt wurden 2 Patientinnen entlassen, 20 zum Zwei-Drittel-Zeitpunkt, 6 auf dem Gnadenwege. Strafzurückstellungen im Sinne des § 35 BtMG mit Substitutionstherapie nach Entlassung erhielten 19 Patientinnen, 4 wurden in stationäre Abstinenzlangzeittherapien entlassen.
Obwohl die Strafdauer in keiner Weise ein Kriterium für die Substitution war, liegt die durchschnittliche Substitutionsdauer mit 3,84 Monaten eher niedrig. Ursachen hierfür sind möglicherweise die in der Regel kürzeren Haftzeiten im Frauenvollzug, die kurzzeitigen Entgiftungsbehandlungen (11 Pat.) und die kurzen Ersatzfreiheitsstrafen (12 Pat.). Die längste Substitutionsdauer bei einer Patientin betrug 38 Monate.
Der psycho-sozialen Betreuung wird große Bedeutung beigemessen. Sie wird von internen und externen Mitarbeitern geleistet und liegt in der Verantwortlichkeit des Suchtbeauftragten der Anstalt.
Eine Behandlungsvereinbarung zwischen Patientin, Arzt und Suchtbeauftragtem wird geschlossen.

**Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein**

Beim Hearing der Bundesministerien für Gesundheit und der Justiz (Bundesministerium f. G. u. Bundesministerium d. J. 1994) waren sich die Vertreter von Bayern und Baden-Württemberg einig, daß eine vor der Haft begonnene Substitution im Einzelfall dann fortgesetzt werden kann, wenn der Anstaltsarzt diese Behandlung aus medizinischer Sicht für notwendig hält; allerdings stellen sie fest, daß aufgrund der Eigenverantwortlichkeit und der Behandlungsfreiheit eine anstaltsärztliche Entscheidung anders als außerhalb der Mauern ausfallen kann. Generell heben beide Länder auf die eigenverantwortliche Entscheidung des Anstaltsarztes ab, begrenzen aber diese Ent-

scheidungsfreiheit sofort, indem sie Richtlinien vorgeben: Es habe sich um sehr sorgfältig anzugehende Einzelfallentscheidungen zu handeln (in der Regel nach NUB 2.2.). Größere Fallzahlen im Sinne eines Methadonprogrammes kämen für Bayern aus grundsätzlichen Erwägungen nicht infrage (Bundesministerium f. G. u. Bundesministerium d. J. 1994). Ebenso wird statt methadongestützter Entzüge der kalte Entzug favorisiert.
Für das Saarland und Schleswig-Holstein besteht grundsätzliche Bereitschaft zu einer Substitution im Sinne einer Entlassungsvorbereitung, während Rheinland-Pfalz darlegt, daß Patienten im Justizvollzug im allgemeinen entzogen sind und von daher eine entlassungsvorbereitende Substitution keinen Sinn mache.
In Schleswig-Holstein liegt ein Substititonserlaß aus dem Justizministerium vor, die Substitution ist von daher politisch gewollt. Der Vertreter aus dem Land Schleswig-Holstein bezeichnet die Substitution in den Justizvollzugsanstalten jedoch als unzureichend (Busche 1994). Es werde nur in einer Justizvollzugsanstalt mit Methadon substituiert, in einer anderen mit Codein. Weder die NUB-Richtlinien noch das Medikamentengestützte Therapie Konzept des Landes würden umgesetzt. Substituiert werde nur in wenigen Einzelfällen. Gleichwohl wurde bereits im Mai 1991 vom Landesbeirat für Bewährungs- und Straffälligenhilfe in einer Resolution (Ostendorf 1991) gefordert, das Methadonprogramm, wie es landesweit durchgeführt wird, auch für Gefangene anzubieten.

#### 5.2.4.2.7 Psychosoziale Begleitung

Psychosoziale Betreuung ist in den Anstalten wie außerhalb eine sinnvolle Ergänzung und wichtig für die Perspektivenentwicklung – entsprechende Angebote etwa zur Arbeits- und Ausbildungsmotivation und -durchführung, zu behandlungsbegleitenden Gesprächsgruppen, Außenorientierungen, soziale Stabilisierungen müssen unterbreitet werden. Dabei muß die psychosoziale Betreuung der jeweiligen individuellen Situation der Gefangenen adäquat sein und entsprechend den unterschiedlichen Bedürfnissen der Gefangenen differenziert werden.
Grundsätzlich ist zu bemerken, daß psychosoziale Begleitung auch unter intramuralen Bedingungen als different zur extramuralen zu verstehen ist, denn zunächst gilt es auch für diese Gruppe haftspezifische Probleme zu minimieren, wie etwa die Unausweichlichkeit, die mangelnde Distanz zu Noch-GebraucherInnen etc.

Seit Dole (1981) und Nyswander besteht Einigkeit darüber, daß neben der Vergabe des Substitutes auch begleitende psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen sinnvoll sind (vgl. Bossong/Stöver 1997; Scherbaum/Bender 1995). Die Ziele der Substitutionsbehandlung: gesundheitliche und soziale Stabilisierung, Stärkung eigener Ressourcen, lassen sich mit einer psychosozialen Betreuung eher und besser erreichen als ohne. Insofern ist die psychosoziale Betreuung als Komponente der Substitutionsbehandlung und als Maßnahme der Erhöhung der Erfolgsaussichten der Behandlung sowohl für das stationäre Behandlungssetting als auch für die ambulante durchgeführte Substitutionsbehandlung anerkannt (vgl. m.w.N. Weber 1998, 410).

Bühringer et al. (1995b) nennen drei Gründe, warum in manchen therapeutischen Settings auf psychosoziale Betreuung verzichtet wird: Finanzielle Gründe, fehlende fachliche Kompetenz und konzeptionelle Überlegungen. Die finanziellen Gründe werden in der Zukunft noch drückender, angesichts leerer kommunaler Kassen und zunehmender Beschränkung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite und der damit konkurrierenden Forderung nach regional strukturierter, aufwendiger, kompetenter, flächendeckender psychosozialer Betreuung auf der anderen Seite.
Die fehlende fachliche Kompetenz beruht möglicherweise auf unzureichender psychotherapeutischer Ausbildung der Ärzte. Auch die Mitarbeiter der Drogenberatungen, die die psychosozialen Maßnahmen durchführen, stehen vielfach in der Tradition drogenfreier Behandlungen und haben von daher Schwierigkeiten, sich auf substituierende Angebote einzulassen bzw. sind nicht (mehr) bereit, sich mit diesen neuen substituierenden Behandlungskonzepten ausreichend zu befassen.

Die gesetzliche Grundlage bietet keinen Anhaltspunkt für eine definitiv und zwingend vorgeschriebene Regelung. Zwar wird in der BtMVV der Arzt in die Pflicht genommen, darauf hinzuwirken, daß der/die PatientIn an einer psycho-sozialen Betreuung teilnimmt und es ist auch gefordert, diese zu dokumentieren. Eine conditio-sine-qua-non läßt sich daraus aber nicht ableiten. Entsprechend heterogen ist das Bild der psycho-sozialen Betreuung in Deutschland. Zum einen gibt es obligatorische psycho-soziale Betreuung mit strukturierten, konzeptionell und praktisch gut durchgearbeiteten Angeboten (z. B. in Hamburg), zum zweiten gibt es obligatorische psycho-soziale Betreuung ohne solche Vorgaben und mit weitgehenden Freiheiten in Inhalt, Dauer, Zielen (z. B. in Niedersachsen) und drittens existieren psycho-soziale

Betreuungen mit weitgehend freier Wahlmöglichkeit durch den Substitutierten (z. B. in Bremen). Die Angebotsstrukturen der einzelnen psycho-sozialen Betreuungsmodelle reichen von Sicherung der materiellen Basis (Ausbildung, Beruf, Wohnung, Schuldenregulierung, Einkommen) über niedrigschwellige Kontaktangebote (Teestube, informelle Kontakte, unverbindliche Gesprächsangebote) bis hin zu medizinischer Versorgung (Hausbesuche bei Krankheit) und bis hin zu Krisenintervention, Entwicklung von Lebensperspektiven und individueller Psychotherapie.

Auch die psycho-soziale Betreuung substituierter Patienten im Justizvollzug muß sich an den erarbeiteten Standards/Leitlinien außerhalb des Vollzuges orientieren. Fritsch (1996) formuliert als Grundlage für psycho-soziale Betreuung im Justizvollzug:

- Politik und Entscheidungsträger innerhalb der Anstalt müssen das Substitutionsprogramm mit tragen. Es muß klar sein, daß die Substitution eine verbesserte Sozialprognose zur Folge hat und deshalb Vollzugsplanung flexibel gehandhabt werden kann.
- Organisation und Verantwortung für die Substitution und die psycho-soziale Betreuung ist allein Aufgabe des Ärztlichen Dienstes. Eine ausreichende Anzahl von kompetenten Mitarbeitern auch aus anderen Bereichen muß zur Verfügung stehen, sie unterliegen alle der ärztlichen Schweigepflicht.
- Durch Teamarbeit muß ein verantwortlicher und flexibler Umgang mit den Regeln im individuellen Falle gewährleistet sein.
- Systematische Angebote für psychosoziale Betreuung müssen in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.

Welche Inhalte können psychosoziale Begleitungen von Gefangenen in Substitutionsbehandlungen haben? Schaper (1997) führt neben den – auch außerhalb des Vollzuges wichtigen – Inhalten u.a. folgende an:

- Ängste vor Rückfällen in Beikonsum und „Bearbeitung“ derselben,
- Umgangsmodalitäten mit anderen Substituierten und mit Nichtsubstituierten,
- Vertrauen und Umgang mit dem behandelnden Arzt und die Beziehung zum „BetreuerIn“,
- emotionaler und praktischer Umgang mit der Haftsituation,
- Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- männliche/weibliche Sozialisation (ggf. Mißbrauchserfahrungen),

- Ohnmachts-/Schuldgefühle (Opfer-Täter-Position),
- Partnerbeziehungen (Erwartungen, Rollenverhalten, Rückfallgefährdung, Ressourcen),
- Umgang mit „Alleinsein“,
- Beziehung zur „Herkunftsfamilie“ und den eigenen Kindern,
- kognitive Repräsentanz einer Bezugsperson,
- abwägende Entscheidungsfindung von Lebenszielen,
- Angstauslöser und Umgang mit unerwünschten Gefühlen (auch als Rückfallprophylaxe),
- Hoffnungen, Ängste bzgl. der Entlassungssituation,
- Sinnfindung (Schicksal, Freiheit, Entscheidungen, Ziele).

Innerhalb von Einzel- oder Gruppengesprächen mit MitarbeiterInnen der internen Suchtberatung bzw. Sozialdienste oder der externen Hilfeorganisationen können diese Inhalte bearbeitet werden. Das übergeordnete Ziel ist die Ausrichtung der Unterstützung auf Stärkung eigener, vorhandener Ressourcen und Vernetzung mit externen Personen und Institutionen.

Allerdings fehlen außerhalb wie innerhalb des Vollzuges Richtlinien über Häufigkeit, Art und Umfang von psychosozialer Begleitung. Insbesondere ist zu fragen, wie könnte diese unter intramuralen Bedingungen geleistet werden? Fachlicher Konsens ist, daß sich die Form, Inhalt und Intensität nach den individuellen Lebensumständen und dem Bedarf des Patienten/Gefangenen zu richten hat. Dies setzt allerdings voraus, daß die psychosoziale Begleitung als Angebot auch den Gefangenen unterbreitet wird.

Vielfach stehen im Justizvollzug personelle, instrumentelle, organisatorische Ressourcen, die für eine psycho-soziale Betreuung benötigt werden zwar zur Verfügung. Allerdings sind diese Ressourcen bisher noch in anderen Arbeitsbereichen gebunden (Vermittlung in Abstinenztherapien, Betreuung anderer Inhaftiertengruppen, Schulmaßnahmen etc.). Wenn eine größere Verbreitung von Substitutionsbehandlungen in den Justizvollzugsanstalten gewollt ist, wäre eine Umschichtung dieser Ressourcen hin zu einer psychosozialen Betreuung notwendig. Psycho-soziale Betreuung wäre dann im Justizvollzug auch in größerem Umfang leistbar.

**Synopse von Substitutionsszenarien im Justizvollzug**

Entsprechend der unterschiedlichen Länderregelungen zur Substitutionsbehandlung im Justizvollzug, den anstaltsärztlich vertretenen Zielen und Mitteln der Behandlung der Opiatabhängigkeit, den verschiedenen Voraussetzungen und sonstigen Rahmenbedingungen läßt sich folgende Synopse der Substitutionsszenarien erstellen:

| **Gruppe I vor der Inhaftierung substituiert** | | **Gruppe II vor der Inhaftierung nicht substituiert** | | |
|---|---|---|---|---|
| ***Gruppe A*** | ***Gruppe B*** | ***Gruppe C*** | ***Gruppe D*** | ***Gruppe E*** |
| in Haft weiter substituiert (HB[1]) | in Haft nicht weiter substituiert | Entzugsbehandlung (B/HB/HH/HES/ NIE/NRW) | Beginn einer Substitutionsbehandlung in Haft (unabhängig von der Haftdauer | Beginn einer Substitutionsbehandlung in der Entlassungsvorbereitung |
| klare Indikation nach NUB 2.2. oder 2.3. (HH/HES/NIE[2])[3] | keine Substitutionsbehandlung in der JVA | | klare Indikation nach NUB 2.2. oder 2.3. (HB/HH/HES/ NIE[2]) | Klare Indikation nach NUB 2.2. oder 2.3. (B/HB/HH/HES/ NIE/NRW)[5] |
| zur Überbrükkung bzw. aufgrund kurzer Haftstrafe (B/HH/HES/ NIE/NRW) | Indikation liegt nach Ansicht des Anstalts arztes nicht (mehr) vor[4] | | als niedrigschwelliges Angebot – keine Indikation nach NUB (HB/NIE[2]) | |
| als niedrigschwelliges Angebot – keine Indikation nach NUB(NIE[2]) | | | | als niedrigschwelliges Angebot – keine Indikation nach NUB (HB/NIE[2]) |

**Anmerkungen:**

4) Haftdauer < 18/20 Mon.
5) In einzelnen Anstalten, nicht flächendeckend
6) BAY/BA-WÜ nur NUB 2.2. in wenigen Einzelfällen
7) Ggf. massiver Beigebrauch, sehr kurze Substitutionszeit vor der Inhaftierung, Hausarzt hat nur substituiert wegen der Inhaftierung ggf. um in der Haftanstalt eine Weitersubstitution zu erreichen, Delinquenz während der Substitution
8) Grundsätzliche Bereitschaft in S-H u. SAARL

#### 5.2.4.2.8 Substitutionsbehandlung im Vollzug: Die Gleichzeitigkeit von Hilfe und Kontrolle

Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug stellen zwar eine medizinisch anerkannte Behandlung der Krankheit Opiatabhängigkeit dar – sie sollten jedoch kein vollzugliches Mittel zur Initiierung oder Kontrolle von Wohlverhalten, oder gar ein 'Gnadenakt' sein. Insbesondere in der alltäglichen Praxis der Substitutionsbehandlung, im konkreten Procedere zeigt sich allerdings, daß es sich um eine Krankenbehandlung handelt, in die auch vollzugliche Interessen einfließen. Versuche, die Auswahl und Anzahl der Substitutionsklientel beeinflußen zu wollen, möglichst auffällige, vollzugsstörende DrogenkonsumentInnen in Substitutionsbehandlungen zu bringen, spiegeln diese ordnungspolitisch motivierte Interessenlage besonders deutlich wieder. Wahrnehmbar für alle Beteiligten im Vollzug ist, daß die Methadonsubstitution im Gefängnis die oftmals angespannte, brisante Drogensituation entlastet: Wochenendliche Ruhe im Gefängnis und das Ausbleiben besonderer Vorkommnisse sind deutlich wahrnehmbare Indizien für ausreichende bedarfsgerechte intramurale Substitutionsbehandlungen.

In der Anstalt ist in der Regel bekannt, welche/r Gefangene substituiert wird: Durch das „Durchschließen" zur medizinischen Abteilung, die Präsenz zu festen Zeiten zur Methadoneinnahme, ist im Grunde der Allgemeine Vollzugsdienst informiert. Doch anders als bei einer 'normalen' Krankenbehandlung werden diese Gefangene kritisch betrachtet, ob sie die Regeln der Krankenbehandlung einhalten, keinen Beigebrauch haben etc. Das heißt, die 'Kontrolle' über Verlauf und den Erfolg der Krankenbehandlung wird auch – informell – von den VollzugsdienstmitarbeiterInnen vorgenommen. Die Mitarbeit an den Vollzugszielen wird als Bestätigung, Weigerungen als Fehler der Indikationsstellung gewertet. Hier liegt die gemeinsame Schnittmenge von Medizin und Vollzug: Vollzugliches Fehlverhalten und nachgewiesener Beikonsum führt unvermeidlich (und i.d.R. unverzüglich) zum Absetzen des Substitutes. Problematisch ist dabei die medizinisch-therapeutische Bewertung von vollzuglichem Fehlverhalten (z.B. Fluchten, Arbeitsverweigerung, soziale Unverträglichkeit). Dennoch werden diese häufig zum Anlaß für Behandlungsbeendigungen genommen, was die Verschränkung von medizinischer Hilfe und vollzuglichen Ordnungsinteressen beispielhaft verdeutlicht.

Vor diesem Hintergrund ist der Justizvollzug stets versucht, Substitution als probates vollzugliches Ordnungsinstrument zu begreifen. Hier kommt die

ganze Ambivalenz der Substitutionsbehandlung im Vollzug zum Tragen: Funktioniert Methadonsubstitution unter Vollzugsbedingungen, so ist der Vollzug ruhig, handhabbar – ein Beitrag zum sozialen Frieden. Funktioniert die Substitution nicht, so ist sie diskreditiert und kann im Zweifel vom Vollzug als gescheitert erklärt werden. Adaptiert der Vollzug die Substitution als sein Instrument, so entstehen neue differenzierte, uneindeutige Bezüge zum Kontrollauftrag. Durch unsachgemäße, d.h. nicht an medizinischer Indikation, sondern an vollzuglichem Interesse orientierte Auswahl der TeilnehmerInnen steigt oftmals auch die Rate der TherapieversagerInnen. Darüber hinaus verkennen juristische und vollzugliche Standpunkte oftmals die der Sucht inhärente Strukturen und Dynamiken. So besteht in der Praxis der Standpunkt eines leitenden Vollzugsmitarbeiters, im Vollzug durch Drogenkonsum aufgefallene Häftlinge seien gerade wegen dieses Drogenkonsums ungeeignet für eine Methadonsubstitution. Gerade das Gegenteil ist richtig: Wäre der Patient in der Lage, unter den Bedingungen der Haft abstinent zu leben, wäre er eher kein geeigneter Patient für eine Methadonsubstitution. Ähnliche Gefahren der Verkennung von Suchtdynamik birgt auch die sich zunehmend etablierende juristische Indikation für eine Substitutionstherapie (Lesting 1993). Hier werden strafrichterliche Milde (wie Strafaussetzung zur Bewährung etc.) an eine Substitutionsauflage gekoppelt. Obwohl prinzipiell begrüßenswert, verkennt diese Vorgehensweise, daß eine Bereitschaft zur Änderung der Lebensumstände allein (hier ist in erster Linie Legalbewährung gemeint) sicher keine medizinische Indikation für eine Methadonsubstitution darstellt. Die Bereitschaft zur Änderung der Lebensumstände kann allenfalls Folge oder Ziel einer Methadonsubstitution sein, aber nicht deren Voraussetzung oder gar deren Grund. Vollzugspraktischen Überlegungen in Hinblick auf eine Verbesserung der Sozialprognose für drogenabhängige Gefangene entspringt die Praxis, erst im Rahmen der Entlassungsvorbereitung mit der Substitutionsbehandlung zu beginnen. Hier ist zu fragen, warum die Substitutionsbehandlung als anerkanntes Mittel der Wahl nicht schon vorher eingesetzt werden kann, um die o.g. stabilisierenden und infektionsprophylaktischen Wirkungen schon während der gesamten Haftzeit wirksam werden zu lassen (vgl. umfassend: Keppler/Stöver 1997).

Bestrebungen, Methadonsubstitution nur noch als ordnungspolitisches Instrument einzusetzen nach dem Motto: „Je mehr desto besser!“ wird die Substitution auf Dauer diskreditieren. Bei breiter Streuung wird auch die Zahl der beikonsumierenden PatientInnen höher werden. Offensichtlich beikonsumierende PatientInnen werden im Bereich einer noch weitgehend

abstinenzorientierten Öffentlichkeit bzw. im Blick des ebenso denkenden Justizvollzugspersonals aber als versagende Patienten gewertet. In den seltensten Fällen ist der Blick von Öffentlichkeit oder Justizvollzugspersonal so differenziert, daß er trotz Beikonsum Fortschritte in der gesundheitlichen Stabilisierung der PatientInnen zu erkennen vermag.
Deutlich wird, daß Methadon im Vollzug außerordentliche Ambivalenzen aufweist – zwischen Drogenkontrolle und 'Kontrolldroge'.

Psychosoziale Begleitung wird weitgehend verordnet, angekoppelt an die Vergabe des Substituts. Auch hierin bestehen erhebliche Unterschiede zu 'draußen'. Die psychosoziale Begleitung ist nicht auf freien Wunsch und anonym in Anspruch zu nehmen – es existieren, parallel zum Fehlen einer freien Arztwahl, nur eingeschränkte Angebote. Eine Auffälligkeit als Substitutierte/r im Vollzug wird auch über eine Teilnahme an Sitzungen psychosozialer Hilfen hergestellt. Psychosoziale Betreuung im Vollzug bedeutet für die Gefangenen (und die dort tätigen Bediensteten) Hilfegewährung im Spannungsfeld von Kontrolle und Hilfe: Ist der/die interne SuchtberaterIn in die ärztliche Schweigepflicht eingebunden, werden sie zu Stellungnahmen zu vollzuglichen Entscheidungen aufgefordert? Schaper (1998) kennzeichnet die schwierige Situation folgendermaßen: „In der Praxis wählen die Klienten sehr individuell zwischen Skylla und Charybdis, dem Wunsch, vollzugliche Entscheidungen durch einen 'wohlwollenden', von den Kollegen durchweg akzeptierten Suchtberater zu ihren Gunsten zu beeinflussen, dessen Integrität sie aber immer wieder in unterschiedlichem Maße prüfen oder gar anzweifeln – oder dem Wunsch nach einer externen Vertrauensperson, der sie absolute Diskretion zubilligen, die sich aber bewußt aus allen anstaltsinternen Entscheidungen, die aktuell ihr Leben prägen, heraushält. Im günstigsten Falle besitzt eine Haftanstalt beide Betreuungsmodelle".

Die psychosoziale Betreuung Substituierter sollte durch fachkundige MitarbeiterInnen des Vollzuges dem ärztlichen Dienst angegliedert werden. Schaper (1998) führt an, daß eine derartige strukturelle Verknüpfung eine Eindeutigkeit des Status der Betreuung für alle Beteiligten bedeuten würde, weil der/die BetreuerIn nicht mehr in direkter Nähe zur Vollzugsadministration steht. Die Drogenscreenings in den Substitutionsbehandlungen sollten ebenfalls strikt getrennt organisiert und ausgewertet werden.
Gleichwohl bedeutet auch diese Konstruktion keine völlige Trennbarkeit. Es erweist sich in der Praxis als günstig und wird von den Gefangenen auch selten abgelehnt, daß die psychosoziale Betreuung Kontakte mit der Abtei-

lungsleitung und dem Sozialdienst aufnimmt und mit den Bedingungen und Abläufen innerhalb der Haftanstalt vertraut ist. Eine Akzeptanz seitens der Gefangenen besteht allerdings nur, „wenn die Arbeitsweise transparent ist und mit dem/der Klienten/in vorbesprochen wird. Es bleibt das sich meist schon aus dem lebensgeschichtlichen Hintergrund des Klienten und der Machtkonstellation ergebende Mißtrauen. Der/die Substituierte weiß, daß er bzgl. seiner/ihrer Behandlung sowohl vom Arzt/Ärztin als auch vom Betreuer/von der Betreuerin abhängig ist. Dieses Verhältnis prägt maßgeblich die Beziehungsdynamik“ (Schaper 1998). Auch für die psychosoziale Begleitung Substituierter ist eine Einbindung externer Drogen- und/oder AIDS/Betroffenen-Organisationen unerläßlich.

**Weitere Problembereiche**

Die besonderen Problembereiche der Substitutionsbehandlung im Justizvollzug liegen vor allem auf den Gebieten der Organisation, Vernetzung, unterschiedlichen fachlichen Standards und Praxis in den Anstalten und politischen Rahmenbedingungen der verschiedenen Bundesländer. Im folgenden werden einige Problembereiche benannt, die im Rahmen einer im Kapitel „Diskussion“ geforderten Bestandsaufnahme der Substitutionsbehandlung im Vollzug weiter ausgearbeitet werden müssen.

- **Organisation der Substitutionsbehandlung während Ausgang und Urlaub**
  Zwar besitzen die Gefangenen oftmals bereits Substitutionserfahrungen außerhalb des Vollzuges, doch kommt es immer wieder vor, daß Kontakte zu Ärzten neu hergestellt werden müssen, die dann während des Urlaubs (meistens am Heimatort) die Substitutionsbehandlung übernehmen. Der Urlaub kann auch eine Möglichkeit sein, eine Anbindung an einen Arzt zu suchen. Dies erfordert Eigenleistung mit Unterstützung durch die Fachdienste und/oder extramuralen Hilfsorganisationen (vgl. Nds. Sozialministerium 1994, S. 209). Diese Eigeninitiative kann als Baustein der Behandlung genutzt werden. Für einzelne JVAs bestehen bereits bestimmte Routinen im Umgang mit einer Weitersubstitution bei Urlaub, wie z.B. beim Ärztlichen Dienst der JVA für Frauen Vechta:
  - Die Patientin muß ihren Urlaubsantrag rechtzeitig stellen, d.h. mindestens 14 Tage vor dem Urlaubsantritt.
  - An Urlaubsorten mit einer JVA wird die Patientin an der dortigen JVA substituiert. Ist der Urlaub an Orten geplant, in denen keine JVA existiert, so sucht sich die Patientin vor Stellung des Urlaubsantrages einen

Arzt, klärt mit diesem die Möglichkeit der Substitution während ihres Urlaubs und vermerkt Namen, Anschrift und Telefonnummer des Arztes auf dem Urlaubsantrag.

- Der genehmigte Urlaubsantrag wird dem Ärztlichen Dienst vorgelegt. Dieser verifiziert die Substitution und stellt die von der BtMVV vorgeschriebene Substitutionsbescheinigung und Überweisung aus und vermerkt die Substitutionsdaten unter der Rubrik: Weisungen auf dem Urlaubsantrag. Die Substitutionsbescheinigung und die Überweisung holt sich die Patientin vor Urlaubsantritt beim Ärztlichen Dienst

- **Organisation und Finanzierung nach Entlassung**
  Die Aufnahme oder Weiterführung einer Substitutionsbehandlung in Haft sollte so angelegt sein, daß nach Entlassung eine nahtlose (auch nicht durch Wochenende unterbrochene) Fortführung der Behandlung durch niedergelassene Ärzte oder regionale/kommunale Substitutionsprogramme gewährleistet ist. Dies bedeutet eine Abklärung der Indikation (nach NUB) und damit verbunden: der Kosten.

- **Einstellung bei Substitutionsbehandlung im Rahmen der Entlassungsvorbereitung**
  Die Einstellung bei einer Entlassungsvorbereitung sollte den gleichen Regeln folgen, wie bei einer ursprünglichen Einstellung, d.h. Organisation und Finanzierung müssen gesichert werden (s. NUB 2.2. und 2.3.). Die Einstellung erfolgt dann auf der Krankenabteilung gemäß individueller gesundheitlicher Lage und Drogenkonsum. Ein Schema könnte sein: Beginn mit 2ml, dann tageweise Steigerung um 1ml (d.h. 3,4,5 ml.) Ab 5ml dann tageweise nur noch 0,5ml steigern. Unter Umständen kann man auch bei einer bestimmten Dosierung für einige Tage verharren und erst dann nach Bedarf weiter steigern. Auch andere Procedere sind denkbar.

- **Überstellung in JVAs ohne Substitutionsbehandlung**
  Bei Überstellung von einer substituierenden JVA in eine andere ist in aller Regel eine Weitersubstitution bei kurz dauernden (z.B. Termin-)Überstellungen gewährleistet. Bei längerfristigen Überstellungen treten Probleme auf. Das Maß der Uneinheitlichkeit der Substitutionsbehandlung wird deutlich an folgendem Beispiel: Wird eine Patientin aus Niedersachsen im Urlaub in Bayern festgenommen, kann es passieren, daß eine Substitution beendet wird, obwohl die Patientin mit Zustimmung der Niedersächsischen Ärztekammer substituiert wurde.

- **Methadonentzug bei Überstellung in eine drogenfreie stationäre Langzeittherapie (gem. § 35f BtMG)**
  Hier muß eine vollständige Abdosierung entweder in der Anstalt erfolgen, oder es wird ein Entzug in einem Krankenhaus außerhalb des Vollzuges durchgeführt (die Patientin ist dann bereit „enthaftet"). Einige Therapieeinrichtungen nehmen auch PatientInnen, bei denen eine Herunterdosierung begonnen wurde (gängige Obergrenze ist dann 5ml Methadon).
- **Zurückstellung der Strafe (gem. § 35f BtMG) und Überleitung in eine Substitutionsbehandlung mit oder ohne psychosoziale Begleitung.**
  Hier besteht eine unterschiedliche Zurückstellungspraxis von Bundesland zu Bundesland, sogar innerhalb eines Bundeslandes von Landgerichtsbezirk zu Landgerichtsbezirk. Dies geht auf offensichtlich unterschiedliche Prognosen der Gerichte und Staatsanwaltschaften zurück. Erheblicher Regelungsbedarf besteht allerdings noch bei der Notwendigkeit psychosozialer Begleitung und der Definition des Therapieabbruchs (siehe zu den Problemen einer großzügigen Handhabung der Zurückstellung der Strafvollstreckung „zwecks Aufnahme einer ambulanten Therapie" ohne Schaffung einer nötigen Infrastruktur außerhalb des Vollzuges Verein Krisenhilfe Essen u.a. 1996).

#### 5.2.4.2.9 Zur Bedeutung der Substitution für den Vollzug

Die Substitutionsbehandlung ist eine Behandlungsform von Opiatabhängigkeit, die gerade für den Justizvollzug besonders gut geeignet ist. Zum einen befindet sich in den Gefängnissen gerade das Klientel, das besonders für eine Methadonsubstitution infrage kommt: iv DrogenkonsumentInnen mit langen Drogenkarrieren und frustranen Abstinenztherapieversuchen. Zum anderen ist ein Großteil der Ressourcen bereits vorhanden, die zur Substitution und zur psychosozialen Betreuung benötigt werden. Bossong (1995) sieht gar ein vergleichsweise günstiges Rahmensetting für diese Behandlungsform im Vollzug: „In den Anstalten findet sich im großen Umfang die 'klassische' Zielgruppe für die Methadonsubstitution (Therapieabbrecher, Abstinenzunwillige, gesundheitlich und sozial stark Vorbelastete); die Abhängigen sind kontinuierlich verfügbar, so daß eine regelmäßige Methadonvergabe samt der nötigen Urinkontrollen problemlos möglich ist; das Vollzugsziel „Legalbewährung" (was durchaus nicht zwingend gleichzusetzen ist mit Abstinenz!) deckt sich problemlos mit den Behandlungszielen" (S. 14/15). Ferner sei davon auszugehen, daß substituierte Gefangene den vorhandenen

Vollzugsangeboten gegenüber wesentlich aufgeschlossener werden. Neben dem Herausbrechen aus der Drogenszene, neben dem Vermeiden von neuen Abhängigkeitsstrukturen kann Substitution vor allem Helfer sein bei einer Verhaltensänderung vom riskanten Spritzdrogengebrauch zur weniger risikobehafteten Applikationsart des Nicht-Spritzdrogengebrauchs. Die Substitutionsbehandlung trägt zur gesundheitlichen und damit auch zur sozialen Stabilisierung drogenabhängiger Gefangener bei und bietet einen kontinuierlichen täglichen Behandlungskontakt, der oftmals die Grundlage weiterer medizinischer Behandlung oder psychosozialer Unterstützung darstellt (vgl. umfassend: Dolan/Wodak 1996). Insbesondere ist sie in infektionsprophylaktischer Hinsicht von großer Bedeutung, da sie den i.v. Drogenkonsum bei Gefangenen massiv einschränkt und bei guter Einstellung einen (i.v.) Opiatgebrauch in der Regel völlig verhindert. Needle-sharing als Haupttransmissionsweg existentiell bedrohender Infektionskrankheiten (HIV und Hepatitiden) kann damit in einem hohen Maße blockiert werden (vgl. zur internationalen Übersicht: Hall/Ward/Mattick 1993; Boguna, J. 1995 u. 1997). Infektionsrisiken ergeben sich nur noch über den im Justizvollzug weniger verbreiteten i.v.-Konsum von Kokain und Benzodiazepinen/Barbituraten.

Die Substitutionsbehandlung darf auch im Justizvollzug nicht mit Erwartungen und Forderungen überfrachtet werden, die letztlich therapiefremd und eher ordnungspolitisch motiviert sind: Auch im Justizvollzug bleibt die Substitutionsbehandlung eine medizinisch anerkannte Behandlung der Krankheit Opiatabhängigkeit und kein vollzugliches Mittel zur Initiierung oder Unterstützung von Wohlverhalten. Die Substitutionsbehandlung folgt unter den besonderen Bedingungen der Haft den Regeln der Substitution außerhalb der Haftanstalten: „Daraus erwächst aber auch den Inhaftierten bei gegebener Indikation ein Anspruch auf eine Substitutionsbehandlung, so daß sie nicht aus Gründen prinzipieller Ablehnung seitens der Anstalt unterbleiben darf“ (Kommission 1995, S. 73).

Die Substitutionsbehandlung setzt schließlich Auseinandersetzungsprozesse mit einem problemadäquaten Umgang mit Drogenabhängigkeit im Justizvollzug auf allen Ebenen in Gang: Bedienstete, Mitgefangene, Leitung werden jenseits der traditionellen Abstinenzforderung mit anderen Therapiezielen konfrontiert: Auch gesundheitliche und soziale Stabilisierung sind „legitime“ und individuell wichtige Ziele unterhalb der Maximalforderung nach Abstinenz.

Die Substitutionsbehandlung fördert akzeptierende Einstellungen – sie fordert Entwicklungen von allen Beteiligten. Durch ihre Einführung wird die

Kluft zwischen Medizin drinnen und draußen verringert. Substituierte mit einer Indikation nach vormals NUB 2.2. oder 2.3. mit vorliegender Zustimmung der Ärztekammer müssen im Vollzug weiter substituiert werden und können dann, durchgehend substituiert, wieder entlassen werden.
Da die Substitution draußen bekannt und anerkannt ist, können inhaftierte drogenabhängige Patienten in der Phase des Strafvollzuges Interesse für eine substituierte Lebensphase entwickeln. Gefängnismedizin sollte auf solche Wünsche eingehen können und die Interessierten nicht aus formalen, dogmatischen oder sonstigen Gründen zurückweisen.

Eine bundesweit auch nur annähernd einheitlich gehandhabte Methadonsubstitution im Strafvollzug existiert nicht. Die bisher erstellten Richtlinien bzw. Standards für Substitution oder psychosoziale Betreuung klammern Strafvollzug vollständig aus. Auch eine systematische Erfassung der Substitutionssituation im Justizvollzug Deutschlands im Sinne einer Methadon-Expertise-Justizvollzug muß noch geleistet werden. Im Interesse einer Substitution im Vollzug ist es unerläßlich, sich um einen breit getragenen fachlichen Konsens zu bemühen. Dies könnte geschehen über eine Analyse der Ist-Situation als ersten Schritt im Sinne der angesprochenen Expertise. Der zweite Schritt könnte sein, die Hemmnisse zu erkunden und zu evaluieren, die einer Angleichung von Substitution intra- und extramural entgegenstehen. Im dritten Schritt sollten konsensfähige Minimalstandards (Leitlinien) für Indikation, Procedere, Inhalte des Behandlungsvertrages, psychosoziale Betreuung etc. festgeschrieben werden. Im vierten Schritt könnten bei Substitution im Vollzug auftretende Spezialproblemstellungen Erörterung finden. Im fünften Schritt müßten Maßnahmen zur ärztlich selbstverwalteten Effizienzkontrolle und Qualitätssicherung stehen (Schäfer/Herholz 1996; Dauth 1995). Insgesamt könnte das Instrument der Ärztlichen Qualitätszirkel für Erfahrungsaustausch und Harmonisierung sorgen (Bahrs et al. 1995).

Diese Vereinheitlichung der Substitutionspraxis im gesamten deutschen Justivollzug ist dringend geboten. Die vom BMG und dem BMJ im August 1994 gemeinsam durchgeführte Expertenanhörung zum Thema ‘Drogen- und HIV-Prävention im Justizvollzug’ (BMG/BMJ 1995) hat deutlich gemacht, daß fachliche Standards für die Methadonvergabe für den Vollzug fehlen und folglich noch abgestimmt werden sollten[33]. Angeregt wurde in der Dokumentation des Hearings, daß die Ärzte im Strafvollzug sich in der

33 Auch die Standards für die Methadonsubstitution außerhalb des Vollzuges klammern die Substitution im Vollzug vollständig aus

Frage der Standards um einer effektiven und patientengerechten Substitutionsbehandlung um einen fachlichen Konsens bemühen sollten. Insbesondere folgende Fragestellungen sind dabei von großer Bedeutung:

- Wie wird die Indikation zur Substitution gestellt und welcher Umfang ist vertretbar?
- Wie kann die Substitutionsbehandlung sinnvoll durchgeführt und in den täglichen Ablauf der Anstalt integriert werden?
- Welche unterschiedlichen Behandlungsvoraussetzungen und -ziele gibt es?
- Welche Bedeutung kommt einer begleitenden psychosozialen Betreuung zu und von wem wird sie mit welchen Methoden durchgeführt?
- Welche Bedeutung hat die Substitutionsbehandlung im Vollzug für die Drogen-, HIV und Hepatitis-Prävention?

Die Substitutionsbehandlung ist schließlich eine medizinisch begründete Behandlungsform, die unabhängig vom Aufenthaltsort der Patienten aufrechtzuerhalten ist: Abbruchgründe ergeben sich dann auch nur aus dem medizinischen und psychosozialen Behandlungskontext und nicht aus den Kontroll- und Sanktionsmaßnahmen des Vollzugs (vgl. Kommission 1995, S. 73). Diese Behandlungsform ist also keine Sonderbehandlung für Wohlverhalten, kein Beschwichtigungsinstrument für einen ‚geordneten Vollzug', sondern eine Krankenbehandlung, die unter den besonderen Bedingungen der Haft den fachlich begründeten Regeln der Substitution außerhalb der Haftanstalten folgt: „Daraus erwächst aber auch den Inhaftierten bei gegebener Indikation ein Anspruch auf eine Substitutionsbehandlung, so daß sie nicht aus Gründen prinzipieller Ablehnung seitens der Anstalt unterbleiben darf" (Kommission 1995, S. 73).

#### 5.2.4.3 Originalstoffvergabe im Strafvollzug?

Neben der Methadonvergabe wird seit Herbst 1995 weltweit erstmalig auch der Strafvollzug in der Männerhaftanstalt Oberschöngrün in die kontrollierten Opiatabgabe einbezogen. Die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Heroinvergabe ähneln dem hochschwelligen Zugang zu den ersten Methadonvergabeprogrammen in Deutschland (NRW) vor ca. 10 Jahren: Mindestalter 20 Jahre, 2 Jahre nachgewiesener Opiatgebrauch, gescheiterte Behandlungsversuche, Defizite im medizinisch-pychischen und/oder sozialen Bereich, eine Mindeststrafe von mehr als 9 Monaten – nicht zuletzt angesichts dieser

Hürden sind gegenwärtig nur 7 von 8 Plätzen besetzt. Es handelt sich um eine Machbarkeitsstudie einer ärztlich kontrollierten Opiatabgabe unter den Bedingungen des Strafvollzuges: Vor- und Nachteile der Heroinverschreibung sollen evaluiert werden. Insbesondere die dreimal täglich stattfindende Vergabe des Heroins (Maximaldosis 250 mg, durchschnittlich 125-200 mg für 100 SFR Eigenbeteiligung im Monat), das unter Aufsicht gespritzt werden muß, muß in den Vollzugsalltag integriert werden. Interessant werden auch Antworten auf die Frage sein, inwieweit verändert die Verschreibung von Heroin, das weniger als Methadon den Charakter eines Medikaments besitzt, die Interaktion zwischen Strafanstalt und Gefangenen. Erste Thesen dazu: ‚Beide Seiten beschäftigen sich viel intensiver miteinander' und, typisch für unter Erfolgsdruck stehende Modellprojekte: „Man kommt nicht mehr aneinander vorbei und sitzt im selben Boot"[34].

Erste Überlegungen zur Einführung einer solchen Behandlungsform in Deutschland geschehen vor dem Hintergrund, daß in der Schweiz bereits seit 1994 ein groß angelegter, wissenschaftlich begleiteter Versuch der kontrollierten Abgabe von Opiaten (u.a. auch Heroin) an Drogenabhängige läuft, der bereits zu positiven Zwischenergebnissen gelangt ist. Das wichtigste Ergebnis ist allgemein formuliert, daß sich der Gesundheitszustand der Probanden sehr rasch und sehr durchgreifend gebessert hat. Dieses Resultat ist insofern sehr beachtlich, da es sich bei den TeilnehmerInnen um somatisch und psychisch stark vorbelastete Menschen handelt (vgl. Uchtenhagen u.a. 1996).

Parallel dazu läuft in Deutschland eine Diskussion über die Einführung solcher Behandlungsformen (vgl. Michels/Stöver 2000). Gestritten wird derzeit weniger in einer Fachöffentlichkeit über den Sinn und Zweck dieser Behandlungsform: Es besteht überraschenderweise relativ große Einigkeit darüber, daß die ärztlich kontrollierte Vergabe von Originalsubstanzen ein zusätzlicher Weg sein kann, insbesondere mit langjährigen und schwer verelendeten Drogenabhängigen wieder in einen therapeutischen Kontakt zu treten, um zunächst eine gesundheitliche und, mit Hilfe psychosozialer Unterstützungen, auch eine soziale Stabilisierung zu erreichen.

Fest steht, daß der Strafvollzug nicht mit einer Heroinverschreibung beginnen, sozusagen als fachlicher Vorreiter für eine neue Behandlungsform fun-

---

34 Erste Ergebnisse des Pilotprojektes wurden auf dem Symposium von Anja Dobler-Mikola und Beat Kaufmann vorgestellt (Kaufmann/Dobler-Mikola 1997, S. 173-180)

gieren kann. Das im Strafvollzugsgesetz verankerte Äquivalenzprinzip sieht umgekehrt eine Anpassung der medizinischen Versorgung an die Standards „draußen“ vor. Dazu muß sich jedoch erst eine medizinisch-therapeutische Praxis entwickeln und erste Erfahrungen und wisssenschaftliche Ergebnisse müssen zur Effektivität dieser neuen Behandlungsform vorliegen, bevor an eine Umsetzung im Strafvollzug gedacht werden kann. Der Strafvollzug könnte auch schon deshalb nicht mit einer Originalstoffvergabe beginnen, weil nach Entlassung keine Versorgungsinfrastruktur zur – fachlich gebotenen – Weiterbehandlung vorhanden wäre.

Diese Überlegungen sind deshalb wichtig, weil oftmals gleichzeitig mit einer Spritzenvergabe der weitergehenden, als „konsequent“ bezeichnete Schritt der Heroinabgabe gedacht wird – oftmals auch in kontroversen Diskussionen über eine Spritzenabgabe im Vollzug, um nicht den ersten vor dem zweiten Schritt gehen zu müssen.

Kein Zweifel besteht daran, daß die im Vollzug einsitzende Klientel prädestiniert wäre für eine Aufnahme in solche Behandlungsformen. Ein großer Teil der drogenabhängigen Gefangenen weist erhebliche Haftbelastungen auf und ist in gesundheitlicher und psycho-sozialer Hinsicht ebenfalls stark vorbelastet. Zum Teil können hier Substitutionsbehandlungen einen wirksamen Beitrag zur Stabilisierung leisten, sicherlich aber auch Originalstoffbehandlungen, möglicherweise sogar der Einsatz von Methadon und Heroin, denn eine nicht unerhebliche TeilnehmerInnenzahl im Schweizerischen Versuch wechselt nach einer gewissen Behandlungszeit zu einer Kombination aus einmal täglicher Heroineinnahme und ergänzendem Methadonkonsum, um einen stabilen Tagesrhythmus zu entwickeln (vgl. Bossong/Bauer 1997, S. 271).

Bis zur Möglichkeit einer Originalstoffvergabe sollte allerdings die Zeit darauf verwendet werden, die Substitutionsbehandlung im Vollzug sowohl unter medizinischen Gesichtspunkten weiter zu entwickeln, was die Indikationen zur (Weiter-)Behandlung und ihren Umfang anbetrifft, als auch im Hinblick auf die psychosoziale Begleitung einen fachlichen Konsens zu erreichen, der über Inhalte, Formen und Finanzierung eine Verständigung erzielt.
Schließlich sollte man die Schweizerische Praxis und die wissenschaftlich sehr umfangreich analysierten und dokumentierten Ergebnisse der Originalstoffverschreibung sorgfältig beobachten, weil hier erstmalig nachvollziehbar und übertragbar eine innovative Praxis entwickelt wird.

#### 5.2.4.4 Unterstützung drogenfreier Lebensgestaltung in Haft

Über das Ziel einer realistischen ‚harm reduction' – Praxis hinaus (und historisch diesem Ziel vorgelagert), ist die Nachfragereduzierung ein zentrales und klassisches Ziel vollzuglicher Drogenarbeit. Grundlage der Abstinenzfixierung vollzuglicher Drogenhilfe war neben dem rechtlichen Gebot (‚auf ein Leben ohne Straftaten, d.h. auch Konsum illegaler Drogen, vorzubereiten') und in Abhängigkeit vom fachlichen Konsens außerhalb[35] die Vorstellungen[36],

- daß das Gefängnis ein besonders geeigneter Ort für therapeutische Interventionen sein könnte, weil eine sehr unmittelbare Konfrontation mit eigenen Problemen im Gefängnis stattfindet,
- daß ein Huckepack-Effekt darin liegen könnte auf andere sekundäre Versorgungsnotwendigkeiten hinzuweisen (Schuldenregulierung, Prophylaxe, Regelung sozialer und gesundheitlicher Belange),
- daß eine Möglichkeit besteht, an bereits vor Haftantritt begonnene Behandlungen anzuschließen,
- daß die Mauern Schutz vor einem (zu) schnellen Verlassen therapeutischer Behandlungseinrichtungen bieten können,
- die DrogenkonsumentInnen im Gefängnis zu finden sind, zu denen ansonsten nur schwer ein Behandlungskontakt hergestellt werden kann,
- daß Behandlungseinheiten zu einem positiven sozialen Klima in den Anstalten beitragen könnten.

Gleichwohl ist in den meisten Einrichtungen eine Ernüchterung hinsichtlich dieser Chancen für Interventionen eingekehrt. 'Konsumpausen' werden von einzelnen Gefangenen zwar während ihres Gefängnisaufenthaltes oder für einen großen Teil der Haftstrafe erfolgreich organisiert, doch Abstinenzmotivationen lassen sich nicht erzwingen – schon gar nicht in der 'totalen Institution' Gefängnis. Behandlungsansätze und -angebote im Vollzug müssen – soweit im Strafvollzug möglich – auf Eigenverantwortlichkeit und freiwilliger Inanspruchnahme des/der Gefangenen ausgerichtet sein (vgl. Werdenich 1994). Für die Arbeit mit drogenerfahrenen/-konsumierenden Gefangenen bedeutet dies, daß der Vollzug lediglich günstige personelle, räumliche, organisatorische Voraussetzungen dafür schaffen kann, eigene,

---

35 Vgl. Werdenich (o.J., S. 80ff), der die Phasen der Bedeutung therapeutischer Arbeit in Abhängigkeit zu den fachlichen Entwicklungen außerhalb des Vollzugs nachzeichnet

36 Vgl. auch Hurk 1998

ggf. professionell unterstützte Abwägungen vorzunehmen, wie beispielsweise, ob die Erreichung oder Beibehaltung von Abstinenz von legalen oder illegalen Drogen ein lohnendes Ziel für Gefangene darstellt. Weil mit der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten oftmals verbesserte Lebensbedingungen oder sonstige vollzugliche Vorteile verbunden sind (oder eigens zur Motivationserzeugung vergeben werden (wie Hurk 1998) für die Drogenfreien Abteilungen in den Niederlanden beschreibt), wird es in der Praxis stets eine Mischung unterschiedlichster und auch ambivalenter Motivationen der Gefangenen geben.

Der Regelvollzug ist ein denkbar ungeeigneter Ort für kausal-orientierte therapeutische Versuche. Die Zwangsverhältnisse in der totalen Institutionen dominieren therapeutische Bemühungen und konterkarieren sie. Ob Sonderanstalten diesen Widerspruch aufheben oder zumindest abmildern können scheint empirisch nicht belegt zu sein. Auch für die nunmehr 20jährigen Erfahrungen mit ‚Drug Free Units' in niederländischen Gefängnissen,[37] in denen ca. 10% der Zielgruppe erreicht werden, können dies nicht belegen. Allerdings wird ein ‚Schutz vor Drogen' und ein relativer Erfolg in der Realisierung durchgehender Behandlung (v.a. Vermittlung in drogenfreie stationäre Therapie) festgestellt. Das Ziel einen Schonraum im Regelvollzug zu bieten, um dem Druck drogenabhängiger und Dealern ausweichen zu können, stellt auch ein elementares Ziel in den abstinenzorientierten Hamburger drogenfreien Abteilungen dar (mit 35 Haftplätzen). Eine hohe Betreuungsdichte sorgt u.a. dafür, daß das Ziel der Abstinenz weitgehend aufrechterhalten werden kann und keine Sicherheitsprobleme auftreten.

Eine grundsätzliche Voraussetzung muß das Vertrauen in die anstaltlichen Bemühungen sein, individuelle Veränderungen zu unterstützen. Dies kann nur mit dem Einbezug von externen Fachkräften geschehen, die hohes Vertrauen genießen

Ziel einer Betreuungsarbeit im Vollzug sollte die Hilfe bei der Klärung der Frage sein „Wie kann ich schon im Vollzug meine Entlassung so vorbereiten, daß ich nicht (wieder) rückfällig werde und auch eine Chance habe, meine erarbeiteten Ziel umzusetzen?" (Borkenstein 1994, S. 87; vgl. auch Verein 'Drug out' o.J.). Dies kann nur in abgestuften Angebotsformen realisiert werden, die auf die individuellen Ressourcen und Fähigkeiten sowie auf

37 Ca. 12.000 Zellen für ebensoviele Gefangene, ca. 50% DrogenkonsumentInnen und 476 Zellen in Drug Free Units (vgl. Hurk 1998)

die Bedürfnisse der Gefangenen eingehen – sowohl drogen- als auch drogenunspezifisch:

- Zunächst geht es um die Bearbeitung des möglicherweise als problematisch empfundenen Drogenkonsums in Einzel- und Gruppensitzungen mit Sozialarbeitern und Psychologen oder in Selbsthilfezusammenhängen, die ggf. von externen (Fach-)Kräften angeleitet und betreut werden. Auch hier die konkrete Frage als Leitfaden: „Was lief gut, was waren Ursachen für einen Rückfall, was kann ich vorbereitend dagegen tun? Gezielt könnten spezifische verhaltenstherapeutische Angebote zur Rückfallprophylaxe entwickelt werden“ (vgl. auch: Hirsbrunner u.a. 1997, S. 9). Eine wirkungsvolle Rückfallprophylaxe beinhaltet klassisch sozialarbeiterische Tätigkeiten: Defizite in den Bereichen Arbeiten, Wohnen und Beziehungen nach der Entlassung entgegenzuwirken. Andere sozio-therapeutische Ansätze könnten sich mit der Regelung nach der Entlassung unweigerlich auftretenden Probleme: Schulden etc.
- Wie kann eine Abstinenz im Vollzug erreicht bzw. aufrechterhalten werden. Eine zentrale Frage ist, ob räumliche Distanzierungsmöglichkeiten bestehen, in der ein Abstand zur Drogenszene hergestellt werden kann.
- „Niedrigschwellige Aktivierungsangebote“ können sinnvolle Beschäftigungen im Vollzugsalltag vermitteln. Dabei ist an Tagesstrukturierung, Arbeitstherapien, körperbezogene Aktivitäten, wie Sport, Tanz, Entspannungsübungen, Fitneßtraining, Bodybuilding gedacht – Angebote, die Körpererfahrungen und Körperbewußtsein vermitteln können und Kontrapunkte zu selbstzerstörerischen Verhaltensmustern bilden.
- Die Bildungsbereitschaft sollte mit „sozialen Trainingskursen“ gefördert werden: in der JVA für Frauen in Vechta werden beispielsweise Kurse angeboten wie „Alkohol und Drogen“, „Soziale Beziehungen“, „Arbeit und Beruf“, „Geld und Haushalten“ (vgl. Nds. Sozialministerium 1994, 210).
- Bei Gefangenen mit längeren Haftzeiten sollten differenzierte Ausbildungsangebote gemacht werden, die die Chancen der Qualifikation und der Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt anschließend erhöhen.

Der Ansatz und die Ausgestaltung der vollzuglichen Drogenhilfe ist immer abhängig vom Klima und den Ansätzen der Drogenhilfe ‚draußen’, das meint nicht nur auf nationaler, sondern bereits auf regionaler Ebene. Auch ein

repressiver Ansatz außerhalb kann sich so im Vollzug als ein Baustein oder insgesamt wiederfinden[38], er oftmals sehr populistisch gestaltet wird und an die martialische Sprache und kategorischen Anspruch solcher Kampagnen wie ‚Zero tolerance' und ‚Keine Macht den Drogen' erinnert. Beispiele hierfür bilden die Pilotprojekte ‚Keine Drogen mehr' in der Justizanstalt Hirtenberg in Österreich (Steinacher o.J., S. 61) und das Beispiel der Justizanstalt ‚Downview' in Großbritannien zu nennen, das als praktische Maßnahmen u.a. das ‚Prinzip der drogenfreien Zone vorsieht – unterstützt durch Verträge, schrittweises ‚Trockenlegen' des Gefängnisses..." (vgl. Lancaster (o.J.).
Gleichwohl bleiben die ‚Erfolge' solcher Ansätze eine empirische Überprüfung schuldig, dies gilt auch für die Stabilität von Drogenfreiheit. Denkbar wäre durchaus, daß eine Drogenfreiheit unmittelbar nach Haftentlassung aus einem gewohnten, relativ stabilen Milieu heraus, ein Rückfall außerhalb stattfindet mit völlig ungewohnten Dosierungen, keinerlei Toleranz etc. Mit anderen Worten es gibt keine katamnestischen Studien solcher Behandlungsansätze, die die Relevanz, den Stellenwert solcher im Vollzug erreichter Abstinenzphasen belegen.

## 5.3 Übergeordnete Themen der Gesundheitsförderung

### 5.3.1 Anregungen zur Aus- und Fortbildung und Supervision für Justizvollzugsbedienstete im Themenspektrum „Umgang mit Sucht/Drogen und Infektionskrankheiten"

Mit einer Reihe von Empfehlungen zu ethischen und organisatorischen Aspekten der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis (R(98)7²) hat der Europarat (Komitee der Minister) am 8. April 1998 die Bedeutung von Fortbildung in Drogenfragen für Strafvollzugsbedienstete betont. Herausgehoben wurde die Wichtigkeit der Kommunikation mit externen Organisationen, Planung von Entzugsangeboten, die denen in der Gemeinde angebotenen entsprechen, und die Einbeziehung von FachberaterInnen in die Unterstützung von Gefangenen und Bediensteten.

---

38 Vgl. etwa den Drogenhilfeansatz innerhalb und außerhalb des Gefängnisses in Schweden, der eine ‚Integration des Drogenkonsums in die Gesellschaft nicht akzeptiert' (Jonson (o.J., S. 51)

**Zur Ausbildungssituation Justizvollzugsbediensteter**

Innovative Ansätze in der vollzuglichen Drogenarbeit können ohne Polarisierungen[39] und konfliktfähig realisiert werden, wenn diese von den Bediensteten mitgetragen werden. Daher ist es wichtig, für diese Gruppe Aus- und Fortbildungsangebote zu schaffen, die ihnen mehr Informationen, ein verbessertes Verständnis der Problematik Drogenkonsum und Infektionskrankheiten und eine Standortbestimmung der persönlichen Tätigkeitsschwerpunkte und Zielorientierung einer möglichen Veränderung vermitteln könnten[40]. Hier gilt es, sowohl kontinuierliche, als auch punktuell-umfassende Angebote zu entwickeln.

Die Situation der Bediensteten erfordert als Grundlage einen ständigen kommunikativen Austausch mit der Gefängnisleitung, die auf folgenden Gebieten erfolgen sollte:

- Regelmäßige Kommunikation mit dem Ziel der Aufgabendefinition und Informierung
- Unterstützung in Alltagsfragen und bei Konflikten mit Gefangenen
- Beachtung ihrer Bedürfnisse innerhalb des Strafvollzuges
- Gewährung von Chancen zur Weiterentwicklung und zur Partizipation
- Günstige materielle Umgebung und Gestaltung des Arbeitsplatzes.

Die Ausbildung der Bediensteten in den JVAs wird als unzureichend in Bezug auf ein adäquates Umgehen-Lernen mit dem wachsenden Problem Drogenabhängigkeit im Vollzug betrachtet: In den Ausbildungsplänen wird diese Thematik nicht genügend berücksichtigt. In Hamburg etwa sind im Lehrgang der Strafvollzugsschule zur Ausbildung des Allgemeinen Vollzugsdienstes vier Doppelstunden des 440 Doppelstunden umfassenden Ausbildungsganges dem Komplex „Drogen“ (v.a. „Erkennen und Wirkung von Rauschgiften“ und „Auffinden von Drogen im Vollzug“) gewidmet. Im Rahmen sozialwissenschaftlicher Fächer werden in weiteren 10-12 Doppelstunden geschichtliche Aspekte der Drogenproblematik behandelt.

---

39 Vgl. die Konflikte um die Einführung eines Spritzenumtauschangebotes in Berliner Strafanstalten. In: Der Vollzugsdienst 3/97, S. 12ff

40 Beispielhaft sei auf die Fortbildungsveranstaltung für Bedienstete des Justizvollzuges des Landes Bremen mit der einjährigen Fortbildung „Der Umgang mit Rauschmittelabhängigkeit im Strafvollzug“ hingewiesen.

Auch die Wissensvermittlung im Vollzug selbst beschränkt sich oft auf kurze „Belehrungen“, die sich zudem auf Kontrollmaßnahmen und Durchsuchungshinweise beschränken. Kenntnisse der Drogen- und Infektionsproblematik sollten vermittelt und zu einem weiteren Verständnis für die besondere Lage drogenabhängiger und möglicherweise HIV/Hepatitis-infizierter Gefangener und zu einem differenzierten Umgehen mit diesen Problematiken führen. Dabei scheint es insbesondere wichtig, neben der seit 10 Jahren stattfindenden Sensibilisierung gegenüber der Krankheit AIDS auch über die insbesondere unter Drogenabhängigen stark verbreiteten Infektionskrankheiten Hepatitis A, B und C aufzuklären.

Bei Fortbildungsangeboten für Bedienstete läßt sich durchaus auf Kompetenzen und Erfahrungen im Umgang mit (legale und illegale) Drogen konsumierenden Gefangenen zurückgreifen, denn der Vollzugsalltag erfordert von den Bediensteten ständige Entscheidungskompetenzen. Wichtig erscheint eine Kenntnis des institutionellen externen Bezugs- und Unterstützungsrahmens für Drogenabhängige und das Betreuungsangebot der eigenen Institution. Gerade diese Kenntnis ist die Grundlage einer vernetzten und informierten Arbeit und entlastet die Bediensteten von Universalansprüchen und -erwartungen.

In den letzten Jahren nutzten einige an der Thematik „Sucht, Drogenkonsum“ interessierte Bedienstete die Möglichkeit der Teilnahme an Fortbildungsangeboten mit dem Abschluß „SuchtkrankenhelferIn“. Die Entstehungsgeschichte dieses Weiterbildungsangebotes geht zurück auf Qualifizierungsinteressen von TeilnehmerInnen aus Selbsthilfezusammenhängen großer Abstinenzverbände (z.B. Anonyme Alkoholiker, Guttempler etc.) und anderweitig ehrenamtlich Tätiger. Entsprechend ist sie weitgehend auf legale Drogenkonsumformen und am klassischen Suchtmodell „Alkoholismus“ ausgerichtet. Die Entwicklungsrichtung „Drogenfreiheit“ bei Aufarbeitung der Suchtproblematik ist zentraler Gegenstand der Fortbildungsarbeit. Gegenüber illegalen Drogen laufen trichterförmig alle Bemühungen auf die Vermittlung in stationäre drogenfreie Langzeittherapie hinaus. Stabilisierungen unterhalb dieses Maximalziels dagegen werden kaum als wichtige und für sich allein nützliche Schritte gewertet.

Eine in externen Arbeitsbezügen durchaus relevanter Ansatz der Unterstützung erscheint angesichts oben angeführter Zusammenhänge im Strafvollzug unter verschiedenen Gesichtspunkten begrenzt und z. T. realitätsfern:

1. Die Beachtung differenter psychosozialer Dynamiken verschiedener Drogen und Dogenkonsumsettings mit unterschiedlichen Abhängigkeits- bzw. Suchtverläufen bleibt unter Umständen aus.
2. Das in Quantität und Qualität herausragende Drogenproblem in Haft ist intravenöser Drogenkonsum gekoppelt mit spezifischen Infektionsrisiken.
3. Abstinenzorientierte Beratungs- und Betreuungsangebote sind im Strafvollzug i.d.R. durch interne Fachdienste (Suchtberatungsdienst, Medizinischer Dienst) und externe Einrichtungen (regionale Drogenberatung, Suchtberatung) abgedeckt.
4. Der Umgang mit inhaftierten DrogenkonsumentInnen im Arbeitsalltag ist nicht durch abstinenzorientierte Entwicklungsschritte Betroffener gekennzeichnet, sondern durch eine Realität von Drogengebrauch mit all seinen sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Folgeerscheinungen im täglichen Arbeitskontakt und mit entsprechenden Anforderungen an Bedienstete.

Überforderung, Demotivierung, „burn out-Syndrom“, Arbeitsbewältigungsstrategien im Spannungsfeld von Formalität bis Rigidität im Kontakt mit Inhaftierten sind als nachvollziehbare Konsequenzen möglich und erlauben insgesamt wenig produktive Entwicklungschancen für alle beteiligten Gruppen.

**Erwartungen an eine realitätsgerechte Fortbildungsmaßnahme**

Die Beachtung o.a. Prämissen der Arbeitsanforderungen an Bedienstete läßt neben abstinenzunterstützenden vor allem die Notwendigkeit suchtbegleitender/akzeptanzorientierter/schadensminimierender Perspektiven in Bezug auf Drogenkonsum in Haft als Fortbildungsrichtung deutlich werden.
Ein Eingehen auf die beschriebenen komplexen sozialen Zusammenhänge erfordert eine mehrdimensionale Ausrichtung der Fortbildungsinhalte: Vermittlung von Kenntnissen und Fachwissen, Reflexion von Einstellungen und Haltungen, Handlungsoptimierung, Kompetenzerweiterung, Unterstützung von Entlastungsstrategien und Psychohygiene im Arbeitsalltag.

Die Vermittlung von Kenntnissen der Drogen- und Infektionsproblematik kann zu einem weiteren Verständnis für die besondere Lage Drogenabhängiger und möglicherweise HIV/Hepatitis-infizierter Gefangener führen, die eigene Haltung zu überprüfen und zu einem differenzierten Umgang mit diesen Problematiken führen.

**Zielgruppe**

Fotbildungsangebote in dem hier skizzierten Rahmen sollten sich an Bedienstete des Allgemeinen Vollzugsdienstes und evtl. (ehrenamtliche) BewährungshelferInnen als Zielgruppe richten. Effektiv erscheint eine anstalts- bzw. abteilungsübergreifende, extern geleitete feste Gruppe, um:

- ggfs. anstaltsspezifisch eingeschliffene Verhaltensmodi im Umgang mit der Thematik „Drogen und Infektionsrisiken“ im Austausch mit KollegInnen aus Arbeitszusammenhängen überwinden zu können;
- gleichzeitig Anregungen bzgl. differenter Vorgehensweisen zu erhalten;
- durch die Außenorientierung eine offene Lernatmosphäre jenseits enger sozialer Kontrolle durch direkte ArbeitskollegInnen zu schaffen.

**Grobziele und inhaltliche Schwerpunkte**

Vorab ist festzustellen, daß ein Schlüsselelement für die Aus- und Fortbildung im Einbezug von außerhalb der Anstalt tätigen psycho-sozialen Hilfediensten liegt. Neben dem Faktum einer Zusammenarbeit in Kursen und Seminaren, trifft hier die Expertise beider Bereiche aufeinander und kann sich ergänzen. Der Einbezug von Gefangenen kann dabei die Authentizität dieser Veranstaltungen erhöhen und kann zu einem fruchtbaren Austausch von Erfahrungen und Wissen führen. Diese Strategie bietet schließlich die Möglichkeit, daß beide Systeme sich annähern und Verständnisnähe entwikkeln.

**Aufbau und Erweiterung fachinhaltlicher Kenntnisse in Bezug auf Sucht/Drogen**

- Arten und Wirkungsweisen unterschiedlicher Drogen;
- Drogenkonsummuster, Applikationsformen und -gewohnheiten unter Haftbedingungen;
- mögliche Drogenkonsumverläufe, Drogenabhängigkeit, Suchtentwicklung;
- geschlechtsspezifische Aspekte von Drogenbindung;
- Aufbau und Arbeitsweisen des Drogenhilfesystems;
- Möglichkeiten medikamentengestützter Behandlungsformen (Substitutionsbehandlung);
- Infektionsrisiken bei intravenösem Drogenkonsum;
- Präventive Ansätze: Suchtprävention,

**Aufbau und Erweiterung fachinhaltlicher Kenntnisse in Bezug auf Infektionskrankheiten[41]**

- Problematisierung des Infektionsgeschehen HIV/AIDS, Hepatitis A, B, C und anderer sexuell und parenteral übertragbarer Krankheiten in der Anstalt: Form, Verbreitung,
- Symptomatiken, Übertragungswege, Krankheitsverläufe, mögliche Chronifizierungen, aktuelle Behandlungsformen der problematisierten Infektionskrankheiten
- Realistische Einschätzung der eigenen Gefährdung bei Alltagsroutinen
- Kenntnis der Beratungsmöglichkeiten nach Risikosituationen
- Kenntnis notwendiger Kooperationen zwischen internen und externen Hilfeanbietern
- Präventive Ansätze: Infektionsprophylaxe, alltagstaugliche „next-best-solutions".

**Vermittlung und Einübung handlungspraktischer Kompetenzen:**

- Erste Hilfe, Drogennotfallhilfe, Reanimation;
- Kennenlernen von Safer use-Strategien und safer-sex-Praktiken;

**(Weiter-)Entwicklung sozialer Kompetenzen**

- Bewußtwerden, ggf. Ausbau von Möglichkeiten der Gesprächsführung als Bewältigung alltagskritischer Situationen:
  - bei sozialen Konflikten
  - bei personenabhängigen Auswirkungen von Drogenentzug
  - bei kritischen Lebensereignissen Betroffener, z.B. positives HIV-Antikörper-Testergebnis;
- Erweiterung der Potentiale von Konfliktfähigkeit im Umgang mit drogenkonsumierenden Inhaftierten;
- Zugewinn an Verhaltenssicherheit im Arbeitsalltag im Themenkomplex „Drogenpraxis im Strafvollzug";
- Erweiterung der Reaktionssicherheit bezogen auf (irrationale und rationale) Angst, z.B. Infizierungsängste, Gewalttätigkeiten durch DrogenkonsumentInnen;
- Überprüfung von Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten;

41 Angelehnt an Börner u.a. 1995, S. 328

- Artikulation eigener Interessen und Begrenzungen (auch gegenüber Anstaltsleitung);
- Kennenlernen von Strategien der Arbeitsentlastung: Supervision, kollegialer problemzentrierter Austausch, Fortbildungsmöglichkeiten, überregionale Vernetzung;

**Förderung von Qualifizierungsinteressen**

- Erarbeitung von Möglichkeiten der strukturierten, über den informellen Kontakt hinausgehenden Weitergabe von in der Fortbildung erarbeiteten Informationen, Wissen, Fertigkeiten an KollegInnen (Multiplikatoreffekt);
- Erlangung von Zertifikaten für die Fortbildungsteilnahme.

**Ort der Fortbildung im Spannungsfeld von „Draußen" und „Drinnen"**

In verschiedenen Fortbildungen im Justizbereich ist die Erfahrung gemacht worden, daß der Ort und die Arbeitsatmosphäre der Durchführung von großer Bedeutung ist. Dies bezieht sich insbesondere auf latente persönliche Konflikte, schwelende Kompetenzstreitigkeiten, Kommunikations- und Kooperationsstörungen der Bediensteten untereinander. Beispielhaft seien hier die Erfahrungen des Gesundheitsamtes der Stadt Essen zitiert, die in Zusammenarbeit mit der JVA Essen mehrere HIV-spezifische Seminare mit Bediensteten durchführten: „Bezüglich des Themas Kommunikation/Kooperation ist bemerkenswert, daß die Offenheit, Ehrlichkeit, Konfliktbereitschaft und die Überwindung von Gruppenzwängen der Teilnehmer in dem Maße zu wachsen scheint, in dem die Mitarbeiter die „Mauern der JVA" hinter sich lassen. Die Tatsache, dem „Knastalltag" zu entkommen, mit der Möglichkeit, Konflikte an einem neutralen Ort anzugehen, kommt im Rahmen der Lösung von Kommunikations- und Kooperationsproblemen eine große Bedeutung zu" (vgl. Börner u.a. 1995, S. 331).

Allerdings scheint ein Rückbezug auf den Arbeitsalltag und die konkreten Bedingungen möglicher Veränderungen dringend geboten, um eine Beschränkung auf bloße Einmaligkeitseffekte zu vermeiden. Seminardynamiken können auch die Gefahr bergen, daß sich – jenseits fruchtbarer Beziehungsdynamiken – Diskussionsprozesse „loslösen" von den realen (und auch gesetzlichen) Machbarkeiten der Veränderung des Arbeitsalltags in einem streng hierarchisch strukturierten institutionellen Gefüge. Eigene Fortbildungserfahrungen in diesem Bereich haben zum Ergebnis, daß die Erkenntnisse rückgekoppelt werden müssen auf den jeweiligen Arbeitsbereich.

Dafür ist vor allem eine kontinuierlichere Arbeit notwendig, die über vereinzelte Informationsveranstaltungen und singuläre Seminare hinausgehen muß. Ziel längerfristiger Bedienstetenfortbildung sollte es gerade sein, die Informationen, die Ergebnisse von Exkursionen oder Hospitationen, das Kennenlernen anderer Arbeitsstile und inhaltlichen Ansätze auf ihre Umsetzbarkeit auf die eigene Arbeit zu überprüfen. Praxisferne, wenig am eigenen Arbeitsalltag orientierte Fortbildungsinhalte, möglicherweise Transport von praxisfernen ReferentInnen können allenfalls die Aufgabe erfüllen, eigene Einstellungen sichtbar zu machen und Verhaltensweisen zu thematisieren.

**Organisatorischer Rahmen**

Die vorliegende Skizzierung eines curricularen Rahmens zum Schwerpunkt „Drogenkonsum und Infektionsrisiken im Strafvollzug“ ist als Grobstruktur gedacht. Für einen konkreten Fortbildungsdurchgang ist sie weiter auszudifferenzieren und methodisch-didaktisch zielgruppengerecht umzusetzen. Außerdem sind genaue Ressourcenplanungen (Finanzierungsmodalitäten/ personelle, zeitliche Möglichkeiten) erforderlich.

Das Konzept ‘Fortbildung’ der Bediensteten zielt auf die Erweiterung der Handlungskompetenz, um den differenzierten Anforderungen im Umgang mit Gefangenen im schwierigen Umfeld ‘Strafvollzug’ besser entsprechen zu können. Bei Sonntag/Schaper (1992) werden drei Bereiche der Handlungskompetenz unterschieden: Fachkompetenzen mit den besonderen Fertigkeiten und Kenntnissen, Sozialkompetenz mit den kommunikativen und kooperativen Verhaltensweisen und personale Kompetenz mit Inhalten wie Motive, Werthaltungen und Einstellungen. Das Konzept der ‘Personalentwicklung’ zielt vor allem auf eine Erweiterung der personalen Kompetenzen mit einer Erschließung persönlicher Entwicklungspotentiale. Diese Ebene ist insbesondere im Umgang mit Drogenabhängigen besonders wichtig, werden doch hier die Emotionen, Motivationen, Haltungen und Alltagskonzepte der MitarbeiterInnen durch eine andere Kultur und Verhaltensweisen am stärksten herausgefordert.
Burgheim (1997) weist darauf hin, daß der Transfer der in den Fort- und Weiterbildungen erlangten Kompetenzen in die vollzugliche Praxis immer wieder begleitet und reflektiert werden muß, um die ‘Transferlücke’ so klein wie möglich zu halten. Das Ziel der Personalentwicklung ist vor dem Hintergrund gewachsener persönlicher Selbständigkeit und Lösungsorientierung bei Kenntnis der strukturellen Bedingungen und jeweiligen Ziele der Organi-

sation ‘Strafvollzug’ die Organisation in ihren Entwicklungsnotwendigkeiten zu unterstützen: „Das kreative Potential der Mitarbeiter wird sich nur entfalten können, wenn selbständiges Denken und unkonventionelle Lösungsvorschläge positiv aufgenommen werden“ (Brandstätter 1992)

**Supervision**

In Kapitel 5.2.4.2.5 ist auf den Widerspruch in der Substitutionsbehandlung für die MitarbeiterInnen eingegangen worden – einem Widerspruch, der anhand dieser Behandlungsform besonders deutlich die Rollenkonflikte des Gefängnispersonals hervortreten läßt: Allen ist bekannt, daß Drogenabhängigkeit eine Krankheit ist, zum anderen befinden sich die Kranken gerade deswegen u.a. in Haft, weil sie aufgrund dieser Krankheit Straftaten zur Befriedigung ihrer Drogenabhängigkeit begangen haben. Die pönale Reaktion versteht sich auch nicht primär als therapeutisch, sondern als sichernd. Der Widerspruch Behandlung – Sicherung wird den Bediensteten in der täglichen Praxis überantwortet. Einerseits werden die MitarbeiterInnen mit einem hohen Maß an manipulativen Fähigkeiten dieses Klientels konfrontiert, das gleichzeitig abstoßend, erschreckend und/oder beängstigend sein kann. Andererseits besteht oftmals Verständnis, Empathie und ein professionelles Rollenverständnis. Beide Reaktionen bringen die Bediensteten immer wieder in Loyalitätskonflikte. In der Regel werden diese Rollenkonflikte in denen die MitarbeiterInnen permanent stehen, nicht ausgetragen oder nur ausgesprochen, sie werden oftmals gegenstandsfremd geäußert und tragen nicht zu einer bewußten und professionellen Bearbeitung dieser Rollenkonflikte bei. Dies läßt auch darauf schließen, daß der dauerhaft hohe Krankenstand unter Bediensteten in vielen Gefängnissen reduziert werden könnte.

### 5.3.2 Peer support/peer education – Unterstützung von Risikovermeidung und -management

#### 5.3.2.1 Was ist peer-support/peer education? – Begriffe und Konzepte

Drogengebrauch vollzieht sich mit einem bestimmten Set von Erfahrungen, Regeln, Normen, übermitteltem Alltagswissen und technischem Know-How, das von anderen DrogengebraucherInnen erlernt und durch eigene Erfahrungen, aber in beständiger Kommunikation mit dem Umfeld, erweitert und verändert wird. In der Kommunikation der DrogenkonsumentInnen untereinander werden wichtige und handlungsleitende Vorsichtsmaßregeln, Tips,

schadensminimierende Ratschläge, die Drogenwirkung intensivierende Hinweise, aber auch Warnungen, Bewertungen und Mythen ausgesprochen, oder im Modellernen anderweitig transportiert und für den eigenen Alltag übernommen oder abgewandelt bzw. zurückgewiesen.

Diese Interaktion und alltagspraktische Unterstützung Gleichgestellter/Gleichgesinnter/Gleichaltriger, d.h. von Menschen in ähnlicher psychosozialer Lebenslage, wird im folgenden mit dem Begriff „peer-support" bezeichnet. Dieser Begriff unterscheidet sich von dem der „Drogensozialisation" (vgl. Marzahn 1994, S. 20), der die Gesamtheit aller Einflüsse meint, „aus denen sich tagtäglich und über Jahre hinweg unser Wissen, unsere Bewertung und unser tatsächliches Verhalten gegenüber Drogen ergeben...", weil er stärker individuelle und kognitive Prozesse beschreibt. Mit dem Interaktionsbegriff „peer-support" wird stärker auf die soziale, kommunikative und kulturelle Dimension der Lebenswelt Betroffener Bezug genommen, d.h. auf die Bedeutung sozialer Beziehungen und Kommunikationsstrukturen, als zentrale Ressourcen zur Herstellung von Identität, Wohlbefinden und zur Streßbewältigung. Soziale Beziehungen sind darüber hinaus von grundlegender Bedeutung für Realitätskonstruktion, Gefühlsregulierung, Sinnstiftung und Verhaltensorientierung. Schließlich erhalten soziale Beziehungen auch eine „hohe instrumentelle Bedeutung für Lebensqualität und Überleben in einer potentiellen bedrohlichen, unter- oder überfordernden Umwelt" (Badura 1993, S. 74).
Zusätzlich zu diesen genannten Qualitäten der sozialen Beziehungen sind sie für DrogengebraucherInnen doppelt wichtig: Sie bewegen sich in illegalen Lebensbereichen (illegalisierte Drogen, kriminelle Aktivitäten zur Beschaffung und Finanzierung von Drogen, Prostitution) und sie können angesichts der Pluralisierung auch von Lebenslagen, Konsumgewohnheiten Drogenabhängiger nicht (mehr) auf einen größeren gemeinsamen, (sub-)kulturellen Hintergrund rekurrieren. Vertrauen, Nähe, Übersichtlichkeit, Identitätsstiftung entsteht und besteht vor allem in kleineren, engen sozialen Beziehungen, die im Alltagsmanagement eine zentrale Rolle einnehmen.

Der Drogenkonsum wird in sozialen Bezügen erstmalig aufgenommen, erlernt, weiterentwickelt. Dabei entsteht in der peer-group das Wissen über Drogenwirkungen (Gefahrenbewertung und Wirkungen des Mischkonsums, Aufkochen welcher Mengen, Mischung eines Cocktails etc.) und die technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Abbinden, Venensuche, Einstichwinkel bei der Injektion, Spritzenwahl). Diese gegenseitige Informierung und Be-

einflussung sind von entscheidender Bedeutung für die Bildung eines Risikobewußtseins und eines daraufhin entwickelten Risikomanagements. Dieser Wissenstransport ist nicht-institutionalisiert, sondern spielt sich im Alltagsleben Drogenabhängiger „von selbst“ ab, ist informeller Bestandteil von Alltagshandeln und nicht von „offizieller Seite“ zu erwarten. Wie die Ergebnisse der Evaluation der Spritzenvergabe ergeben hat, wählen die Gefangenen vornehmlich andere Gefangene als relevante Kommunikationspartner in Bezug auf Drogenkonsum und Infektionsgefahren (s. Kap. 4.1.5.).
Das bedeutet jedoch nicht, daß alle Informationen richtig sind, die auf diesem Wege transportiert werden: Mythen, Verklärungen, „Ideologien“, unbegründbare Behauptungen und Falschinformationen sind hier genauso vorhanden, wie in anderen kommunikativen und sozialen Zusammenhängen. Denn es handelt sich im Bereich des intravenösen Konsums verschiedenster Substanzen durchaus um ein komplexes „Wissensgebiet“ mit mehreren Bereichen, in denen alltagstaugliche Kenntnisse zwar gefordert, aber nicht immer vorhanden sind:

- Hygiene (Desinfektionsmethoden der Spritze, sterile Injektionsutensilien, Desinfektion der Einstichstelle...)
- Medizin (Wo verlaufen Venen, die benutzt werden können, welche Gefahren bergen gewisse Injektionsorte, was kann man gegen einen shake machen ...)
- Pharmakologie (Wirkungen und Nebenwirkungen unterschiedlicher Drogen, Mischkonsum, Abhängigkeitspotentiale ...)
- Recht (Verhalten gegenüber der Polizei, vor Gericht, Zusammenhänge, „Wie kann ich den 35iger anschieben“, Sozialrecht ...).

„Hidden risks“ bestehen also und werden von DrogenkonsumentInnen nicht durchgängig erkannt und deshalb in der peer-group tradiert (vgl. Grund 1991). Als Beispiele seien hier nur genannt: mangelnde Hygiene und Infektionsrisken beim Drogentausch, gemeinsame Verwendung von Spritzutensilien, Spritzentausch aufgrund vermeintlicher Sicherheit durch ein negatives HIV-Antikörper-Testergebnis (Übertragungsgefahren von Hepatitis B und C).

Das Wissen der DrogenkonsumentInnen kann und muß aus gesundheitsfördernder Sicht von professioneller Seite ergänzt werden durch den Transport von Informationen, die alltagsrelevant, d.h. auf die Lebens- und Konsumbedingungen Betroffener abgestimmt sind. Transporteure in diesem Prozeß können Betroffene, Gleichgestellte selbst sein, die mit einer überzeugenden

Authenzität ausgestattet, mindestens jedoch zielgruppenerfahrene Personen sind, die glaubwürdig peer-group-relevante Inhalte vermitteln können. Dieser Übermittlungsprozeß wird mit dem Begriff „peer-education“, die Einbeziehung der Betroffenen als „peer-involvement“ beschrieben. Wieder macht ein Abgrenzungsbegriff die besondere Qualität und den Charakter von „peer-education“ deutlich: Unter dem Begriff „Drogenerziehung“ (Marzahn 1994, S. 20) wird die bewußte und planmäßige pädagogische Einwirkung auf Kinder und Jugendliche in Sachen Drogen verstanden. Der pädagogische Impetus wird in entsprechenden Aufklärungsbüchern, Leitfäden, Unterrichtseinheiten, Filmen zu drogenbezogenen Themen besonders deutlich, weil er sich zumeist auf die Beendigung eines Verhaltens (Abstinenz) bezieht, das die Zielgruppe jedoch in der Regeln nicht bereit ist, ohne weiteres zu beenden, sondern das in ihrer entwicklungspsychologisch wichtigen Sozialisationsphase bestimmte Bedeutungen, Symbolunterlegungen und Funktionen erhält. Von der inhaltlichen Schwerpunktsetzung und ehemaligen mainstream-Orientierung der Abstinenzdominanz abgesehen, muß festgehalten werden, daß es formal, didaktisch keinen Dualismus zwischen traditionellen Konzepten der Erwachsenenpädagogik und Konzepten von peer-involvement gibt: „Klar ist, daß sich Erwachsenenpädagogik (also wo Erwachsene Kinder und Jugendliche erziehen) und peer-Involvement-Konzepte in jedem seriösen Konzept durchdringen (Bauch 1997, S. 35).

Bauch (1997, S. 35) hat weiterhin deutlich gemacht, daß es keine reinen peer-Strategien gibt: „Das Konzept, die Rahmenbedingungen sind gesetzt durch nicht peers, die peer-Berater beispielsweise beim peer-counselling müssen durch nicht peers eingewiesen werden, die peers sind die Vollstrekker einer nicht-peer-Strategie, auch und gerade dann, wenn die professionellen akademischen erwachsenen Berater beschließen, sich zurückzuhalten“. Allerdings wird im illegalisierten Drogenbereich mit hauptsächlich erwachsenen, z.T. bereits KonsumentInnen im dritten und vierten Lebensjahrzehnt ein grundsätzlicher Unterschied zur peer education mit Jugendlichen deutlich: Die erwachsenen Nicht-Peers wissen in aller Regel über die illegalisierten Lebensbereiche, Drogenkonsummuster, Injektionspraktiken, Sexualität in der Prostitution relativ ungenau Bescheid. Um tiefgehende authentische Risikominderung zu betreiben, sind sie geradezu angewiesen auf die Mitarbeit von aktiven GebraucherInnen – ebenso, wie die traditionelle Drogenarbeit auf „Ehemalige“ zurückgegriffen hat, um das „Leben auf der Szene“ oder Suchtdynamiken vor Schulklassen o.ä. zu verdeutlichen.

Peers haben hier die Funktion auf Fragen Antworten zu geben, oder selbst Fragen (zur Risikowahrnehmung und -abschätzung) zu eingeschliffenen Verhaltensweisen zu stellen, die wiederum neuen Handlungsspielraum eröffnen können .

Und weil die positiven Wirkungen der peer-Einflüsse auf die Internalisierung und Verstärkung von Lerninhalten immer deutlicher werden (ohne allerdings traditionelle Erwachsenenpädagogik und -bildung ersetzen zu können), sind sowohl formal-didaktisch als auch inhaltlich in vielen Drogenberatungssettings seit einigen Jahren Veränderungen in Ziel- und Mittelwahl vorgenommen worden: Es geht um die gemeinsame Suche nach individuellen Förderungen und Verbesserungen der Lebenslage durch Informationen, durch Inanspruchnahme berechtigter sozialer und gesundheitlicher Hilfen. Die konkreten Konsumbedingungen blieben jedoch weitgehend ausgespart, teils weil man das „Expertenwissen“ der Betroffenen als vollständig und „richtig“, jedenfalls nicht von professioneller Seite erweiterbar, voraussetzte, teils, weil es deutliche Berührungsängste mit diesem Thema gab, sowohl aus Gründen der Uninformiertheit Professioneller, als auch aus Gründen der professionellen Identität, die eine Auseinandersetzung mit dem Verhalten, das gerade Gegenstand der Bewältigung war, verbot.

Es fehlte lange vor allem an ethnographisch orientiertem Vorgehen, d.h. eine mit Betroffenen gemeinsam erarbeitete, regional bezogene Grundlage dessen, was an Wissen vorhanden ist, das wie von wem, wann und unter welchen Umständen in die Praxis einfließt: Was wissen wir tatsächlich darüber, über welche Themen sich DrogenkonsumentInnen untereinander austauschen, wie der Konsumeinstieg erfolgt, wie alternative Techniken (wie chinesen, sniefen) probiert, erlernt werden, wie Risiken untereinander benannt und erörtert werden. Fragen schließen sich aber auch für den sexuellen Bereich an: Wann und wann nicht werden Kondome in partnerschaftlichen und beruflichen Sexualkontakten eingesetzt, welche Techniken können erlernt werden, um Kondome gegenüber Freiern durchzusetzen, welcher Schutz besteht vor ungewollten Praktiken?

Um insbesondere Fragen bezüglich des Drogenkonsums nachzugehen, haben Barendregt/Trautmann (1996) in beispielhafter Weise Interviews von „peer interviewers[1] „mit Betroffenen in vier europäischen Städten (Antwerpen, Dublin, Frankfurt/m. und Montpellier) durchgeführt. Die Resultate dieser Interviews vermitteln einen ersten Eindruck davon, welche Konsumveränderungen, welche szenespezifischen Regeln für eine/n „gute/n Spritzer/in“ gelten, welche Tips für NeueinsteigerInnen gegeben werden, aber auch wel-

che Fehlerquellen innerhalb einer Drogenkarriere von den Betroffenen selbst konstatiert werden. Bestätigt wird deren Hypothese, daß ältere (durchschnittlich 27,2 Jahre) ihre Fähigkeiten an jüngere DrogenkonsumentInnen (durchschnittlicher Start des intravenösen Konsums 20,6 Jahre[42]) weitergeben.

Praktisch arbeitende peer-support-Projekte sind vor allem aus dem europäischen Ausland (Niederlande, Belgien) bekannt. Zwar hat es in Deutschland immer eine Beteiligung ehemaliger DrogenkonsumentInnen an der Drogenhilfe gegeben, doch handelte es sich hier vor allem um den drogenfreien Bereich der Drogenhilfe. Auch hier war Authenzität von großer Bedeutung für den Ausstieg aus der Drogenkarriere, die Bewältigung von Rückfällen etc. Das Wissen und den besonderen Zugang von bezahlten (ehemaligen oder Noch-) DrogenkonsumentInnen als Schlüsselpersonen zu DrogenkonsumentInnen zu nutzen, scheiterte oftmals an Fragen der Nähe und der mangelnden Distanzierbarkeit. Gleichwohl sind diese Strategien erfolgreich machbar: sowohl im safer-use-Bereich (vgl. Franken 1995; Schwerdt 1995; Trautmann/Barendregt 1995), als auch im safer-sex-Bereich für SexarbeiterInnen (Kersten 1993).

In den letzten Jahren hat sich auch die niedrigschwellige Drogenarbeit mit personal-kommunikativen (safer-use Trainings, vgl. Heudtlass 1995; Heudtlass/Stöver 1998) und instrumentellen Strategien (Erstellung von für die Betroffenen relevanten Print- und audio/visuellen Medien, vgl. Heudtlass/Stöver/Winkler 1995) jedoch zunehmend den Konsumbedingungen vor allem von Opiat- und KokainbenutzerInnen zugewandt. Deutlich wird jedoch zugleich auch, daß der zweite wesentliche Transmissionsweg für Infektionskrankheiten über ungeschützte Sexualkontakte innerhalb der Drogenhilfe nicht annähernd so offensiv und praxisorientiert angegangen wurde. Zwar existieren auch dafür Printmedien („safer work“) aber es fehlt an personalkommunikativen Strategien (safer-sex“-Trainings). Dieses Defizit ist erklärbar aus der Tatsache, daß es wenig professionelle Vermittlung und Unterstützung gibt: Die Huren-Selbsthilfe-Bewegung fokussiert vor allem auf Professionelle, andere in Frage kommende Verbände haben oft Berührungsängste im Umgang mit drogenabhängigen Prostituierten. Drogenberatungsstellen fühlen sich oftmals nicht zuständig für diesen Bereich.

---

42 Dieses Einstiegsalter ist vergleichbar mit der Altersstruktur der männlichen und weiblichen Insassen in der Studie von Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill (1997), die durchschnittlich für den Erstkonsum bei 19,5 Jahren liegt (Frauen 18,5, Männer 20,6).

Peer support in diesem Zusammenhang meint also die vielfältige Unterstützung von DrogengebraucherInnen durch DrogengebraucherInnen, die in vielfältiger Weise voneinander lernen: Für die DrogengebraucherInnen sind andere DrogengebraucherInnen die zentrale Bezugsgruppe in allen Fragen des Drogenumgangs. Dies wird in einer Beschreibung der Drogenszenen als unsolidarischer Gemeinschaften häufig übersehen: Sicherlich gibt es allein aufgrund von Schwarzmarkt und Kriminalisierung ausgeprägte Egoismen und fehlendes Kollektivhandeln. Gleichwohl existiert eine alltagsgestaltende Kommunikation über Injektionstechniken, Vermeidung bestimmter Applikationen, Prüfung von Stoffqualitäten etc., so daß ein beständiges Risikomanagement stattfindet und dabei ständig wichtige, „nächstbeste Lösungen" entwickelt werden.

Peer support bedeutet mit diesem Verständnis eine Weiterentwicklung der niedrigschwelligen Drogenarbeit, mit den Qualitäten:

- ergänzende Strategie der Schadensminimierung
- lebensweltorientierter Ansatz
- betroffenennahes Vorgehen.

Peer support stellt eine Erweiterung der Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten von Betroffenen dar und muß im Spannungsfeld von professioneller Hilfe und Selbsthilfe diskutiert werden. Voraussetzung einer Integration dieses Ansatzes sind die wissenschaftlich untermauerten Erkenntnisse, daß

- es im Sinne einer Authenzität von entscheidender Bedeutung ist, wer mit welchem Erfahrungshintergrund zu Verhaltensänderung aufruft.
- Drogenabhängige gesundheitsriskantes Verhalten ändern können und wollen und bei der Bereitstellung äußerer materieller und instrumenteller Bedingungen dazu auch in der Lage sind.

Es muß niedrigschwelliger Drogenarbeit vermehrt darum gehen, Form und Inhalte dieser Betroffenen-Kommunikation und Handlungen zu analysieren: Welche Regeln und Rituale haben einen regulierenden Einfluß auf das Drogenkonsumverhalten? Wie können die Ergebnisse als Grundlage verstärkter Peer support-Orientierung und lebensweltnaher Präventionsstrategien dienen? Ganz besonderer Schwerpunkt muß dabei auf zwei Bereiche gelegt werden:

- Frauenspezifische Aspekte, weil bei Frauen durch Prostitution, sowohl in Bezug auf HIV als auch in Bezug auf die Hepatitiden, erhöhte Infektionsrisiken bestehen: Frauen sollen befragt werden über ihre Formen der Bewältigung der Prostitutionsanforderungen und damit einhergehenden infektionsrelevanten Risiken.
- InsassInnen von Strafvollzugsanstalten, weil aufgrund des Fehlens von Infektionsschutzmöglichkeiten für drogenabhängige Gefangene besondere Risikosituationen entstehen, die in besonderer Weise bewältigt werden müssen.

#### 5.3.2.2 Peer-support im Strafvollzug

Der geschlossene Strafvollzug fördert eine Inhaftierten-Drogensubkultur, die wahrscheinlich stärker ausgeprägt ist, als draußen. Die Gründe liegen darin, daß die KonsumentInnen in Bezug auf die Beschaffung, den Schmuggel, die Verteilung, die Finanzierung, den Verkauf eigener Wertsachen, den Konsum und die Organisation von Konsumsituationen und -utensilien viel stärker aufeinander angewiesen sind, als draußen, wo örtliche Möglichkeiten größere Wahl- und Handlungsmöglichkeiten bieten. Allein die Beschaffung und Finanzierung der Spritze macht – anders als draußen – erhebliche Anstrengungen notwendig. Für viele, vor allem jüngere drogenabhängige Inhaftierte ergibt sich ein „Hygiene-Rückfall“, da sie bereits von Beginn ihrer Drogenkarriere an von einer Selbstverständlichkeit einer legalen und leichten Spritzenzugänglichkeit „draußen“ ausgehen. Improvisationsfähigkeiten sind im Vollzug in jeder Hinsicht gefordert, die stärkere kommunikative Aktivitäten erfordern. Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen ergeben sich über ältere, erfahrene Inhaftierte zu jüngeren, erstmalig Inhaftierten, von erfahrenen DrogenkonsumentInnen zu NeueinsteigerInnen im Vollzug, bei denen sich eine haftbedingte Sucht entwickelt hat sowie zwischen Gefangenen verschiedener Nationalitäten. Diese Beziehungskonstellationen bergen erhebliche Infektionsrisiken in sich über die Teilung der Spritzen, der Drogen und der Spritzutensilien, oftmals ohne daß sich die Beteiligten des Risikos bewußt sind. Zur Bewältigung dieser bekannten oder unbekannt-versteckten Risiken beim klandestinen Drogengebrauch kommt es gerade auf einen Austausch von Wissen an. Dabei mischt sich „richtiges“ und „falsches“ Wissen bei der Bewertung und der Entscheidung zum Eingehen von Risiken mit Vertrauen, gesundem Menschenverstand und anderen beziehungsrelevanten Faktoren (ökonomische Abhängigkeit der Gefangenen untereinander, sexuelle oder Liebes-Beziehung etc.). „Nächstbeste“, pragma-

tische Lösungen sind an der Tagesordnung, gewisse Regeln haben sich herausgebildet: z.B. „HIV-Positive drücken als letzte“, die Spritze wird mit Wasser durchgespült (in Ermangelung thermischer und chemischer Desinfektionsmöglichkeiten).

Aber nicht nur mangelnde oder fehlerbehaftete Informiertheit führt zu Risiken, sondern auch die besonderen Bedingungen des dreifachen Verbots von Drogenkonsum: Die Drogen sind verboten, der Konsum (über Urinkontrollen) ist verboten (und hat Bestrafungen über die Lockerungen usw. zur Folge), als auch das Fehlen eines geeigneten Ortes (die Zelle, ggf. als Gemeinschaftszelle ist ebenfalls kein unbeaufsichtigter oder intimer Ort). Diese Verbotsbedingungen führen zu Streß, Hektik in der Konsumvorbereitung und dem Konsumablauf selbst – infektionsrelevante Risiken sind vorprogrammiert.

Ähnliche Risiken bestehen bei der Sexualität hinter Gittern, die sehr tabuisiert ist – insbesondere unter männlichen Gefangenen. Ebenso wie der Vollzug kein drogenfreier Raum ist, so ist er auch keine sexualfreie Zone: Sexualkontakte finden in verschiedensten Formen unter den Inhaftierten statt, ohne daß dieser Bereich thematisierbar wäre. Aufgrund der Tatsache, daß Kondome als Infektionsschutzmaßnahme zwar grundsätzlich in den Anstalten erwerbbar oder sogar kostenlos verfügbar, in der Praxis aber tatsächlich oft schwer beschaffbar sind (über den Kaufmann eine Woche vorher zu bestellen, beim Arzt, d.h. es muß ein Arztbesuch vereinbart werden, beim Sozialdienst, d.h. eingeschränkte Öffnungszeiten), entstehen erhebliche Infektionsrisiken über ungeschützte Sexualkontakte.

Die oben ausgeführte peer-support-Strategie, d.h. also die Unterstützung von DrogengebraucherInnen für DrogengebraucherInnen trifft also auf Bedingungen, die geradezu klassisch zu nennen sind, in Bezug auf die Forderung gesundheitsorientierten Verhaltens und die gemeinsame Eruierung gesundheitsriskanter Praktiken im Drogenkonsum und der Sexualität. Zudem ist eine hohe Kontinuität mehrfacher, aufeinander aufbauender Trainings zu erwarten im Vergleich zu draußen.

#### 5.3.2.3 Möglichkeiten und Grenzen von peer-involvement-Ansätzen in Gefängnissen

Ein Transfer der oben entwickelten Strategien von Schadensminimierung und peer support in den Justizvollzug sind aus folgenden Gründen wichtig:

- Das Problembewußtsein muß vergrößert werden,
- Das Gesundheitswissen sowohl der InsassInnen als auch der Bediensteten muß weiter entwickelt werden,
- Peer-Ansätze eröffnen den Zugang zu relativ geschlossenen Subkulturen,
- eine relativ großes Interesse und eine Kontinuität der Teilnahme an Schadensbegrenzungsseminaren kann erwartet werden. Dies ist insofern eine Chance für kontinuierliche Arbeit mit DrogenkonsumentInnen, die außerhalb in dieser Form nicht erreicht werden können
- Die peer-Ansätze dienen als Basis für ein detailliertere und erfolgreiche Arbeit mit Schlüsselpersonen, die in diesen Seminaren kontaktiert werden können und für weitere Arbeitssequenzen ausgebildet werden können. Auf diesem Weg kann ein kontinuierlicher Dialog mit den Schlüsselpersonen geführt werden.

Im allgemeinen erlauben die Gefängnisbedingungen trotz aller Einschränkungen:

- Gesundheitsrelevante Informationen an Interessierte wiederholt zu transportieren,
- Schon gelernte Inhalte aufzufrischen,
- Einen dauerhaften und glaubwürdigen Kontakt zwischen externen Suchtkrankenhelfern, AIDS-Hilfe-Organisationen und betroffenen DrogengebraucherInnen im Vollzug herzustellen.

Schließlich besteht der Vorteil einer Integration von peers in einer kostengünstigen Präventionsmaßnahme. Angesichts knapper Haushaltsressourcen ist dies von großer Bedeutung.

#### 5.3.2.4 Umsetzung von Peer-support-Strategien im Strafvollzug – ein Modellprojekt

Im Rahmen eines internationalen, von der Europäischen Kommission geförderten Peer-support-Projektes unter Federführung des niederländischen Trimbos-Instituts wurden auch in Haftanstalten peer-support-Maßnahmen

durchgeführt. In Deutschland werden diese Maßnahmen in den beiden Anstalten umgesetzt, die auch die Pilotprojekte „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ betreiben: die JVA für Frauen in Vechta und die Männerhaftanstalt Lingen I Abt. Groß Hesepe (zur Beschreibung dieser beiden Anstalten siehe Kap. 4.1.1).

Das Vorgehen ist als beispielhaft zu verstehen und will nicht beanspruchen, flächendeckend wirksam zu sein. Gleichwohl soll über eine Modellpraxis ein Thematisierungsprozeß in Gang gesetzt werden. Das Erprobungsvorhaben bezieht sich auf drei Schwerpunkte, die miteinander, aber auch als einzelne Bausteine ihre Berechtigung haben:

**Personalkommunikative Strategien**

- Anleitung und Ausbildung von Betroffenen
- Inhaltlich-didaktische Weiterbildung von MediatorInnen (Schlüsselpersonen) aus der Zielgruppe (interessierte inhaftierte Drogenabhängige)
- MultiplikatorInnenschulung mit MitarbeiterInnen externer Dienste (z.B. JES- und AIDS-Hilfe-Mitarbeiter/innen)

Ausgangspunkt ist die Zielgruppe der i.v. drogenkonsumierenden Gefangenen in den beiden ausgewählten Justizvollzugsanstalten des Frauen- und Männervollzuges. Im Interesse von adäquaten lebensweltorientierten Strategien der Gesundheitsförderung sind geschlechtsdifferenziert ausgerichtete und konzipierte präventive Vorgehensweisen angezeigt.
Auf drei verschiedenen Ebenen für unterschiedliche Bezugsgruppen und -personen wird die Weitergabe von Wissen, sowie die Einübung und Unterstützung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen organisiert und durchgeführt. Die Umsetzung erfolgt zweigleisig – nach auf die Situation von Männern und Frauen bezogenen präventiver Aufgaben (vgl. m.w.N. über das gesamte europäische Projekt: Stöver/Trautmann 1998).

**Problembereiche**

Eine grundsätzliche, eher praktische Schwierigkeit besteht besonders in Strafvollzugsanstalten: das Bekenntnis zum Drogenkonsum bedeutet für bislang unerkannte DrogenkonsumentInnen ein Offenlegen, das ggf. und unter ungünstigen Anstaltsbedingungen negative Konsequenzen über das Auffälligwerden haben kann: verstärkte Kontrollen, Urinkontrollen vor Lockerungen etc. Interessierte bislang unauffällige drogenabhängige Gefangene können

sich kaum zu solchen safer-use-Trainings anmelden, weil sie fürchten müssen, daß ihr Name erstmalig oder überhaupt mit Drogenkonsum in Verbindung gebracht wird. Anders ist die Situation der Gefangenen, die meinen, nichts mehr zu verlieren zu haben, weil die Gefängnisbediensteten möglicherweise über ihren Drogenkonsum informiert sind. Die Teilnahmebereitschaft ist also immer Ausdruck für das jeweilige Vertrauens- oder Kontrollklima in den Anstalten.
Auch die Teilnahme an safer-sex-trainings könnte von Mitgefangenen oder Bediensteten interpretiert werden als Indiz für 'Homosexualität' oder 'problematische Sexualität', was innerhalb der internen Gefangenenhierarchie von Bedeutung sein könnte.
Frei über Drogenkonsum, -risiken und deren Vermeidung zu reden kann vom Gefängnispersonal als Verharmlosung der tatsächlichen Gefährdungen des intravenösen Drogenkonsums oder sogar als dessen Unterstützung und Billigung interpretiert werden. Solche Seminare müssen also immer auch bei dem Personal vermittelt zumindest angekündigt werden, um eine gewisse Transparenz und Akzeptanz zu erhalten. Bei der Vorbereitung und Planung sollten daher die Kommunikations- und Kooperationsebenen des Gefängnisses berücksichtigt werden, d.h. die gefängnisspezifischen Besonderheiten und Infrastruktur müssen akzeptiert werden. Eine enge Kooperation mit dem internen Suchtberatungsdienst (soweit vorhanden) und der medizinischen Abteilung des Gefängnisses sollte angestrebt werden.

Aufgrund haftbedingter eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten stellt sich also die Anforderung nach Kreativität und lösungsorientierten Strategien in besonderer Weise den Betroffenen selbst. Die Erkenntnis, daß in diesem verdeckt laufenden Prozeß auch „Alltagstheorien" und „Alltagspraktiken" in der Risikoabschätzung entwickelt und etabliert werden, die jenseits wissenschaftlicher Aufarbeitung möglicherweise ihre Berechtigung haben, dient als Anknüpfungspunkt einer themenzentrierten Interaktion im Rahmen von peer education und professioneller Initiierung. Es wird offensichtlich, daß es ganz unterschiedliche Motivationen und Interessen bei verschiedenen Gefangenen- und MitarbeiterInnengruppen gibt. Dies muß bei der Planung berücksichtigt werden. Es könnte auch dazu führen, daß bestimmte Seminarinhalte und einem anderen, weiter gefaßten Titel stehen ('Gesundheit im Strafvollzug'), jedoch safer-sex-Aspekte zum Inhalt haben.

#### 5.3.2.5 Risk-Reduction-Aktivitäten in zwei deutschen Haftanstalten

Der Zugang zu den beiden Gefängnissen erfolgte über die Suchtberater, zu denen bereits im Rahmen der Evaluation der 'Infektionsprophylaxe-Projektes' bestand (s. Kap. 4). Zusätzlich befürworteten die Leiter der beiden Haftanstalten die Durchführung dieses peer-support-Projektes. Weil die Vermittlung von Informationen über Infektionskrankheiten und andere drogenbedingte Erkrankungen nicht nur im Interesse der Gefangenen, sondern auch der Bediensteten liegt, wurden alle Akteure in diesen Prozeß von Schadensbegrenzung einbezogen. Das Vorgehen im Rahmen der Umsetzung bestand daher darin, die Ziele der Erhöhung des Wissens und der Praxis von 'safer use' und 'safer sex' zu erreichen.

Die Zahl und Inhalt der durchgeführten Seminare ist angefügt:

| **Zielgruppen in den beiden Gefängnissen** | **safer use/drogenbezogene Informationen** | **safer sex, Prostitutions-bezogene Informationen 'safer work'** |
|---|---|---|
| Drogenkonsumierende Gefangene | 4 Seminare | 2 Seminare |
| Schlüsselpersonen/'peer leader der Gruppe drogenkonsumierender Gefangener | 2 Seminare | 2 Seminare |
| Bedienstete | 1 Seminar | |
| Angestellte externer Suchtkranken/AIDS-Hilfe-Organisationen, die in beiden Anstalten Angebote vorhalten | 1 Seminar | 2 Seminare |

Zusätzlich unterbreiteten die Gefängnisse Kurse für Gefangene und Bedienstete in Erster-Hilfe für drogenbezogene Notfälle. In der JVA für Frauen in Vechta wurden drei zusätzliche Seminare für Bedienstete mit etwa 60 TeilnehmerInnen angeboten über drogenbezogene Schäden und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf den Umgang mit gefundenen gebrauchten Spritzen, Verhaltensregeln nach einer Nadelstichverletzung, allgemeine hygienische Vorsichtsvorkehrungen.

Die Seminare und Trainings wurden von professionellen Trainern durchgeführt in enger Zusammenarbeit mit dem internen Suchtberatungsdienst in beiden Haftanstalten Die Teilnahme war freiwillig – es konnten sich alle

interessierten Gefangenen und Bedienstete anmelden. Die Teilnahme der Bediensteten war bezahlte Arbeit, die teilnehmenden Gefangenen wurden von der Arbeit freigestellt. Diese Maßnahmen drückten das Interesse der Gefängnisleitung aus.

### Die Seminare: DrogenkonsumentInnen im Vollzug

#### Safer use Seminare

Die safer use Seminare in beiden Gefängnissen bestanden aus zwei Trainingstagen für 6-8 Stunden für eine Gruppe von durchschnittlich 12 Gefangene in jedem Gefängnis. Die folgende Bereiche wurde abgedeckt: Risiken verschiedener Drogenapplikationsformen, Fragen der Dosierung, Hygieneregeln, Desinfektionstechniken, Verhaltensregeln im Falle einer Überdosierung, Risikosituationen und Rückfall nach Entlassung, bei Ausgang/Urlaub/ Flucht.

Die Methode bestand darin, zu einem gewissen Grad die Erfahrung der Gefangenen einzubeziehen, ihre Expertise als Ausgangsbasis für die Wissensaufbereitung zu nutzen. Sie stehen mit ihrem Wissen, ihren Konsummustern beispielhaft für sichere aber auch für risikobehaftete Drogenkonsumpraxis. Vor dem Hintergrund der spezifischen Anstaltsbedingungen ging es darum, Risikosituationen zu analysieren, und das Risikobewußtsein zu schärfen.
Aus diesen beiden Seminaren in jedem Gefängnis wurden Schlüsselpersonen mit längerer Strafe ausgewählt. Diese Schlüsselpersonen wurden zu einem zusätzlichen Seminar eingeladen, in dem es um methodisch-didaktische Fragen ging, wie ein bestimmtes Wissen anderen Gefangenen vermittelt werden kann (1 Seminar in jedem Gefängnis für 4-6 Personen, 6-8 Stunden). Grundsätzliche Vorraussetzung für die Auswahl der Schlüsselpersonen war die Akzeptanz durch andere Gefangene als ‘peer leader’. Die Schlüsselpersonen waren AnsprechpartnerInnen für den externen und internen Suchtberatungsdienst für weitere Aktivitäten und Kampagnen.

#### Safer sex Seminare

Die safer-sex Seminar wurden ausgeführt von einem männlichen Trainer für die Männerhaftanstalt in der JVA Lingen I Abt. Groß Hesepe und einer Frau für die Frauenhaftanstalt in Vechta. Diese Teilung reflektierte die unter-

schiedlichen Erfahrungen, Gewohnheiten und Risikoexpositionen beider Geschlechter und höhreren Akzeptanz von geschlechtshomogenen Trainern.
In der Männerhaftanstalt war die Zahl der Teilnehmer relativ hoch (12). Das Ziel war die Thematisierung von männlicher Sexualität innerhalb und außerhalb des Gefängnisses. Dies beinhaltete die Diskussion von Sexualität zwischen Männern ohne homosexuelle Identität, Gewalt und Sexualität, Sexualität als Machtinstrument und Prostitution. Die kommunikative Kompetenz sollte ebenso erhöht werden, wie die Entwicklung individueller Strategien von safer-sex-Praktiken: wie ein Kondom adäquat benutzt werden kann, wie es in den Ablauf sexueller Kontakte integriert werden kann, welche sexuellen Praktiken welche Vorsichtsvorkehrungen erfordern.
Wieder wurden aus diesem Seminar Schlüsselpersonen ausgewählt, die ihr erworbenes Wissen und Informationen an die Mitgefangenen weitergeben sollten.
Dieses ursprüngliche Ziel konnte nicht erreicht werden, weil das Interesse an solchen Seminaren so hoch war, daß sich wieder neue Gefangene für das peer-leader Seminar eingeschrieben hatten und mit den vorhandenen Mitteln keine weiteren Seminare durchgeführt werden konnten, so daß die Inhalte und Vorgehensweisen vom ersten Mal wiederholt wurden.
Das safer sex-Seminar für Frauen fokussierte auf die spezifischen Risikolagen weiblicher Gefangener, z.B. wie auf ein Kondom in professionellen als auch in privaten sexuellen Beziehungen insistiert werden kann, Austausch von Gewalterfahrungen, Vergewaltigung, Prostitution und sexuelle Diskriminierung. Mehrere Frauen erfuhren sexuellen Mißbrauch in ihrer Kindheit und während ihrer Arbeit als Prostituierte. Diese Erfahrungsberichte erforderten einen sensiblen Umgang – an diesen Beispielen wurde deutlich, daß die Thematisierung von Sexualität mehr beinhaltet als den Transport von Botschaften zum safer-sex.
Auf der Basis der erfahrenen meist riskanten Sexualität und ungesundem Drogengebrauch entstanden Debatten über die sexuelle und moralische Identität und selbst über die Persönlichkeitsstrukturen Betroffener. Diese Prozesse können nur teilweise während solcher Pilotprojekte begleitet oder abgefedert werden. Es zeigt sich eine Notwendigkeit der Integration einer kontinuierlich unterstützenden externen oder internen ExpertInnen

Ähnlich dem oben beschrieben Seminar für Männer wurden Schlüsselpersonen gefunden, die eingeladen wurden als Schlüsselpersonen zu fungieren und an einem Seminar teilzunehmen, das wiederum auf methodisch-didakti-

schen Aspekten der Thematisierung brisanter Themen und des Wissenstransports fokussierte.

**Bedienstete im Vollzug**

Auch interessierten Bediensteten der Männerhaftanstalt wurde das Angebot gemacht, mehr über die Situation von drogengebrauchenden Gefangenen zu erfahren, um ein besseres Verständnis für deren Lebenssituation zu entwikkeln. Zusätzlich sollten Verhaltenssicherheiten in drogenbedingten Notfällen geschaffen werden.

Dies schloß Aspekte von ‘Gesundheit’ und ‘Sicherheit’ in ihrer täglichen Arbeit mit ein. Bedienstete sind ‘at risk’ vor allem in Bezug auf die Verbreitung infektiöser Krankheiten durch Nadelstichverletzungen. Weiterhin fürchten einige Bedienstete mit kontaminierten Nadeln von Gefangenen angegriffen zu werden. Daher war das Ziel dieser Seminare für die Bediensteten, eine Sensibilität für drogenabhängige Gefangene zu entwickeln, die im Vollzug ihren oftmals riskanten Konsum fortsetzen. Eine bessere Einsicht in die Lage von drogenabhängigen Gefangenen könnte ein Verständnis für deren Bedürfnisse und Verhaltensweisen entwickeln helfen.

Allerdings bestehen Akzeptanzbarrieren gegenüber den neuen schadensminimierenden Hilfeansätzen, weil sie nicht in erster Linie auf die völlige Überwindung der Abhängigkeit zielen. Umso notwendiger ist es, die drogenbedingten (Infektions-)Krankheiten, teils als Folge von Kriminalisierung, Schwarzmarkteffekten und Drogenabhängigkeit in der Inhaftierung, vorzustellen.

Im Gegensatz zur guten Beteiligung des Personals in der Frauenhaftanstalt (die Seminare wurden von der Gefängnisleitung selbst organisiert), wurde das Seminar in der Männerhaftanstalt nur von wenigen Bediensteten besucht. Diese wenigen Teilnehmer gaben eine sehr positive Rückmeldung auf dieses Seminar. Die Einbeziehung des Personals in die Risikoreduktionsstrategie wurde nach Beendigung des peer-support-Pilotprojektes von der externen AIDS-Hilfegruppe fortgesetzt.
Der Ort der Durchführung von Trainingsseminaren war für die Bediensteten von großer Bedeutung: ob die Seminare innerhalb oder außerhalb des Strafvollzuges stattfinden ist, nicht nur atmosphärisch von Bedeutung, sondern auch für die Bereitschaft offen über Probleme und Verhaltensunsicherheiten im Umgang mit drogenabhängigen Gefangenen zu sprechen.

**Angestellte externer Drogen/AIDS-Hilfe Dienste, die Hilfen in diesen beiden Gefängnissen anbieten**

Die Einbeziehung externer Hilfeorganisationen (hier: Suchtberatungseinrichtungen, AIDS-Hilfen, Selbsthilfegruppen) wurde angestrebt, um eine Verstetigung des Inhaltstransfers nach Beendigung des peer-support-Pilotprojektes zu erreichen. Diese Gruppen besitzen die höchste Glaubwürdigkeit und den besten Zugang zu Problemgruppen im Vollzug – dieser Bonus sollte in gesundheitspräventiven Strategien genutzt werden. Drei Seminare bezogen sich auf diese Zielgruppen; mit dem Fokus auf Drogenkonsum, safer sex für Männer, und safer sex/safer work für Frauen. Diese drei Seminare wurden von denselben Trainern durchgeführt, die auch die Seminare für die Gefangenen durchführten. Der Schwerpunkt lag wiederum auf didaktisch-methodischen Aspekten der peer – support-Arbeit: wie sind die relevanten Verhaltensbereiche von 'Drogenkonsum' und 'männlicher und weiblicher Sexualität' als zentrale Bereiche der Arbeit externer MitarbeiterInnen zu thematisieren? Didaktische Aspekte gesundheitspräventiver Strategien wurden in Bezug auf die Einführung bestimmter Themen (HIV/Hepatitis-Prävention) in die Treffen mit interessierten Gefangenen diskutiert.

Alle drei Seminare hatten 8-12 TeilnehmerInnen (6-8 Stunden) von verschiedenen Organisationen der Suchtkrankenhilfe-/AIDS-Hilfe und Selbsthilfe. Die TeilnehmerInnen wurden für ihre Teilnahme bezahlt.

Die Seminare konnten nur einen ersten Überblick über die Themen geben. Für die TeilnehmerInnen wurde besonders deutlich, für Themen der Sexualaufklärung spezielle Beratungsseminare zu besuchen. Deutlich wurde, daß die Trainings mit Gefangenen in Sprache, Begrifflichkeit und Inhalt frei sein sollten von moralischen Befrachtungen. Bei den Professionellen innerhalb und außerhalb des Vollzuges ist nicht selbstverständlich von einer Beratungskompetenz auszugehen, dies wurde jedoch als Voraussetzung einer verstehenden gesundheitspräventiven der peer-education-Arbeit mit Gefangenen betrachtet. Ein Seiteneffekt dieser Treffen war, daß sich ein Netzwerk externer Professioneller gebildet hat, das einen dringenden und kontinuierlichen Austausch von Erfahrungen und Informationen/Präven

Im folgenden werden die wesentlichen Erfahrungen mit dem Pilotprojekt 'peer-support im Strafvollzug' zusammengefaßt:

**Erfahrungen und Konsequenzen des Peer-support-Modellprojektes im Strafvollzug**

- Aktive Annahme und Akzeptanz der Unterstützungsangebote und dieses besonderen Arbeitsansatzes: z.B. zielgruppenadäquates Vorgehen, hohe Glaubwürdigkeit, lebensweltnahe Vermittlung
- Entwicklung von formalen und inhaltlichen Strukturen, die, entsprechend dem peer-support-Ansatz, Informationen kontinuierlich weitergeben und einen Austausch unter betroffenen Gefangenen fördern, z.B.:
  - Ausbildung von peer-leader-Personen unter den drogenabhängigen Gefangenen
  - Adaption des peer-support-Ansatzes durch externe MitarbeiterInnen und Entwicklung entsprechender Angebote zur Unterstützung
- Sensibilisierung innerhalb der Anstalt für infektionsprophylaktische, drogenbezogene, lebensweltrelevante Inhalte, z.B.
  - Thematisierung von Sexualität im Vollzug und in der Prostitution
  - Thematisierung eines risikobehafteten Rückfalls unmittelbar nach Haftentlassung
  - Demonstration von Desinfektionsmethoden für Spritzen
  - Drogennotfallhilfe
- Ansätze von praktischer Umsetzung von Inhalten zur Risikoreduktion, z.B. erfolgreiche Anwendung von Drogennotfallhilfe-Kenntnissen
- Infragestellung tradierter Suchthilfekonzepte, mit z.B. ausschließlich abstinenzorientierten Zielen: Kennenlernen von Konzepten der Schadensminimierung und Suchtbegleitung.

## Schlußbemerkung

> „...the way a society deals with its failures is the ultimate test of its humanity. How we respond to and treat those who are accused or convicted of committing crime ... reveals the extent of our compassion as well as the limits of our professionalism. When we look into the recesses and corridors of our custodial institutions ... we are looking at a mirror of ourselves." (David Biles 1996, S. 339)

Die Verbreitung von gesundheitlich hochriskantem Drogenkonsum und drogenbedingten Erkrankungen in den Gefängnissen stellt weltweit ein Problem dar. Am Beispiel der Infektionsprophylaxe und anderen gesundheitlich und sozial stabilisierenden Drogenhilfemaßnahmen für die Population der drogenabhängigen Gefangenen wurde gezeigt, daß man von einer auf Effizienz und Angleichung an extramurale Versorgungsstandards ausgerichteten Gesundheitspolitik im Justizvollzug weit entfernt ist. Das beschriebene Spannungsfeld von Sicherheits- und Ordnungspolitik auf der einen und Behandlungsauftrag auf der anderen Seite macht deutlich, daß selbst eine offene Kommunikation über die gesundheitliche Situation der Gefangenen jenseits traditioneller Kontrollstrategien kaum entwickelt ist. Nicht ‚Public Health', sondern ‚Prison Health' umschreibt das Besondere der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis: als intransparent, nicht vernetzt und kaum auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Es sind nicht nur partielle Versäumnisse in spezifischen Behandlungsangeboten und Versorgungsleistungen, sondern strukturelle Defizite in der Angleichung der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis an die Standards und Hilfeangebote außerhalb deutlich geworden. Justizpolitische Bedenken und Blockaden gegen adäquate Schutzmaßnahmen dominieren dabei sachorientierte medizinische Entscheidungen und psycho-soziale Hilfen. Dabei müßte es um eine grundsätzliche Umstellung der Sichtweise von Gesundheitsfürsorge im Vollzug gehen: Neben der Analyse und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Potentiale Einzelner müssen gleichzeitig gesellschaftliche Dimensionen kollektiven Gesundheitsverhaltens und der Lebens- und Arbeitsverhältnisse im Gefängnis in den Blick genommen und schrittweise

verändert werden. Mit dem in dieser Arbeit entwickelten Konzept des ‘Healthy Prison’ wurde dargelegt, daß die Förderung von Gesundheit alle im System Justizvollzug lebenden und arbeitenden Menschen und damit die Verhältnisse mit einschließen muß und nicht einseitig auf Ansprüche zur Verhaltensänderung gegenüber Gefangenen pochen kann.

Dabei ist das setting Gefängnis ein im Verhältnis zu anderen (Schule, Krankenhaus) weitaus belastender. Die Institution Gefängnis an sich ist ein gesundheitsabträglicher Ort: die Ballung sozialer und gesundheitlicher Problemlagen, die für Hygienefragen relevante soziale Enge, die Unausweichlichkeit einer Handlungskompetenzen potentiell abbauenden Institution, sowie die psychischen Folgen der Freiheitsentziehung verdichten die individuelle Belastung. Vor diesem Hintergrund potenziert gerade die Drogenabhängigkeit die gesundheitliche und soziale Problematik. Dem Vollzug gelingt gegenwärtig kein gesundheitsförderlicher Umgang mit diesem Problem. Neben klassischen Kontrollstrategien (‚War on Drugs‘) sind lediglich traditionelle Abstinenzberatung und –behandlung die zentralen vollzuglichen Reaktionen im Umgang mit süchtigen Gefangenen. Die therapeutischen Differenzierungen außerhalb, vor allem suchtbegleitende, aber sozial und gesundheitlich stabilisierende Maßnahmen im Umgang mit Abhängigen werden vom Vollzug weitgehend ignoriert. Eine Ursache dafür besteht im Verschwimmen des Kriminalitäts- mit dem Krankheitsparadigma im Vollzug: Die Bestrafung und Therapie einer Krankheit können keine (friedliche) Koexistenz bilden, weil einerseits der Sicherungsaspekt dominant bleibt und andrerseits fundamentale Therapievoraussetzungen fehlen.

Mit dem Auftreten neuer intramuraler, drogenkonsumbedingter Infektionsgefahren (insbes. Hepatitis C) stellt sich die Frage nach grundsätzlichen Verbesserungen neu: Außerhalb der Gefängnisse haben freie Träger der Drogen- und AIDS-Hilfe ab 1984 – zunächst durchaus im rechtlichen Graubereich handelnd – sich in der HIV/AIDS-Prävention engagiert und Spritzenaustauschprogrammme initiiert und offiziell ermöglicht. Solch ein Engagement verhindert der Strafvollzug, macht entsprechende Initiativen handlungsunfähig. Politikstrategien der Normübertretung (‘just-doing-it’) können hier nicht (zumindest nicht offiziell) umgesetzt werden – souverän und einzig Handelnde sind die Strafvollzugsbehörden bzw. die Justizministerien. Der Konflikt, zunächst offenbar auf einer fachlichen Ebene angesiedelt, entpuppt sich angesichts der erdrückenden Notwendigkeit zum sofortigen Handeln in punkto instrumenteller Infektionsprophylaxe jedoch mehr und mehr als ein

politischer. In einer Mischung aus Kontrollverlustängsten und schlichter Ignoranz gesundheitlicher Bedürfnisse der Gefangenen, wird der zwingende Handlungsbedarf auf diesem Gebiet Jahr um Jahr verschoben, bis sich ‘Trägheitseffekte’ einstellen.

Als eine Form der Beschwichtigungspolitik werden von den Behörden immer wieder aufs Neue Arbeitskreise eingerichtet, Hearings einberufen, ‘Prüfungen’ angeboten – ohne grundsätzliche Verbesserung der gesundheitlichen Lage vor allem der drogenabhängigen Gefangenen zu erzielen. Das weist auf eine Ausweichstrategie hin, die angesichts eines öffentlich entwickelten Legitimationsdrucks, flexibel mit scheinbaren Zugeständnissen reagiert. Dabei gewinnt die Frage der Spritzenvergabe eine Symbolwirkung für die Legitimation des Gefängnisses: Dieses muß als geschlossenes, drogenfreies Konstrukt aufgegeben werden, zugunsten eines offensiven Umgehens mit dem Scheitern der Kontrollpolitik vor dem Drogenproblem einschließlich der schädlichen gesundheitlichen Folgen. Es muß die Notwendigkeit und Dringlichkeit erkannt werden, akzeptierende, lebensweltnahe und gesundheitsschützende Hilfen zu entwickeln.

Darüber hinaus scheint man – immer noch in der Ausblendung der gesamten Infektionskrankheiten im Strafvollzug – mit geringen Zahlen HIV-infizierter, bzw. AIDS-erkrankter Gefangener zu operieren, die eine Kontrollierbarkeit des Problems suggerieren und keinen weiteren Handlungsbedarf begründen. Angesichts fehlender Längsschnittstudien, und angesichts der bereits vorliegenden Dokumentationen von HIV- und vor allem Hepatitis-Serokonversionen im Vollzug muß konstatiert werden, daß sich die Justizbehörden in einer ‚falschen Sicherheit‘ wiegen. Dieser gesundheitspolitische Skandal wird umso deutlicher angesichts grassierender Hepatitis-Infektionen und anderer Formen von Drogenmorbidität (Abszesse, Drogennotfälle etc.) und -mortalität nach Haftentlassung.

Schließlich fehlt der kontinuierlichen Forderung der Gefangenen die politische Lobby: die Forderungen nach adäquaten, bewährten und erfolgreichen Präventivmaßnahmen können nur noch ‘gebetsmühlenartig’ wiederholt, sie können jedoch nie mit praktischen und seien es auch nur exemplarischen Aktionen verknüpft werden – was ihre politische Durchsetzbarkeit möglich erscheinen ließe. In der Diskussion um ein adäquates Umgehen mit drogenabhängigen Gefangenen müssen Dekonstruktionen vorgenommen werden: des drogenfreien Gefängnisses, einer gesundheitlichen Stabilisierung der Gefangenen (‚weniger Drogenkonsum im Vollzug‘) als Erfolg von Kontroll-

strategien des Justizvollzuges, einer Kontrollierbarkeit der Übertragung von Infektionskrankheiten und schließlich dem traditionellen Menschen- und Suchtbild vom kompulsiven Drogenabhängigen, der gerade mit Bestrafung und Verwahrung bedacht werden muß, um die Gesellschaft vor ihm zu schützen.

Vor diesem Hintergrund steht die Kriminalisierungs- und Strafpraxis von Drogenabhängigen grundsätzlich in Frage: Haftvermeidungsprojekte gilt es zu entwickeln, die letztlich verstärkt dazu beitragen können, die individuelle Gesundheit zu fördern und soziale Stabilisierungsprozesse zu unterstützen.

# Anhang

## 1 Empfehlungen der Konferenz ‚Gefängnisse und Drogen 1998' v. 12.-14.3.1998 in Oldenburg

## EUROPÄISCHE EMPFEHLUNGEN

Im Rahmen der Konferenz 'Gefängnisse und Drogen 1998' in Oldenburg (12.-14. März 1998) haben 109 TeilnehmerInnen Drogenhilfeangebote im Gefängnis diskutiert und Empfehlungen erarbeitet. Die TeilnehmerInnen waren VertreterInnen aus den Gefängnisverwaltungen, Anstaltsärzte, Leitung und Personal nicht-staatlicher Organisationen, BewährungshelferInnen, SozialarbeiterInnen und RepräsentantInnen von Organisationen der DrogengebraucherInnen. Die TeilnehmerInnen kamen aus zwölf EU-Staaten und drei anderen Ländern.

Empfehlungen wurden in Arbeitsgruppen zu den folgenden Themenbereichen erarbeitet :

- Risikominderung
- Drogenfreie Behandlungen
- Substitutionsbehandlungen
- Spritzenaustauschprogramme
- Peer support

In allen Arbeitsgruppen wurde eine Übereinstimmung über folgende allgemeine Prinzipien erzielt:

1. Eine große Vielfalt von Drogenhilfeangeboten sollte für Gefangene zugänglich sein, die abhängig von lokalen Bedingungen auf individuellen Bedürfnissen basieren.
2. Die Gesundheitsversorgung für Gefangene sollte der außerhalb der Anstalten entsprechen.

3. Es sollte eine Kontinuität der Behandlung bei Neueintritt und Entlassung sichergestellt sein, die eine Zusammenarbeit zwischen Gefängnissen und außervollzuglichen Diensten beinhaltet.
4. Es sollten Fortbildungen/Informationsveranstaltungen sowohl für das Gefängnispersonal als auch für die InsassInnen über Drogen und die damit verbundenen Gesundheitsprobleme stattfinden.
5. Die Drogenhilfe im Vollzug sollte Gegenstand von regelmäßiger Dokumentation und Evaluation sein.

Der folgende Bericht der Konferenz ist aufgeteilt in sechs Bereiche. Der erste gibt allgemeine Empfehlungen, die in den einzelnen Arbeitsgruppen erarbeitet wurden. Die nächsten fünf Bereiche beinhalten Empfehlungen, die im Rahmen jedes Themenschwerpunktes erarbeitet wurden.

**A. Allgemeine Grundsätze**

1. Das Gefängnis sollte als Teil eines Kontinuums angesehen werden (das von der Gesellschaft zur Strafrechtspflege und wieder zur Gesellschaft reicht). Im Rahmen dieses Teilsystems sollte ein Prozess aktiver Interventionen, einschließlich Anamnese, Aufnahme, Behandlung, Rückfallprävention und Nachsorge stattfinden können.
2. Die Drogenpolitik und Strategien im Umgang mit Drogengebrauch im Vollzug sollte auf einer gesetzlichen Grundlage stattfinden, und sollte sicherstellen, daß die nationalen Minimalanforderungen an Behandlung und Sicherheit in allen Einrichtungen Anwendung finden. Darüberhinaus muß es Raum für individuelle Initiativen, Pilotprojekte und innovative Programme geben.
3. Hilfeangebote sollten auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten sein. Straffälliges Verhalten hat möglicherweise nichts mit Drogen zu tun. Wenn dies der Fall ist, müssen sowohl die anderen Ursachen, als auch der Drogengebrauch behandelt werden.
4. Das Thema ‘Abhängigkeit’ muß Teil von Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen für Gefängnispersonal, einschließlich des medizinischen Personals, sein.
5. Es müssen in regelmäßigen Abständen und auf allen Ebenen Möglichkeiten zum Austausch von Informationen und Erfahrungen bezüglich der besten praktikablen Lösungen zwischen Gefängnissen und externen Einrichtungen geboten werden.

6. Die Gesundheit der Inhaftierten hat höchste Priorität, daher müssen Behandlungsangebote und deren Zugang ausreichend sein und auf denselben Qualitätsstandards basieren, wie außerhalb des Gefängnisses.
7. Die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sollten auf die Bedürfnisse der einzelnen Gefangenen zugeschnitten sein.
8. Es sollte eine Gesetzgebung geschaffen werden, die eine flexible Entlassung von Gefangenen ermöglicht. Hierdurch wird aktiv eine erfolgreiche Teilnahme an Programmen zur Verhaltensänderung während der Haftzeit unterstützt.
9. Gefangene sollten nach vorangegangener Aufklärung freiwillig an Behandlungsmaßnahmen teilnehmen können.
10. Drogentherapie im Gefängnis ist keine Alternative zu Therapieangeboten außerhalb des Gefängnisses, beide Ansätze sind komplementär und notwendig.
    Gefängnisleitungen sollten in einem umfassenden und konstruktiven Dialog mit den Bediensteten sicherstellen, daß jede nationale Initiative mit Unterstützung und unter Leitung der Anstalt im Gefängnis umgesetzt wird.

**B. Strategien zur Risikominderung**

1. Bei Angeboten für inhaftierte DrogengerbaucherInnen sollte berücksichtigt werden, daß Inhaftierte aus der Gesellschaft kommen und in sie zurückkehren. Politische und praktische Maßnahmen sollten daher darauf abzielen, die mit dem Drogengebrauch einhergehenden Risiken für sie selbst, für andere Inhaftierte, für Gefängnispersonal und für die Gesellschaft insgesamt zu vermindern.
   Risiken umfassen:
   a) Übertragung von Infektionskrankheiten
   b) Schaden für den/die einzelne/n DrogenbraucherIn
   c) Schädigende Auswirkungen auf das System Gefängnis und auf die Gesellschaft. Risikominderung beinhaltet:
      - Verschiedene Maßnahmen, die gesundheits- und sozialförderliche Auswirkungen auf das Verhalten des/der einzelnen DrogengebraucherIn haben;
      - Diese Maßnahmen müssen Information, Prävention und Behandlung beinhalten. Es sollten umfassende Beratungen mit externen Drogenhilfeeinrichtungen und anderen Organisationen stattfinden

um sicherzustellen, daß gefängnisinterne Programme die in der Gemeinde zugänglichen Drogenhilfeangebote widerspiegeln.

2. Bei Entwurf, Planung, Umsetzung und Beurteilung von Strategien der Risikominderung müssen alle am Strafvollzug interessierten und beteiligten Einzelpersonen und Gruppen einbezogen werden.
3. Alle direkt Beteiligten müssen gemeinsam Vereinbarungen für die Praxis treffen, die auch die unterschiedliche Rollen und jeweilige Verantwortlichkeiten verdeutlichen.
4. Vor der Umsetzung risikomindernder Strategien muß dem Bedarf an angemessener Vorbereitung auf 'örtlicher' Ebene Rechnung getragen werden. Diese Vorbereitung muß Information, Ausbildung und Zugang zu Ressourcen einschließen.
5. Hilfsangebote und Maßnahmen sollten die verschiedenen Arten und Formen des Drogengebrauchs sowie die eventuellen zukünftig veränderten Praktiken und neuen Tendenzen im Drogengebrauch berücksichtigen.
6. Auf der Grundlage einer umfassenden Einzelbeurteilung sollten alle Inhaftierten die Möglichkeit haben, entsprechend ihren Bedürfnissen und ihrer spezifischen drogen-bezogenen Situation zwischen unterschiedlichen Hilfsangeboten zu wählen.
7. Wo in benachbarten Arbeitsfeldern bereits bewährte Maßnahmen der Risikominderung existieren, sollten diese in angemessener Form auch bei drogenabhängigen Inhaftierten angewandt werden.
8. Es muß anerkannt werden, daß ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Erfordernissen nach Sicherheit, Prävention und Behandlung bestehen muß. Dies schließt ein, daß auch Sicherheit und Kontrolle einen positiven Effekt auf risikomindernde Strategien haben können.

**C. Drogenfreie Behandlung**

1. Gefängnisse sollten drogenfreie Abteilungen vorhalten für:
   - die Behandlung von solchen DrogengebraucherInnen, die Behandlung wollen.
   - für andere Gefangene, die einen Abstand von der Drogenszene wünschen.

Beide Abteilungen sind wichtig und notwendig. Die Aussichten für einen langfristigen Erfolg von drogenfreien Behandlungen können dadurch erhöht werden, wenn die Gefangenen, die eine Behandlung beenden, in einer drogenfreien Abteilung untergebracht werden können.

2. Drogenfreie Behandlungsprogramme sollten Teil eines umfassenden Drogenhilfeangebotes sein. Eine Kombination komplementärer Programme und Behandlungsmöglichkeiten ist erforderlich. Eine breite Palette von Behandlungsangeboten für verschiedene Gruppen von Betroffenen sollte verfügbar sein. Drogengebraucher, die nicht bereit oder fähig sind, sich einer Behandlung zu unterziehen, benötigen Angebote zur Schadensminimierung.

3. Eine enge Zusammenarbeit zwischen internen Experten und externen Organisationen ist sehr wichtig. Erfolgreiche Programme haben Gruppen außerhalb des Gefängnisses an ihrer Seite, die das Gefängnisprogramm unterstützen, an der Rückfallprävention teilnehmen und die Behandlung nach der Entlassung weiterführen. Abgestimmte verbindliche Behandlungsprotokolle und Leitlinien müssen entwickelt werden.

4. Die Gefangenen müssen entsprechend dem Risiko, das sie darstellen, untergebracht werden und Programme müssen auf der niedrigsten Sicherheitsstufe, die möglich ist, durchgeführt werden. Jedoch sollte Tätern mit hoher Haftstrafe der Zugang zu drogenfreien Abteilungen nicht verwehrt werden.

5. Aus- und Fortbildung des Personals ist eine entscheidende Voraussetzung für die Einführung von Interventionsprogrammen aller Art. Die Einstellungen, die Werte und die Verantwortlichkeiten der im Gefängnis Arbeitenden muß dahingehend gefördert werden, so daß diese den Behandlungsprozeß unterstützen. Die erfolgreiche Einführung drogenfreier Behandlung erfordert eine Vision, die von den Bediensteten und den Gefangenen geteilt wird.

6. Alle Behandlungsprogramme sollten regelmäßig ausgewertet werden, um eine Übereinstimmung mit existierenden nationalen Richtlinien sicherzustellen.

7. Sowohl auf nationaler wie auf lokaler Ebene sollte aktive Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, um sicherzustellen, daß eine Unterstützung für diese Initiative zur Verfügung steht.

8. Die Gefängnisleitung sollte eine Sicht unterstützen, die den Drogengebrauch im Zusammenhang mit dem gesamten Gefängnissystem betrachtet. Ein multidisziplinärer Ansatz ist wichtig, d.h. multidisziplinäre Teams mit internen und externen Beteiligten müssen einbezogen werden. Dies stellt Verständnis und Akzeptanz von allen Ansätzen durch Gefängnispersonal und Gefangene sicher.

**D. Substitutionsbehandlung**

1. Substitution umfaßt sowohl Entzugs- als auch Erhaltungsprogramme.
2. Substitution bietet die Möglichkeit (im Sinne von Fördern und Erleichtern) des regelmäßigen Kontaktes des medizinischen Dienstes mit dem Gefangenen, aber sie ist nicht die ganze oder einzige Lösung.
3. Obwohl Substitution am effektivsten ist, wenn sie Teil einer umfassenderen Behandlungsmaßnahme ist, kann durch sie allein auch erreicht werden, daß die Gefangenen für eine gewisse Zeit eine Stabilität erreichen, die ihnen hilft, ihre körperliche und geistige Gesundheit und auch ihre sozialen Lebensbedingungen zu verbessern.
4. Personen, die sich vor der Inhaftierung in Erhaltungsprogrammen befunden haben, müssen diese Maßnahmen fortführen, wenn sie die Haft antreten. Diejenigen Personen, die in der Haft an einer Substitutionsbehandlung teilnehmen, müssen diese Behandlung nach ihrer Entlassung fortsetzen können.Entscheidungen über die Fortführung der Behandlung sollten nach Beratung mit dem Personal der Behandlungsprogramme getroffen werden, an dem der Gefangene außerhalb des Gefängnisses teilnimmt.
5. Ein eindeutiger Vertrag, in dem die Art der Behandlung festgehalten wird, soll zwischen dem/der Gefangenen und den Personen, die das Programm durchführen, abgeschlossen werden.
6. Eine tiefgehende, strukturierte, kontinuierliche Einschätzung, die dann zu einem umfassenden Behandlungsplan führt, ist notwendig.
7. Angemessene personelle Ressourcen und Behandlungseinrichtungen sollten zur Verfügung gestellt werden.

**E. Spritzenaustauschprogramme**

1. Im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht erkennt die Justiz ihre Verpflichtung und die Notwendigkeit an, jedem Gefangenen infektionsprophylaktische und gesundheitsfördernde Angebote zugänglich zu machen.
2. Spritzenaustauschprogramme sind ein sensibler Bereich für Gefängnisse in vielen europäischen Ländern. Es ist notwendig, eine Untersuchung in solchen Gefängnisse durchzuführen, die die Einführung von Spritzenaustauschprogrammen erwaegen, um vorab herauszufinden, wie weit der intravenöse Drogenkonsum im Gefängnis verbreitet ist.
3. Spritzenaustauschprogramme können als ein nützlicher und integrierter Baustein eines Gesamtkonzepts zur Drogenhilfe in Haftanstalten angesehen werden, das neben anderen gesundheitsfördernden Maßnahmen, Beratung, abstinenz-orientierte Therapieprogramme und Substitution beinhaltet.
4. Zur Gewährleistung der Rechtssicherheit für alle Beteiligten an infektionsprophylaktischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen (z. B. Spritzenvergabe) sind die rechtlichen Voraussetzungen vorab zu klären. Juristischer Klärungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der folgenden Gefangenengruppen: Jugendliche und Substituierte. Die Klärung der Rechtsfrage obliegt den Ministerien. Die Ergebnisse dieser Klärung müssen veröffentlicht werden.
5. Die spezifischen Gegebenheiten der Vollzugsanstalten sind entscheidend dafür, ob die Vergabe über Automaten oder persönliche Kontakte erfolgt. Eine regelmäßige und verbindliche Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen muß gewährleistet sein, unabhängig davon, ob externe oder interne Kräfte mit der Ausführung beauftragt sind.
6. Die Schaffung und Aufrechterhaltung von Akzeptanz bei Bediensteten und Inhaftierten, politischen und juristischen Entscheidungsträgern und in der (Fach)öffentlichkeit ist Grundvoraussetzung für die erfolgversprechende Einführung von Spritzenaustauschprogrammen in Gefängnissen.
7. Eine Teilnahme an einem Spritzenaustauschprogramm sollte unter Wahrung größtmöglicher Anonymität stattfinden können, so daß der Teilnehmer/die Teilnehmerin keine nachteiligen Folgen für den Vollzug seiner/ihrer Haftstrafe befürchten muß.

Der Zugang zur Abgabestelle sollte niedrigschwellig organisiert und leicht erreichbar sein.

8. Eine Effektivität von Infektionsprophylaxe wird nur erreicht, wenn Maßnahmen der instrumentellen Prävention durch personalkommunikative Angebote regelmäßig ergänzt werden. Obligatorische Schulungen und fakultative Trainingsveranstaltungen für Bedienstete auf allen beteiligten Ebenen und Inhaftierte sollten begleitend angeboten werden. Folgende Themen sind von besonderer Relevanz:
   - Basiswissen zu Drogenkonsum und Infektionsgeschehen,
   - Transmissionswege und Infektionsschutz,
   - Safer use und safer sex,
   - Drogennotfallhilfe.

**F. Peer Support**

1. Peer support ist ein Interaktionsprozeß, durch den Gefangene mit Drogenproblemen bedeutende Informationen und Unterstützungen von Personen mit ähnlichem Betroffenenhintergrund erhalten. Dieser Prozeß kann durch ein Angebot von peer-education gefördert werden. Dadurch werden erfahrene Personen gefördert, um ihren peers genaue Informationen und positive Unterstützungen geben zu können.
2. Peer support kann verschiedene Angebote vorhalten, die unterschiedlichen Bedürfnissen angepaßt sind (z.B. harm reduction, höhere Selbstkontrolle, Abstinenz).
3. Peer support und peer education sind effektive, kostengünstige und risikominimierende Strategien der Gesundheitsförderung.
4. Eine Bestandsaufnahme, Bewertung sowie Vernetzung bestehender peer support-Projekte im Rahmen eines EU-Projektes ist wesentlich und notwendig.
5. Wichtige Elemente für eine erfolgreiche Einführung von peer support sind die Verdeutlichung des Nutzens für alle Beteiligten, Information und Fortbildung des Personals, z.B. über Drogen und Infektionskrankheiten, sowie das Vorhandensein anderer Strategien der Gesundheitsförderung und Schadensminimierung.
6. Der Einsatz von erfahrenen MultiplikatorInnen aus dem Justizbereich zur Ausbildung des Personals muß von der Politik und Verwaltung gefördert werden, wobei die Kooperation mit externen Projekten notwendig ist.

7. Die Ausbildung sowohl des Justizpersonals als auch die der ‘peer leader’ soll mit Zertifikat versehen, anerkannt und gefördert werden.
8. Es ist notwendig, die Fachöffentlichkeit und die Bevölkerung über die Effektivität der peer support-Maßnahmen zu informieren.
9. Die Einführung von peer support-Ansätzen erfordert einen langen kontinuierlichen Prozeß der Ausbildung, des Trainings und der Meinungsbildung sowohl des Personals als auch der ‘peers’. Der Einsatz von peer support ist ein Ausdruck der Notwendigkeit für eine Änderung der politischen Haltung gegenüber Drogen.

## Literatur


ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS (1996): Drug Misusers and the Prison System – An integrated Approach. Home Office 1996

AIDS-ENQUETE-KOMMISSION (1989): Stenographisches Protokoll der 54. Sitzung v. 16.6.89. Einziger Punkt der Tagesordnung: Öffentliche Anhörung zum Themenbereich: „Bereichsspezifische Prävention". Teilbereich: „AIDS in Justizvollzugsanstalten". Deutscher Bundestag, 11. Wahlp.

AIDS-ENQUETE-KOMMISSION (1990): Endbericht. Deutscher Bundestag (Hrsg.): AIDS: Fakten und Konsequenzen. Bonn

AIDS-HILFE FRANKFURT (1998): Jahresbericht 1997. Frankfurt: Selbstverlag AIDS-Hilfe Frankfurt

ALBOTA, M. (1993): Erhebung zur HIV-Prävalenz intravenöser Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug (Ms.)

ALBOTA, M. u.a. (1995): HIV-Prävalenz intravenös Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug im Jahresvergleich 1992-93. In: AIFO, H. 3, 1995, S. 127-132.

ALM-MERK, H. (1998): Staatliche Spritzenvergabe als Beitrag zur Resozialisierung von GefängnisinsassInnen. In: Meyenberg, R. (Hrsg.): Neue Wege in der Drogenpolitik/Drogenhilfe. Oldenburg: BIS-Verlag, S. 19-28

ALTERNATIVENTWURF eines Strafvollzugsgesetzes (1973): Vorgelegt von einem Arbeitskreis deutscher und schweizerischer Strafrechtslehrer, bearbeitet von Jürgen Baumann u.a., Tübingen 1973.

ALTHOFF, M.; SCHMIDT-SEMISCH, H. (1992): Methadon-Substitution im Strafvollzug. Kritische Überlegungen zwischen Theorie und Pragmatismus. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 15, Nr. 1/92, S. 23-28

AMSEL-FORSCHUNGSPROJEKT, Projektgruppe Rauschmittelfragen (1991): Abschlußbericht Bd. 1 Jugendberatung und Jugendhilfe, Frankfurt: (Selbstverlag)

ANGLIN, M.D.; Hser, Y. (1989): Treatment of Drug Abuse. In: Tonry, M; Wilson, J.Q. (Hrsg,): Drugs and Crime: Crime and Justice 13, Chicago: University Press

ANTONIETTI, A.; ROMANO, C. (1997): Drug Addiction, Women Prisoners and Sexual Behaviour. In: O'Brien, O. (ed.): Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison. Cranstoun Drug Services, London, S. 61-62

ANTONOVSKY, A. (1979): Health, stress and coping. London: Jossey-Bass

APITZSCH, P. (1980): Strafvollzug und Drogenabhängigkeit. In: Zeitschrift für Strafvollzug.

ASPRION, P. (1994): Interne Drogenberatung im Justizvollzug. Grenzen des Vollzugs, Erwartungen an freie Träger. In Reindl, R./Nickolai, W. (Hrsg.) Drogen und Strafjustiz. Lambertus, Freiburg i.Br. (S. 75)

AVERT (1991): Prison, HIV and AIDS: Risks and Experiences in Custody. Avert: England

BACKMUND, M. et al. (1998): Epidemiologie und Behandlungsmöglichkeiten bei an Hepatitis C erkrankten Drogenabhängigen. In: Sucht 44 (6), S. 444

BADER, T.F. (1986): Hepatitis B in prisons. In: Biomed. Pharmacother. 40, S. 248-251.

BADURA, B. (1993): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Weinheim/Basel: Beltz

BAECHTHOLD, A. (1997): Harm reduction im Strafvollzug. In: Bauhofer, St.; Bolle, P.-H., Dittmann, V. (Hrsg.): Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. Chur/Zürich: Verlag Rüegger, S. 243-262

BAHRS O.; GERLACH, F.M.; SZECSENYI, J. (Hrsg. 1995): Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. 2. Aufl.

BALZER-ICKERT, C. (1997): Behandlung von drogenabhängigen Gefangenen in Katalanien: Das DAE (Departament D'Atencio Especialitzada). In: ZfStrVo 2/97, S. 100-103

BARENDREGT, C.; Trautmann, F. (1996): With a Little Help from my Friends. A survey on non-intentional peer influences among drug users. Utrecht: (NIAD-Selbstverlag)

BARTH, J.; BENGEL, J. (1998): Prävention durch Angst? – Stand der Furchtappellforschung. BzgA (Hrsg.). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 4, Köln

BAUCH, J. (1997): Peer-Education and Peer-Involvement – Ein neuer Königsweg in der Gesundheitsförderung? In: Prävention 20, H. 2/97, S. 35-37

BAUER-CLEVE, A.; JADASCH, M; SCHWALD, A. (1995): Das Anti-Gewalt-Training in der JVA Neuburg – Herrenwörth. In: ZfStrVo 4/95, S. 202-204

BAYAS, J. u.a. (1993): Hepatitis B Vaccination in Prisons: The Catalonian Experience. In: Vaccine 11, S. 1441-1444

BECKER, P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Köln: GwG-Verlag, S. 91ff

BECKMANN, P. (1996): Lebenslagen Straffälliger und Straffälligenhilfe. Das Hilfesystem auf dem Prüfstand aus der Sicht der Sozialarbeit im Vollzug. In: Nickolai, W. u.a. (Hrsg.): Lebenslagen und Lebenshilfen. Freiburg: Lambertus, S. 78-86

BEHRENDT, K.; DEGKWITZ, P.; TRÜG, E. (1995): Schnittstelle Drogenentzug – Strategien, Praxis und Perspektiven vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Drogenhilfe. Freiburg i.Br.

BELLIS, M. u.a. (1997): Prevalence of HIV and Injecting Drug Use in Men Entering Liverpool Prison. In: British Medical Journal 315, S. 30-31

BERICHT ZUM EXPERTENKOLLOQIUM ‚SPRITZENVERGABE IM STRAFVOLLZUG' v. 14.-16.6.1998 in Lich bei Gießen. Veranstaltet v. Institut für Kriminologie unter Leitung von A. Kreuzer u. T. Suleck (Ms.)

BERTRAM, C. (1994a): Einheitlicher Sozialer Dienst und Projektarbeit in Bremen. In: Jehle, J.-M./Sohn, W. (Hrsg.): Organisation und Kooperation in der Justiz. Wiesbaden, S. 293ff

BERTRAM, C. (1994b): Einheitlicher Sozialer Dienst und Projektarbeit in Bremen. In. Bewährungshilfe 2/1994, S. 142ff)

BERTRAM, C. u.a. (1990): AK StVollzG. Luchterhand, Neuwied

BEST, P. (1993): Betäubungsmittelmißbrauch in den Justizvollzugsanstalten. Nds. Justizministerium Hannover (Ms.) 8.10.93

Biles, D. (1996): Custody, Crime and the Community. In: Current Issues in Criminal Justice Vol. 7, No. 3, S. 325-339

BLEKMAN, J.; VAN EMST, A. (1997): Alles onder controle!?! Een programma op basis van motiverings – en zelfcontroletechnieken. Trimbos instituut, Utrecht

BLOCK, P. (1993): Rechtliche Strukturen der Sozialen Dienste in der Justiz: eine vergleichende Analyse der Ländervorschriften. Wiesbaden

BLUM, H.E. (1993): Hepatitisviren und Leberzellkarzinom. In: Deutsches Ärzteblatt 90, Heft 38, 1993, B 1832-1836.

BMG/BMJ (1995): Dokumentation der Expertenanhörung zu dem Thema Drogen und HIV-Prävention im Justizvollzug am 17./18. August 1994 in Bonn. Bonn (Ms.), 22.2.1995

BOCHOW, M. (1997): Informationsstand und präventive Vorkehrungen im Hinblick auf AIDS bei homosexuellen Männern der Unterschicht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. AIDS-Forum Deutsche AIDS-Hilfe, BD. XXVI,

BOCHOW, M. (1998): Präventionsrelevante Ergebnisse der 12.Welt-AIDS-Konferenz. In: InfFo III+IV 98, S. 6ff

BÖGEMANN, H. (1997): Gesundheitsförderung und Streßbewältigung für Bedienstete des Allgemeinen Vollzugsdienstes in Nordrhein-Westfalen. In: ZfStrVo 3/97, S. 12-137

BOGUNA, J. (1995): Methadone Maintenance in Catalonia. In: Report of the 2nd Seminar of the European Network of Services for Drug Users in Prison. Prisoners Resource Service, London, S. 9-10

BOGUNA, J. (1997): Methadone Maintenance Programmes. In: O'Brian, O. (ed.): Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison. Cranstoun Drug Services, London, S. 68-70

BÖHM, H.; MÖBIUS, P. (1990): Drogenkonsum in bayerischen Justizvollzugsanstalten. In: ZfStrVo 2/90, S. 94-97

BOLLI, K. (1992): AIDS-Prophylaxe und Betreuung delinquenter Drogenabhängiger im Regensdorfer Strafvollzug. (Ms.)

BOLLI, K. (1994): AIDS-Prophylaxe in der Kantonalen Strafanstalt Regensdorf/Schweiz = kontrollierter Umgang mit Drogen und Sex. In: Stöver, H. (Hrsg.): Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe

BOLLI, K. (1996): Bericht zu Handen des Bundesamtes für Gesundheit über die Conference on Professional Standards in Prison Health Care. Jurmela near Riga, Latvia 23rd - 25th September 1996. (Ms.), 14.10.96

BOLLINI, P. (1997): HIV/AIDS Prevention in Prisons. A Policy Study in Four European Countries. Discussion paper prepared for the Joint WHO/UNAIDS European Seminar on HIV/AIDS, Sexually Transmitted Diseases and Tuberculosis in Prisons. Warsaw, 14-16 December 1997

BOOCK, P.-J. (1993): Blindflug: Der geschlossene Vollzug und die Drogenproblematik. In. Papendorf, K.; Schumann, K.F. (Hrsg.): Kein schärfer Schwert, denn das für Freiheit streitet. Eine Festschrift für Thomas Mathiesen. Bielefeld: ajz, S. 183ff

BOETTICHER, A.; STÖVER, H. (2000): §§56-66 StVollzG. In: Feest, J. (Hrsg.): Alternativkommentar Strafvollzugsgesetz. Neuwied: Luchterhand (im Druck)

BORKENSTEIN, Chr. (1988): Drogenabhängige im Strafvollzug. In: Egg, R. (Hrsg.): Drogentherapie und Strafe. Bd. 3 d. Schriftenreihe der KrimZ 'Kriminologie und Praxis', Wiesbaden

BORKENSTEIN, Chr. (1991): Zum Umgang mit Drogenabhängigen im Strafvollzug. In: Heckmann, W. (Hrsg.) Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre. Weinheim und Basel, S. 116ff

BORKENSTEIN, Chr.(1994): Drogenarbeit im Vollzug: Künftig eine gemeinsame Aufgabe der Drogenhilfe? In: Bewährungshilfe 1/94

BORNEMANN, R; STÖVER, H. (1990): Infection Spread Amongst Injecting Drug Users (IDU): Improving Prevention Through Analysis of Different Injecting Practices. Paper Presented at the First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm in Liverpool, Merseyside, England, April 9th - 12th 1990

BÖRNER, D.; BRINKMANN, E; CÜRTEN, U.; SCHWERMER, L.; STEFFENS, G. (1995): HIV/AIDS – Umgang mit einer schwierigen Krankheit in der Haft. Fortbildung mit Bediensteten der JVA Essen. In: ZfStrVo 6/95, S. 327ff

BOSSONG, H. (1995): Methadon-Substitutionsbehandlung. In: Das Grüne Gehirn – Der Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen. 36. Erg., Starnberg, Nov. 1995

BOSSONG, H., STÖVER, H. (1997): Methadonbehandlung – ein Überblick. In: Bossong, H.; Gölz, J., Stöver, H. (Hrsg.): Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt/New York: Campus

BOSSONG, H., GÖLZ, J, STÖVER, H. (Hrsg. 1997): Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt: Campus

BOSSONG, H., STÖVER, H. (Hrsg., 1989): Methadon – Chancen und Grenzen. Berlin: Maass/Teuber

BOSSONG, H.; BAUER, Chr. (1997): Drogensuchtbehandlung mit Heroin und anderen Originalstoffen: Ausländische Erfahrungen und inländische Planungen. In. Bossong, H.; Gölz, J.; Stöver, H. (Hrsg.): Drogentherapie. Ein Leitfaden. Frankfurt/New York: Campus, S. 267ff

BOSSONG, H.; GÖLZ, J.; STÖVER, H. (Hrsg, 1997): Drogentherapie – Ein Leitfaden. Frankfurt: Campus,

BOSSONG, H.; STÖVER, H. (1992): Zur Praxis der Substitutionsbehandlung in der Bundesreprublik Deutschland. In: dies. (Hrsg.): Methadonbehandlung. Frankfurt: Campus

BRANDSTÄTTER, H. (1992): Veränderbarkeit von Persönlichkeitsmerkmalen – Beiträge der Differentiellen Psychologie. In: Sonntag, K. (Hrsg.): Personalentwicklung in Organisationen Psychologische Grundlagen, Methoden, Strategien, Göttingen: Hogrefe, S. 39-61

BREEDEK, U.F., ISELBORN, M.; ALTMANN, D.; REX, R. (1997): HIV und AIDS in Berliner Justizvollzugsanstalten. In: InfFo, 1/97, S. 13-21

BREUER-KREUZER, D. (1997): Alkoholabhängige Strafgefangene in der Sozialtherapeutischen Justizvollzugsanstalt Kassel. In: ZfStrVo 2/97, S. 93-100

BROEK, van den J. (1998): Stellungnahme auf dem Expertenkolloqium ‘Spritzenvergabe im Strafvollzug’. In: Bericht a.a.O.

BRÖSSKAMP-STONE, U.; KICKBUSCH, I.; WALTER, U. (1998): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München u.a.: Urban & Schwarzenberg, S. 141ff

BRÖSSKAMP-STONE, U.; SCHMACKE, N.; WALTER, U. KICKBUSCH, I. (1998): Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München u.a.: Urban & Schwarzenberg, S. 189ff

BUCHTA, A.M.; SCHÄFER, K.H. (1996): Substitution hinter Gittern. Ein Bericht über die Verordnung, Abgabe und Verabreichung von Methadon zum Zwecke der Substitution heroinabhängiger Gefangener in hessischen Justizvollzugsanstalten. ZfStrVo 1: 21-25

BÜHRINGER, G.; GASTPAR, M.; HEINZ, W.; KOVAR, K.-A.; LADEWIG, D.; NABER, D.; TÄSCHNER, K.-L.; UCHTENHAGEN, A.; WANKE, K. (1995a): Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Stuttgart: Enke

BÜHRINGER, G.; KÜNZEL J.; SPIES, G. (1995b): Methadon-Expertise. Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland. Bd. 55 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

BUMM, H.-W. (1995): Siebenjährige Erfahrung mit der L-Polamidon-Substitution im Justizbereich Kassel. Vortrag, gehalten auf der Bundesweiten Vollzugsärztetagung in Berlin am 27.10.1995. Ms.

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEITSWESEN, Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (1993): HIV-Prävention in der Schweiz. Ziele, Strategien, Maßnahmen). Liebefeld (Selbstverlag)

BUNDESAMT FÜR GESUNDHEITSWESEN/SCHWEIZ (1993): Bulletin 49, v. 20.12.1993

BUNDESAMT FÜR JUSTIZ (1995): Informationen über den Straf- und Massnahmenvollzug 1/95. CH-3003 Bern

BUNDESAMT FÜR STATISTIK DER SCHWEIZ (1998): Die Gesundheit der Insassen in Schweizer Gefängnissen 1993. Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93. Bern: Selbstverlag Bundesamt f. Statistik (Bd. 14)

BUNDESGESETZBLATT 1593, Teil I, Nr. 42 (1992): Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, ausgegeben zu Bonn am 15.9.1992

BUNDESMINISTER FÜR GESUNDHEIT, BMG: Brief an die Bundesministerin für Justiz, Frau Leutheuser-Schnarrenberg. In: Stöver, H. (Hrsg.): Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. Eine Übersicht über Theorie und Praxis. Berlin 1994, S. 129 f.

BURGHEIM, J. (1994): Zur Frage der Methadonsubstitution i.v. Drogenabhängiger im Strafvollzug. ZfStrVo 2: 74-80

BURGHEIM, J. (1997): Berufliche Weiterbildung im Strafvollzug aus organisationspsychologischer Sicht. In: ZfStrVo 3/97, S. 138-142

BÜRKI, B. (o.J.): HIV-/Drogenprävention. Pilotprojekt in den Anstalten in Hindelbank. Schlußbericht des Projektrealisators zuhanden des Amtes für Freiheitsentzug und Betreuung der Polizei- und Militärdirektion des Kantons Bern

BUTLER, T. (1997): Preliminary Findings from the Inmate Health Survey of the Inmate Population in the New South Wales Correctional System. Corrections Health Service NSW

CALLIES, R.-P./MÜLLER-DIETZ, H. (1998): Strafvollzugsgesetz, 7. neubearbeitete Auflage. München: Beck

CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK/CANADIAN AIDS SOCIETY (1996): HIV/AIDS in Prisons: Final Report. Montréal, Québec, September 1996

CASELMANN, W.H. (1994): Hepatitisinduziertes Leberzellkarzinom. Diagnose und therapeutische Möglichkeiten. In: Deutsches Ärzteblatt 91, H. 41, 1994, B 2047-2054.

CAYLA, J. u.a. (1995): Differential Characteristics of AIDS Patients with a History of Imprisonment. In: International Journal of Epidemiology 24 (6), S. 1188-1196

CHADWICK, T. (1996): Jail Drug Tests encourage prisoners to switch to Heroin. In: Drug Forum Focus 12, S. 4-6

CONINX, R. et al. (1995): Tuberculosis in prisons. In: Lancet 346, S. 1238f

CORRECTIVE SERVICES AND HEALTH DEPT. (1996): HIV/AIDS, Communicable Diseases and Helth Promotion: Policies, Procedures and Mange-

ment Guidelines. Initiative of New South Wales Department of Corrective Services HIV&Health Promotion unit (Eigendruck)

COUNCIL OF EUROPE (1993): Recommendation No. R (93) 6 – Concerning Prison and Criminological Aspects of the Control of Transmissible Diseases Including AIDS and Related Health Problems in Prison. (Adopted by the Committee of Ministers on 18 October 1993 at the 500th meeting of the Ministers' Deputies), and Appendix to Recommendation No. R (93) 6 I. Prison aspects

CROFTS, N. et al. (1995): Spread of Blood-Borne Viruses Among Australian Prison Entrants. In: British Medical Journal 310, S. 285-288

CURRAN, L. (1997): Development of an Effective and Ethical Approach to Communicable Diseases for Prisons in the Eastern part of Europe including the Safeguarding of Human Rights: a Pilot Project in the Ukraine. London: HM Prison Service

CURTIS, S.; EDWARDS, A. (1995): HIV in UK Prisons: A Review of Seroprevalence, Transmission and Patterns of Risk. In: Internationl Journal of STD-AIDS 6, S. 387-391

CZESCHINKSI, P. (1998): Die Virushepatitiden. Infektionsgefährdungen in Beruf und Umwelt. Wiesbaden: DUV

DAH (1997): Positiv, was nun? 4. Auflage, Berlin: Selbstverlag

DAILY TELEGRAPH (1997): Needle attack guard dies. Tuesday 2.9.1997, S. 19

DAUTH, S. (1995): Bei der Qualitätssicherung ist Kooperation erwünscht. DtschÄrztebl 92/47: B-2319-2320

DAVIES, A. et al. (1995): HIV and Injecting Drugt users in Edinburgh: Prevalence and Correlates. In: Journal of Acquried Immune Deficiency Syndrome Human-Retroviral 8, S. 399-405

DAVIES, J.B.; SHEWAN, D. (2000): The Macro and Micro Logic of Drugs and Prisons. In: Shewan/Davies (ed.) a.a.O., S. 233-251

DE JONGH-WEITH, F.; SCHEPP-BEELEN, J. (1994): Promoting safe behaviour in prisons: A program directed at detainees and prison staff. In: International Conference on AIDS, 10(2), S. 246

DE SANTIS, D. (1998): Stellungnahme auf dem Expertenkolloqium ‚Spritzenvergabe im Strafvollzug'. In: Bericht a.a.O.

DOLAN, K. (1995): Bleach Availability and Rris Behaviours in Prison in New South Wals. Sydney: National Drug and Alcohol centre, Technical Report No. 22)

DOLAN, K.; DONOGHOE, M.; STIMSON, G. (1990): Drug injecting and syringe sharing in custody and in the community: an explanatory survey of HIV risk behaviour. In: Howard Journal of Criminal Justice 29(3), S. 177-186

DOLAN, K.; HALL, W.; WODACK, A. (1994): Bleach Availability and risk behaviours in prison in New South Wales. In: Technical Report No. 22. National Drug and Alcohol Research Centre. Sydney

DOLAN, K.; WODAK, A. (1996): An International Review of Methadone Provision in Prisons. In: Addiction Research 4, No. 1, S. 85-97

DOLAN, K.A.; DONOGHOE, M.C.; JONES, S.J.; STIMSON, G.V. (1991): A cohort study of clients at four syringe exchange schemes and comparison groups of drug injectors in England, 1989 to 1990. Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, London

DOLE, V.P. (1981): Suchtverhalten. In: Spektrum der Wissenschaft, H. 2, S. 69-75

DOOLEY, E. (1998): Managing Opiate Abuse in the Prison Context – Developing Irish Experience. In: h.i.p.News WHO (Europe) Health in Prisons, May 1998, S. 6-7

DRASCH, G. (1982): Drogennachweis in Praxis, Krankenhaus und Führungsaufsicht. ZAllgMed 58, S. 551-556

DRIESCH VON DEN, D.; KAWAMURA, G. (1995): Straffällige Frauen – Lebenslagen und Hilfeangebote. In: Neue Kriminalpolitik 1/95, S. 33-36

DROBNIEWSKI, F. (1995): Tuberculosis in prisons – forgotten plague. In: Lancet 1995; 346, S. 948-49

DROGENABSTINENZ IM DROGENHILFESYSTEM. In: akzept (Hrsg.): Leben mit Drogen. Dokumentation des 1. Kongresses des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V., Berlin: (akzept-Selbstverlag)

DRUGLINK (1996): Report on Mandatory Drug Testing. May/June 1996

DUNCKER, H. (1999): Pers. Mitteilung

DÜNKEL, F. (1996): Empirische Forschung im Strafvollzug. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Forum Verlag Godesberg, Bonn 1996

DÜNKEL, F.; KUNKAT, A. (1997): Zwischen Innovation und Restauration. 20 Jahre Strafvollzugsgesetz – eine Bestandsaufnahme. In: Neue Kriminalpolitik H. 2/97, S. 24-33

ECKERT, G. (1993): Beitrag in: Sucht und Justiz. Suchtkrankenhilfe oder Strafverfolgung? Zwei Ansätze zur Problembewältigung. Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (Hrsg.). Geesthacht: Neuland, S. 50f

EDGAR, K; O'DONELL, I. (1998): Mandatory Drug Testing in Prisons – An Evaluation. In: Home Office Research And Statistics Directorate, Research Findings No. 75, London

EICHLER, M. (1999): Begleitung von HIV-positiven DrogengebraucherInnen in Justizvollzugsanstalten. In: AIDS-Hilfe NRW (Hrsg.): Drogenarbeit in und aus Zusammenhängen nordrhein-westfälischer AIDS-Hilfen. Materialien zur AIDS-Hilfe-Arbeit in NRW, Heft 9

EISENBERG, G. (1996): Das Gefängnis als Lebensform. In: Stomps, H.G.; Winchenbach, K.; Wirth, H.-J., Hrsg.): Strafvollzug: Bessern oder Verwahren. Standortbestimmung nach 20 Jahren Strafvollzugsgesetz. Psychosozial 19, H. II (Nr. 64), S. 95-110

EMCDD (1998): HIV und Hepatitis bei intravenös konsumierenden Drogenabhängigen. In: DrugNet Nr. 9, Jan/Febr. 1998, S. 4

ESTERMANN, J. (1997): Drogenrepression in der Schweiz: Stand, Erfolg und Auswirkungen auf die Konsumierenden. In: Bauhofer, St.; Bolle, P.-H., Dittmann, V. (Hrsg.): Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. Chur/ Zürich: Verlag Rüegger, S. 107ff

EUROPARAT, MINISTERKOMITEE (1998): Empfehlung Nr. R (98) 7 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten über die ethischen und organisatorischen Aspekte der gesundheitlichen Versorgung in Vollzugsanstalten (angenommen vom Ministerkomitee am 8. April 1998 auf der 627. Sitzung der Ministerbeauftragten

EUROPEAN NETWORK ON HIV/AIDS AND HEPATITIS PREVENTION IN PRISON (1998): Annual Report to the European Commission, May 1998 (Selbstverlag, Bezug, s. Rotily/Weilandt)

FAUPEL, R. (1995): Die Situation im Strafvollzug und die Vollzugspolitik im Land Brandenburg. In: Bundesvereinigung der Anstaltsleiter im Strafvollzug (Hrsg) Dokumentation der 21. Arbeits- und Fortbildungstagung vom 8. bis 12 Mai 1995 in Wustrau. Godesberg: Forum Verlag

FAVREAU-BRETTEL, M. (1998): A response to a public health priority: In France, public hospitals deliver health care in prison. In: h.i.p.News WHO (Europe) Health in Prisons, May 1998, S. 8

FDR (1997; Hrsg.): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. Schwerpunkt Drogenarbeit. Geesthacht: Neuland

FOUCAULT, M. (1977): Überwachen und Strafen. Frankfurt/M.: Suhrkamp

FRANKEN, I. (1995): „Boule de Neige" – das euregionale Aids-Präventionskonzept. In: akzept (Hrsg.): Drogen ohne Grenzen: Berlin: VWB, S. 189f

FREUNDLIEB, A.; WOLFF, St. (1999): Evaluation. In: Pelikan, J.M.; Wolff, St. (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Weinheim/München: Juventa, S. 80-91

FRITSCH, K.J. (1996): Psychosoziale Begleitung substituierter Insassen der JVA Bremen. In: Gerlach et al. (Hrsg.) a.a.O., S. 85-87

FRÖSNER, G. G. (1994): Epidemiologie der Hepatitis A und E. In: Maas, G., Stück, B. (Hrsg.): Virushepatitis A bis E. Diagnose, Therapie, Prophylaxe. Marburg 1994, S. 18-29.

GÄHNER, M. (1991): Drogen, Prostitution, AIDS. AIDS-Prophylaxe im Strafvollzug unter besonderer Berücksichtigung der Subkultur. In: drogen-report, H. 3/91, S. 27-31

GÄHNER, M. (1992): AIDS im Strafvollzug: Ergebnisse der Befragung. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin (Ms.)

GAUBE, J.; FEUCHT, H.H.; LAUFS, R.; POLYWKA, S.; FINGSCHEIDT, E.; MÜLLER, H.E. (1993): Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. In: Gesundheitswesen, Vol 55(5), S. 246-249

GBORDZOE, E. (1997): Bewertung der HIV- und Hepatitis-Prävalenz im baden-württembergischen Justizvollzug. In: ZfStrVo 2/97, S. 87-89

GENTILINI, M. (1997): Problèmes Sanitaires Dans les Prisons. Maladies infectieuses, toxicomanies, ètat d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant, pendant et après L'incarcération. Rapport au Garde des Sceaux,

ministre de la Justice et au secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale. Paris: Flammarion Médicine-Sciences

GERHARDS, J. (1990): Die soziale Dimension sexuellen Handelns und die Bedingungen von safer sex. In: Rosenbrock, R.; Salmen, A. (Hrsg.): Aidsprävention – Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 1, Berlin, S. 175-180

GERLACH, CHR.; KURZ-LUND-, G.; STÖVER, H. (2000): Psychosoziale Betreuung Substituierter: Inhalte, Organisation und Finanzierung - Eine kritische Zwischenbilanz. Bremen (Selbstverlag)

GERLACH, Chr.; KURZ-LUND, G.; STÖVER, H. (Hrsg., 1996): Psychosoziale Betreuung Substituierter: Inhalte, Organisation, Finanzierung. Bremen: Selbstverlag

GESPRÄCH MIT EINEM LANGJÄHRIG HAFTERFAHRENEN DROGENGEBRAUCHER (1994). In: Stöver, H. (Hrsg., 1994), a.a.O., S. 41-56

GOFFMAN, E. (1972): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp

GOLL (1997): Stellungnahme des Justizministeriums zur Frage „Spritzenvergabe in den Justizvollzugsanstalten" v. 30.1.97. In: Der Vollzugsdienst 3/97, S. 8f

GÖLZ, J. (1994): Methadonsubstitution in der ärztlichen Praxis. In: Klee, J.; Stöver, H. (Hrsg.) a.a.O., S. 88-108

GOOS, C. (1997): Drugs And AIDS in Prisons In Europe: A Perspective From UNAIDS And WHO. In: O'Brian, O. (ed.): Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison. Cranstoun Drug Services, London, S. 4-7

GORE, S.; BIRD, A.; ROSS, A. (1995): Prison Rites: Starting to inject indside. In: British Medical Journal 311, S. 1135-1136

GÖßLING, H.-W. (1997): Klinischer Drogenentzug im Schnittpunkt zwischen akzeptierender und abstinenzorientierten Behandlungsstrategien. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2/97, S. 6ff

GÖTTINGER, G. (1996): AIDS- und Hepatitis-Infektion. In: Justizministerium des Landes NRW, (Veranstalter): Protokoll über die Drogentagung am 19.9.1996 in der Justizakademie des Landes NRW in Recklinghausen. Düsseldorf (Ms.)

GREENWOOD, A. (1997): Styal's Drug Policy – a Working Strategy. In: Squires/Strobl, a.a.O., S. 181ff

GRIFFITHS, R.; GOSSOP, M.; POWIS, B.; STRANG, J. (1993): Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues. In: Addiction 88, S. 1617-1626

GROB, P.J. (1994): Epidemiologie der Hepatitis B, C und D. In: Maas, G.; Stück, B. (Hg.): Virushepatitis A bis E. Diagnose, Therapie, Prophylaxe. Marburg 1994, S. 30-45.

GROSS, U. (1998): Wissenschaftliche Begleitung und Beurteilung des Spritzentauschprogramms im Rahmen eines Modellversuchs der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg. KFN-Hannover

GROSSMANN, R.; SCALA, K. (1991): Über die Schwierigkeit ‚Gesundheit' gesellschaftlich zu organisieren. In. Pellert, A. (Hrsg.): Vernetzung und Widerspruch. München: Profil, S. 345-372

GROSSMANN, R.; SCALA, K. (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim u. München: Juventa

GRUND, J.-P.C.; STERN, S. (1991): Die Drogensubkultur und betroffenennahe Ansätze zur HIV-Prävention. In: Stöver, H. (Hrsg.): Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. Bd. VI der Schriftenreihe AIDS-Forum D.A.H. Berlin: DAH-Selbstverlag, S. 129ff

GUNCHENKO, A. (1998): The Policy of the Ukrainien Penitentiary System on HIV/AIDS in Prison Establishment. In: h.i.p.News WHO (Europe) Health in Prisons, May 1998, S. 5-6

HAGEMANN P; SIEGRIST, M. (1990): Verfälschungsstoffe beim Drogennachweis. Lab.med 14, S. 116-120

HALL, W., WARD, J., MATTICK, R. (1993): Methadone maintenance treatment in prisons: The New South Wales Experience. In: Drug and Alcohol Review 12, S. 193-203

HAMOUDA, O.; VOß, L.; SIEDLER, A.; ISELBORN, M. (1996): AIDS/HIV 1995. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1995. Robert-Koch-Institut, Heft 13/1996

HARBORDT, S. (1972): Die Subkultur des Gefängnisses. Stuttgart

HARDING, T.W. (1996): HIV/AIDS in Prisons. In: Mann, J.M.; Tarantola, D.J.M. (Hrsg.): AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots, and Responses. The Global AIDS Policy Coalition. New York/Oxford: Oxford University Press, 1996, S. 268-272

HARDING, T.W. (1997): Do Prisons Need Special Health Policies And Programmes? In: The International Journal of Drug Policy 8, No. 1, 1997, S. 22-30

HARDING, T.-W.; MANGHI, R.; SANCHEZ, G. (o.J.): Zusammenfassung der Studie 'Le SIDA en Milieu Carceral'. Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern

HARMS, C. et al. (1987): Risk Factos for HIV Infection in German i.v. Drug Absuers. In: Klin. Wochenschr. 65, S. 376-379

HARTMANN, R. u.a. (1994): Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit – „Booster-Programm". Baden-Baden: Nomos

HARTWIG, J (1991): Kurzbericht über das Bremer Modell 'AIDS im Justizvollzug'. In: Busch, M.; Heckmann, W.; Marks, E. (Hrsg.): HIV/AIDS und Straffälligkeit. Eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe. Bonn: Forum Verlag, S. 213-230

HECKMANN, W. u.a. (1993): Drogennot- und -todesfälle: Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin Bremen, Hamburg, Drogennotfälle in Bremen und Hamburg. Das Bundesministerium für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos

HEIKAMP, R. (1996): Die Arbeit der regionalen AIDS-Hilfen im Strafvollzug. In: JES – Dokumentation der Seminare 1992-1994. Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.), S. 110ff

HEINEMANN, A.; PÜSCHEL, K. (1998): Pilotprojekt zur Infektionsprophylaxe für Drogenabhängige in der Anstalt des offenen Vollzugs in Vierlande (Anstalt XII) – Medizinische Begleitforschung. Institut für Rechtsmedizin, Universitätskrankenhaus Eppendorf

HENTIG, v. H. (1985): Die Menschen stärken – die Sachen klären. Ein Plädoyer für die Wiederherstellung der Aufklärung. Stuttgart: Reclam

HEROLD, G. (1983): Innere Medizin. Köln 1983.

HERRN, R.; Rosenbrock, R. (1999): AIDS in Ostdeutschland – Zielgruppenspezifische Prävention. In: Wissenschaftszentrum Berlin-Mitteilungen 83, März 1999, S. 12-15

HEUDTLASS, J.-H. (1995): „Safe use“ – Gesundheitstips für Drogengebraucher. In: Heudtlass, J.-H.; Stöver, H.; Winkler, P. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt: Fachhochschule

HEUDTLASS, J.-H.; STÖVER, H. (1998): "Harm reduction-Strategien" für intravenös applizierende Drogenkonsumenten und Bedienstete - auch im Strafvollzug. Ein safer-use-Trainingsprogreamm. In: ZfStrVo 47, H. 3, S. 155-163

HEUDTLASS, J.-H.; STÖVER, H.; WINKLER, P. (Hrsg., 1995): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag

HIRSBRUNNER, H.-P. et al. (1997): Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.

HM PRISON SERVICE (1998): Good Practice Bulletin. Information and Practice 2/98

HM PRISON SERVICE (o.J.): Drug misuse in prison. A consultation document on a strategy for England 1995-1998

HM PRISON SERVICE /NHS EXECUTIVE (1999): The Future Organisation of Prison Health Care. Report by the Joint Prison Service and National Health Service Executive Working Group. March 1999

HOFFMANN, E. (1989): Stellungnahme zur öffentlichen Sachverständigen-Anhörung der AIDS-Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages am 16.6.89

HÖFLICH, P. (1991): AIDS und Vollzug: Verfassungsrechtliche Überlegungen. In: ZfStrVo 2/91, S. 77-82

HOLBACH, M. et al. (1998): Prävalenz von Hepatitismarkern der Typen A, B, C und assoziiertes Risikoverhalten unter Patienten nach intravenösem Drogenkonsum. In: sucht 44 (6), S. 390-398

HOLSEN, D.S.; HARTHUG, S.; MYRMEL, H. (1993): Prevalence of Antibodies to Heptaitis C Virus and Association with Intravenous Drug Abuse and Tattooing in a national Prison in Norway. In: Eur. Clin. Microbiol. Infect. Dis., 9/93, S. 673-676

HUGE, W. (1990): AIDS-Aufklärung und Alltag. Wissenssoziologische Überlegungen zum gesellschaftlichen Umgang mit AIDS. In: Rosenbrock, R.; Salmen, A. (Hrsg.): AIDS-Prävention. Berlin (Ed. Sigma), S. 189-195

HURK VAN DEN, A. (1998): Drug free units in Dutch prisons - 20 years of experience. Vortrag auf der Konferenz 'Prison and Drugs 98' in Oldenburg. März 1998

ILLICH, I. (1983): Wider die Verschulung. In. Ders.: Fortschrittsmythen, Reinbeck

INGLE, R. (1999): 20% of Prisoners Claim Drug Use Began in Custody. In: Irish Times (Ireland), Sunday, 22 Aug. 1999

INTERNATIONAL SEMINAR ON THE PROBLEM OF TUBERCULOSIS IN PRISONS IN EAST AND CENTRAL EUROPE AND CENTRAL ASIA (1998): Reader des Seminars in Budapest 4.-7. June 1998

JACOB, J., KEPPLER, K, STÖVER, H. (1997): Zum Umgang mit Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe-Selbstverlag

JACOB, J.; SCHAPER, G.; STÖVER, H. (1997): Präventionstheoretische, -praktische und -politische Aspekte der Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. In: neue praxis 27, H. 1, S. 67ff

JACOB, J.; STÖVER, H. (1997): Anregungen für die Aus- und Fortbildung von Justizvollzugsbediensteten zum Thema 'Umgang mit Drogenkonsum und Infektionskrankheiten'. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, a.a.O., S. 191ff

JACOB, J.; STÖVER, H. (1997): Infektionsprophylaxe im Justizvollzug. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.): Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe

JACOB, J.; STÖVER, H. (1998a): Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen. Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag

JACOB, J.; STÖVER, H. (1998b): Drogenkonsum und Infektionsrisiken im Justizvollzug – Empirische Befunde im Rahmen eines Modellprojektes. In: Sucht, H. 2/98

JÄGER, H. (Hrsg.): AIDS und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. 2 Bde., München o.J.

JÜRGENS, R. (1997): Harm Reduction in Prisons in Canada and Around the World. In: O'Brian, O. (Hrsg.): Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison. Cranstoun Drug Services. London, S. 55-57

JUSTIZMINISTER SCHLESWIG-HOLSTEIN: Suchthilfekonzept für den Justizvollzug des Landes Schleswig-Holstein (Ms.) 1995

JUSTIZMINISTERIUM NRW (1992): AIDS und Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen. Umsetzung der Empfehlungen der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages. Düsseldorf 1.2.92

JVA MEPPEN (1999): Modellversuch zur Durchführung alkoholtherapeutischer Interventionen bei alkoholkranken Gefangenen innerhalb des geschlossenen Vollzuges. Meppen (Ms.)

KABA-SCHÖNSTEIN, L. (1996): Gesundheitsförderung III: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo, S. 45-47

KAISER, G.; KERNER, H.-J.; SCHÖCH, H. (1991): Strafvollzug. C.F. Müller, Heidelberg. 2.Aufl..

KAMPS, B. S.: AIDS 1991, Diagnostik und Therapie HIV assoziierter Erkrankungen. Wuppertal

KARGER, Th. (1996): Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im Schweizerischen Strafvollzug. Zwischenbericht. Forschungsbericht des Instituts für Suchtforschung Nr. 9. Zürich

KASPER, S.; RESINGER, E. (1997): Richtlinien zur Durchführung einer oralen Substitutionsbehandlung, Wien, Klinische Abteilung für allgemeine Psychiatrie

KAUFMANN, B.; DOBLER-MIKOLA, A. (1996): Die kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün: Forschungsplan und erste Ergebnisse. Zürich: Institut f. Suchtforschung (Selbstverlag)

KAUFMANN, B.; DOBLER-MIKOLA, A. (1997): Die kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln an Opiatabhängige im Strafvollzug – Einige Zwischenergebnisse. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.): a.a.O., S. 173-179

KAULITZKY, R. (1993): Ein Schritt vorwärts, einer zurück. Drogen und AIDS-Politik im Gefängnis. In: Papendorf, K.; Schumann, K.F. (Hrsg.): Kein schärfer Schwert, denn das für Freiheit streitet! Bielefeld: ajz-Verlag, S. 215ff

KAULITZKY, R.; RICHTER, A.; SIEMON, R. (1991): Modellversuch AIDS im bremischen Justizvollzug. Endbericht. Bremen, Dez. 1991

KAUPEN-HAAS, H.; ROTHMALER, Ch. (Hrsg., 1995): Doppelcharakter der Prävention. Sozialhygiene und Public Health – Bd. 3. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

KELEN, G.D. u.a. (1992): Hepatitis B and Hepatitis C in Emergency Department Patients. In: NEnglJMed 326, 1992, S. 1339-1404.

KEPPLER, K. (1994): Sex'n Drugs'n Hepatitis. Anmerkungen zur Brisanz der Kombination Hepatitis, Drogenabhängigkeit und Inhaftierung. In: Stöver, H. (Hrsg.),: a.a.O., S. 65-72.

KEPPLER, K. (1996): Methadon im Strafvollzug – Situation in der BRD. In Deutsche Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin e.V. (Hg.): Dokumentation 5. Suchtmedizinischer Kongreß der DGDS. Karlsruhe

KEPPLER, K.; STÖVER, H. (1997): HIV/AIDS und Substitutionsbehandlung im Justizvollzug Deutschlands. In: Jäger, H. (Hrsg.): AIDS und HIV-Infektionen, 21 Erg.Lfg. 10/97, S. 1-23

KEPPLER, K.; Stöver, H. (1998): Die Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. In: Sucht 44, H. 2/98, S. 104-119

KEPPLER, K.-H.; NOLTE, F.; STÖVER, H. (1996): Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. In: Sucht, H. 2/96, S. 98-107

KERN, J. (1997): Zum Ausmaß des Drogenmißbrauchs in den Justizvollzugsanstalten und den Möglichkeiten seiner Eindämmung. In: ZfStrVo 2/97, S. 90-92

KERSTEN, S. (1993): Eindsverslag Modelproject van het Netwerk Prostitutie Nijmwegen. Nijmwegen (SDN)

KICKBUSCH, I. (1997): Health-promoting environments: the next steps. In: Australian And New Zealand Journal Of Public Health 21, No.4, S. 431-434

KINDERMANN, W. (1987): Individuelle Bewältigungsformen gegenüber der Aids-Bedrohung bei Drogenabhängigen. In: Jugendwohl, H. 6/1987, S. 254ff

KINGMA, S.; GOOS, C. (1997): Drugs and AIDS in Prisons in Europe: A Perspective from UNAIDS and WHO. In: Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison, Febr. 1997, Amsterdam, p. 5, 1997.

KLEE, J.; STÖVER, H. (1994): Beratungsführer Drogen und AIDS. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, Selbstverlag

KLEIBER, D. (1990): AIDS-Prävention mit Drogenabhängigen. Vortrag gehalten am 6.2.1990 in Münster/Westf. bei der Tagung Youth-worker-Modell NRW (Ms.)

KLEIBER, D. (1991): Die HIV-/AIDS-Problematik bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung der Situation hafterfahrener Drogenabhängiger. In: Busch, M.; Heckmann, W.; Marks, E. (Hrsg.): HIV/AIDS und Straffälligkeit. Eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe. Bonn: Forum Verlag, S. 25-40

KLEIBER, D. (1995): Drogen und AIDS: Risikoverhalten und Prävention. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (Hrsg.), Kiel: (Selbstverlag), S. 10-27

KLEIBER, D.; PANT, A. (1991): HIV-Prävalenz, Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenkonsumenten: Ergebnisse einer sozialepidemiologischen Studie. Berlin: (spi-Selbstverlag)

KLEIBER, D.; PANT, A. (1992): HIV-Needle-Sharing-Sex. 2. Zwischenbericht. SPI-Berlin (AIDS-Forschung: Arbeitsberichte Nr. 25)

KLEIBER, D.; PANT, A. (1996): HIV-Needle-Sharing-Sex. Eine sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. Drogenkonsumenten. Band 69a Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

KNAPP, R. (1996): AIDS im Strafvollzug. Zur Situation HIV-Infizierter und AIDS-Kranker Strafgefangener unter besonderer Berücksichtigung der Problematik intramuralen Drogenkonsums: Ergebnisse einer empirischen Erhebung und rechtliche Konsequenzen. Bonn: (Unveröff. Diss.)

KOCH, U.; EHRENBERG, S. (1992): Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): AIDS und Drogen II. Evaluation AIDS-präventiver Botschaften. AIDS-Forum D.A.H., Bd. IX, Berlin, S. 27-101

KOESTER, St.; BOOTH, R.; WIEBEL, W. (1991): The Risk of HIV Transmission from sharing water, drug mixing containers and cotton filters among intravenous drug users. In: The International Journal On Drug Policy, Vol. 1, Iss. 6, S. 28f

KOMMISSION ZUR ENTWICKLUNG EINES UMSETZUNGSORIENTIERTEN DROGENKONZEPTES FÜR DEN HAMBURGER STRAFVOLLZUG (1995): Abschlußbericht der vom Justizsenator der Freien und Hansestadt eingesetzten Kommission. Hamburg (Ms.), Febr. 1995

KONFERENZ 'GEFÄNGNISSE UND DROGEN' (1998): Europäische Empfehlungen. Konferenz v. 12.-14.3.1998 in Oldenburg (siehe Anhang)

KOOPS, A.; THIELE, B.; HEINEMANN, A.; PÜSCHEL, K. (1997): Prävalenz viraler Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B+C) bei Inhaftierten im Hamburger Justizvollzug im Vergleich mit i.v. Drogenabhängigen in anderen Einrichtungen. Vortrag auf dem „2. Europäischen Seminar zu HIV und Hepatitis im Justizvollzug", 12./13.12.97 Bonn

KONZEPT MODELLVORHABEN "SPRITZENVERGABE" IN DER JVA PLÖTZENSEE AM STANDORT LEHRTER STRAßE (4.11.98), Berlin (Ms.)

KONZEPT MODELLVORHABEN "SPRITZENVERGABE" IN DER JVA FÜR FRAUEN (ÖRTLICHER BEREICH LICHTENBERG) (30.6.98), Berlin (Ms.)

KÖRNER, H. (1996): Gutachten II. Die Abgabe von Einmalspritzen im hessischen Strafvollzug. ZfB b.d. Sta b. OLG Frankfurt/M. v. 03.04.1996

KRÄMER, Chr. (1995): Nein zur Spritzenvergabe im Berliner Strafvollzug. In: 'Zur Sache'– Justizvollzug in Berlin, Nr. 9/Juni 1995

KRAUSZ, M. (1998): Definition und Diagnose der Abhängigkeit. In: Gölz, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin 3 / 98, B 3

KREUZER, A. (1990): Besonderheiten von Aids und Drogenabhängigkeit. In: Prittwitz, C. (Hrsg.): Aids, Recht und Gesundheitspolitik. Berlin: Ed. Sigma Bohn, S. 171

KREUZER, A. (1993): Drogenberatung und Justiz. Entstehung und Bedeutung eines rechtlich neu geregelten Verhältnisses. In: Sucht und Justiz.

Suchtkrankenhilfe oder Strafverfolgung? Zwei Ansätze zur Problembewältigung. Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (Hrsg.). Geesthacht: Neuland, S. 12ff

KREUZER, A. (1994): Drogenabhängige im Strafverfahren und Strafvollzug – Realitäten und Perspektiven. In: Reindl, R./Nickolai, W (Hrsg.) Drogen und Strafjustiz. Lambertus, Freiburg i.Br. 1994, S. 27

KREUZER, A. (1998): Erscheinungsformen von Drogenkriminalität und verwandtem abweichendem Verhalten. In: Kreuzer, A. (Hrsg.): Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts. München: Beck, S. 185ff.

KRUMSIEK, R. (1992): Das Drogenproblem im Strafvollzug. in: ZfStrVo 5/92

KÜFNER, H. (1998): Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangen in bayerischen Justizvollzugsanstalten. In: Sucht 44, H.6, S. 406-408

KÜHN, H. (1993a): Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention – Am empirischen Beispiel der USA. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

KÜHN, H. (1993b): Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. WZB, Berlin

KÜLPMANN, W.-R. (1994): Feststellung des Beigebrauchs bei der Methadon-Substitutionsbehandlung von i.v.-Heroinabhängigen. DtschÄrztebl 91/4: C-149-151

KUNKEL-KLEINSORGE, S. (1994): Externe Drogenberatung – Standards und Forderungen an die Justiz. In: Reindl, R./Nickolai, W (Hrsg.) Drogen und Strafjustiz. Lambertus, Freiburg i.Br., S. 68

KÜSTER, V. (1998): Stellungnahme auf dem Expertenkolloqium ‚Spritzenvergabe im Strafvollzug' .In: Bericht a.a.O.

LAMNEK, S. (1993a): Qualitative Sozialforschung, Bd. 2 Methoden und Techniken. Weinheim

LANGE, W.; MASIHI, K.N. (1986): Durchseuchung mit Hepatitis-B-Virus bei Drogensüchtigen und Strafgefangenen in Berlin (West). In: Bundesgesundheitsblatt 29, H. 1, 1986, S. 7-10.

LAUBENTHAL, K. (1995): Strafvollzug. Berlin u.a.

LAUFS, R. (1992): Stellungnahme zur Desinfektion von Spritzen süchtiger Personen mit Bleach-Lösung. Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg, 8.9.1992

LAUFS, R. u.a. (1994): Was bedeutet der Befund „HCV-Antikörper positiv?“ In: Deutsches Ärzteblatt 91, H. 5, 1994, B 238-240.

LEE, M. (1996): Proof Positive. In: Druglink, 11(3), S. 4

LEHBAUER, H.G. (1993) Beitrag in: Sucht und Justiz. Suchtkrankenhilfe oder Strafverfolgung? Zwei Ansätze zur Problembewältigung. Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (Hrsg.). Geesthacht: Neuland, S. 64ff

LESTING, W. (1988): Normalisierung im Strafvollzug. Potential und Grenzen des § 3 Abs. 1 StVollzG. Pfaffenweiler: Centaurus

LESTING, W. (1990): Die Abgabe von Einwegspritzen im Strafvollzug zur Aids-Prävention – strafbar oder notwendig. In: Strafverteidiger, S. 225-230

LESTING, W. (1992): Rechtliche und tatsächliche Probleme der Spritzenvergabe im Strafvollzug. Vortrag auf der Tagung des Nds. Frauenministeriums ‚Drogenabhängige Frauen: Welche Hilfen brauchen sie innerhalb und außerhalb des Strafvollzuges?’ Hannover, 16.11.92

LESTING, W. (1992a): Wohin mit psychisch kranken Strafgefangenen? In: Recht und Psychiatrie 10, S. 81-89

LESTING, W. (1993): Zur Bedeutung einer Substitutionsbehandlung für strafrichterliche Sanktionsentscheidungen. In: MschrKrim 76/5, S. 320-327

LEUDSEN, R.P.; STARK, K. (1992): Infektionskrankheiten bei intravenös injizierenden Drogengebrauchern. In: Z. ärztl. Fortbildung 86, S. 709-716.

Levy, M., H. (1997): Australian prisons are still health risks. We must provide a safer environment for prison inmates and staff. In: MJA 171, 5 July 1999, S. 7-8

LEUTHEUSSER-SCHNARRENBERGER, S. (1994): Brief an den BMG, Herrn Horst Seehofer. In: Stöver, H. (Hrsg., 1994): a.a.O.

LG DORTMUND (1995): Zur Begründetheit einer einstweiligen Anordnung zur Fortsetzung einer Polamidonsubstitution bei einem Strafgefangenen. LG Dortmund, Beschl. v. 1.12.94-9StVK 71/94 UN. In: Strafverteidiger 3/95, S. 143f

LINDLAHR, P. (1991): Fortbildungsveranstaltungen für Bedienstete im nordrhein-westfälischen Strafvollzug zum Bereich HIV-Infektion und AIDS. Köln: (AIDS-Hilfe NRW)

LOBNIG, H.; NOWAK, P.; PELIKAN, J.M. (1999): Die Umsetzung der Vision des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, J.M.; Wolff, St. (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Weinheim/München: Juventa, S. 51-66

LOCHMANN, R. (1996): Kooperation und Vernetzung in der Straffälligenhilfe. In: Nickolai, W. u.a. (Hrsg.): Lebenslagen und Lebenshilfen. Freiburg: Lambertus, S. 132-154

MAAS, G.; STÜCK, B. (1994, Hrsg.): Virushepatitis A bis E. Diagnose, Therapie, Prophylaxe. Marburg 1994.

MAYRING, P. (1993): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim

MAELICKE, H. (1995): Ist Frauenstrafvollzug Männersache? Eine kritische Bestandsaufnahme des Frauenvollzuges in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden

MAHON, N.; MACHON, S. (1993): When HIV is not the issue. Assessment of the HIV and NON-HIV related needs of prisoners and former prisoners. In: International Conference on AIDS 9(1), S. 114

MALIK, S. (1991): Bericht über die Suizidproblematik in der JVA Nürnberg im Zeitraum 1.1.76-30.6.91. Nürnberg, (unveröff. Ms.)

MARCINKO, J. (1998): Infektionsgefahren bei i.v. DrogenkonsumentInnen. Vorabbericht ARUD, Zürich, ARUD-Sekretariat (Konradstr. 1, CH-8005 Zürich)

MARZAHN, Chr. (1994): Plädoyer für eine gemeine Drogenkultur. In: ders.: Bene tibi – Über Genuß und Geist. Bremen: Edition Temmen, S. 9ff

MAUL-BACKER, H.; STÖVER, H.; TASCHIES, M. (1994): Neue Wege der Infektionsprophylaxe im Strafvollzug – Eindrücke einer Studienreise nach Hindelbank/Schweiz. In: Neue Kriminalpolitik, H. 4/94.

MCHUGH, M. (1998): Listening for Life: Reducing Suicide and Self-Harm. In: h.i.p.News WHO (Europe) Health in Prisons, May 1998, S. 4-5

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES/HOLLAND (1999): Assessment: On the establishment of a Pilot Programme on Health Promotion in the Russian Prison System. Amsterdam

MENTZ, M (1998): Stellungnahme auf dem Expertenkolloqium, Spritzenvergabe im Strafvollzug'. In: Bericht a.a.O.

MEYENBERG, R./JACOB, J./STÖVER, H. (1996): Vorstellung der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes „Infektionsprophylaxe im niedersächsischen Strafvollzug". In: Sucht 42 H.3, S.181-182.

MEYENBERG, R./STÖVER, H./JACOB, J./POSPESCHILL, M. (1996): Infektionsprophylaxe im Justizvollzug – Eröffnungsbericht. Oldenburg: BIS-Verlag

MEYENBERG, R./STÖVER, H./JACOB, J./POSPESCHILL, M. (1997): Infektionsprophylaxe im Justizvollzug – Zwischenbericht. Oldenburg: BIS-Verlag

MEYENBERG, R./STÖVER, H./JACOB, J./POSPESCHILL, M. (1999): Infektionsprophylaxe im Justizvollzug – Abschlußbericht. Oldenburg: BIS-Verlag

MEYER, D. (1998): Getrennte Welten. Braucht Straffälligenhilfe die Drogenhilfe (und umgekehrt)? In: FDR (Hrsg.): Grenzgänge der Drogenarbeit. Hilfesysteme berühren sich. Geesthacht: Neuland, S. 60-69

MEYER, T. (1989): Alles läuft so, als gäb's das Virus nicht. In: taz 30.3.89

MEYER-FEHR, P.; ZIMMER-HÖFLER, D. (1983): Compliance und institutionelle Sozialisation in der Behandlung von delinquenten Heroinabhängigen. Kriminolog. Bulletin, 9, S. 1

MICHELS, I.I. (1989): „...nehmen wir einmal an, da fließt viel Blut." Soziale Normkontrolle im Gewand der ‚helfenden Beziehung' – Bewährungshilfe unter der Methapher „AIDS". In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): Chancen u. Risiken aktueller Präventions- und Behandlungsansätze am Faktor AIDS bei Drogengebrauch und Abhängigkeit. Berlin: (Selbstverlag), S. 203

MICHELS, I.I. (1989): Stellungnahme. In: Bereichsspezifische Prävention. Teilbereich: AIDS in Justizvollzugsanstalten. 54. Sitzung der Enquete-Kommission ‚Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung' v. 16.6.1989 in Bonn

MICHELS, I.I. (1990): Testfall Knast. In: D.A.H.-Aktuell, Jan./Febr. 90, S. 18

MICHELS, I.I., STÖVER, H. (1992): Von der Wahrnehmung des Risikos – Einschätzungen zu einer Studie über AIDS-präventives Verhalten unter i.v. DrogenkonsumentInnen. Bd. IX AIDS-Forum D.A.H., Berlin, S. 5-25

MICHELS, I.I., STÖVER, H. (2000): Wichtig ist, dass der Modellversuch akzeptiert wird. Vor der ärztlich kontrollierten Originalstoffabgabe zur Heroin gestützten Behandlung: Welche Fragen stellen sich? In: Sahler, I.; Scherer H. (Hrsg.): Tolleranz. Neue Ansätze in der Drogen-Diskussion. Wiesbaden:SozialExtra, S. 43-49

MITGLIEDER DER EXPERTENKOMMISSION (1995): Aids- und Hepatitisprävention im Strafvollzug Niedersachsens. Empfehlungen der Expertenkommission. Hannover, 19.5.95

MÜLLER, R. u.a.: Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. In: AIDS 1995, 9

MÜLLER, Th.; GROB, P.J. (1992): Medizinische und soziale Aspekte der offenen Drogenszene Platzspitz in Zürich 1991. Zürich (Unveröff. Diss.)

MÜLLER, W.H. (1997): Identitätsstärkung von Menschen ohne eindeutige sexuelle Orientierung: HIV-Prävention für Männer, die gelegentlich mit Männern Sex haben. In: Jäger, H. (Hrsg.): AIDS – Neue Perspektiven, therapeutische Erwartungen, die Realität 1997. Landsberg: verlag moderne industrie, S. 356-358

MÜLLER-DIETZ, O. (1991): Externe Drogenberatung im Justizvollzug. In: ZfStrVo 4/91, S. 233-234

MÜNCH, G.; STETTIN, Th. (1996): AIDS – was geht uns das im Kittchen an? Zwischenbilanz eines Projektes zur AIDS-Prävention in der Untersuchungshaftanstalt Frankfurt am Main II (Frankfurt/Main-Höchst)

NELLES, J. et al. (1995): Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Evaluationsbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Bern, Sept. 1995. Siehe auch: Pilotprojekt HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Schlußbericht zu Handen des Bundesamtes für Gesundheitswesen, Sept. 1995

NELLES, J.; FUHRER, A., (Hrsg. 1997): Harm Reduction in Prison. Bern: Peter Lang

NELLES, J.; VINCENZ, I.; FUHRER, A.; HIRSBRUNNER, H.-P. (1999): Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Schlußbericht z.Hd. des Bundesamts für Gesundheit in Bern. 9.2.99. Bern: Bundesamt für Gesundheit

NEUMANN, J. (1992): Zurückhaltendes Agieren. In: D.A.H.-Aktuell, Nov. 1992, S. 17

NEWMEYER, J.A. (1988): Why Bleach? Development of a Strategy To Combat HIV Contagion Among San Francisco Intravenous Drug Users. In: Battjes, R.J.; Pickens, R.W. (ed.): Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National an International Perspectives. Rockville (NIDA Research Monograph 80)

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG, 14. Wahlperiode (1999): Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen 'Umgang mit Drogensucht und Hepatitis im niedersächsischen Strafvollzug'. Drucksache 14/597 v. 2.3.99. Hannover

NIEDERSÄCHSISCHES JUSTIZMINISTERIUM (O.J.): Frauen in Haft. Hannover

NIEDERSÄCHSISCHES SOZIALMINISTERIUM (1994): Externe Drogenberatung in der Frauenjustizvollzugsanstalt Vechta. In: Sucht Heft 3, S. 209-210

O' HARE, P.A. et al. (eds.) (1992): The Reduction of Drug-Related Harm. London, New York: Routledge

O'BRIEN, O.; STEVENS, A. (1997): A Question of Equivalence: a report on the implementation of international guidelines on HIV/AIDS in prisons of the European Union. London: Cranstoun Drug Services

OSTENDORF, H. (1991): Resolution. Reform des Methadon-Programms in Schleswig-Holstein. Landesbeirat für Bewährungs- und Straffälligenhilfe

OTTAWA-CHARTA (o.J.): In: Argument-Sonderband 178, S. 145-150

PAPE, G.-R. (1994): Therapie der Virushepatitiden mit Interferon. In: Deutsches Ärzteblatt 91, H. 40/1994, S. B 1994-2001

PECHER, W.; NÖLDNER, W.; POSTPISCHIL, St. (1995): Suizide in der Justizvollzugsanstalt München 1984 bis 1993. In: ZfStrVo 6/95, S. 347-351

PERKINS, S. (1998): Access to Condoms For Prisoners in the European Union. National AIDS and Prison Forum, London

PESCHEL-GUTZEIT, L. (1997): Rahmenbedingungen für die Vergabe von Einwegspritzen an Gefangene. Mitteilung an das Berliner Abgeordnetenhaus. In: Der Vollzugsdienst 3/1997, S. 12ff

PINGEL, F (1989): Ungewollte Schwangerschaften trotz Verfügbarkeit wirksamer Antikonzeptiva. Paper der WZB Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. WZB (Selbstverlag), Berlin

PONT, J. (1994): Empfehlungen zur Verhütung von HIV-Infektionen unter Gefängnisinsassen. Beilage B Republik Österreich, Bundesministerium für Justiz (1994): Maßnahmen zur Verhütung von HIV-Infektionen unter Gefängnisinsassen

PONT, J. (1996): Auswertung des Fragebogens. Wien (Ms.)

PONT, J.; KAHL, W.; SALZNER, G. (1994): HIV-Epidemiologie und Risikoverhalten für HIV-Transmission in Haft in Österreich. In: Pfersmann, D.; Presslich, O. (Hrsg.): Drogensucht und Therapie. Wien, S. 167ff

POPP, S. (1998): Vorwort Jahresbericht AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. Frankfurt: Selbstverlag AIDS-Hilfe Frankfurt

PRETZ, R. (1994): Drogenhilfe im Frauenstrafvollzug. In Reindl, R./Nickolai, W (Hrsg.) Drogen und Strafjustiz. Lambertus, Freiburg i.Br., S. 83

PREUSKER, H. (1997): Reform-Entzug? In: Neue Kriminalpolitik, H. 2/97, S. 34-36

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C. (984): The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood

PÜSCHEL, R.; LÜTH, K. (1989): HIV-1-Antikörperprävalenz, Infektionsmodus und Risikofaktoren i.v. Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug. In: AIDS-Forschung, H. 6, S. 300-303

PUGH, R.; JONES, G. (o.J.): Creating a Health Promoting Juvenile Justice Centre. Malmsbury, Victoria, Australia (Ms.)

QUENSEL, E. (1989): In: Bertram u.a. (1990): AK StVollzG,56 Rz. 4

QUENSEL, St. (1985): Endstation Drogenknast – Sondereinrichtungen als Konsequenz heutiger Drogenpolitik? In: Bachmann, U. u.a. (Hrsg.): Drogenabhängige im Strafvollzug. Sondereinrichtungen? Biel: SFA-Lausanne, S. 31-48

QUENSEL, St.; KOLTE, B.; NOLTE, F. (1995): Zur Cannabis-Situation in der Bundesrepublik Deutschland. In: Cohen, P.D.A.; Sas, A. (Hrsg.): Can-

nabisbeleid in Duitsland, Frankrijk en de Verenigde Staten. Amsterdam: CEDRO/Univ. Amsterdam, 1996, S. 16ff

RASCHKE, P. (1994): Substitutionstherapie – Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg: Lambertus

RASCHKE, P.; RITTER, C. (1991): Eine Großstadt lebt mit Aids. Strategien der Prävention und Hilfe am Beispiel Hamburgs. Berlin: Sigma

REINDL, R./NICKOLAI, W. (1992): Vorwort. In dies. (Hrsg.) Drogen und Strafjustiz. Lambertus, Freiburg i.Br.1992

REITER, S.; RIEDMANN, K.; MÜLLER, W. (1998): AIDS in Europe – New Challenges for Social and Behavioural Sciences. 2nd European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS. In: InfFo 1/98, S. 39-44

REX, R. (1991): Zur Lage der drogengebrauchenden Menschen in Haft. In: akzept e.V. (Hrsg.): Leben mit Drogen. Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik. Berlin: (Selbstverlag), S. 238-243

REX, R. (1995): Drogenabhängige in Haft. In: Gölz J (Hrsg) Der drogenabhängige Patient. München-Wien-Baltimore: Urban und Schwarzenberg, S. 372-382

RICHTLINIEN ÜBER DIE 'ORALE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG VON SUCHTKRANKEN' IN DEN JUSTIZANSTALTEN ÖSTERREICHS (1991): Erlaß des BKA vom 8.1.91, Wien (Ms.)

RIEGER-NDAKORERWA, G. u.a. (1994): Infektionsepidemiologie – Analyse der Zunahme der infektiösen Hepatitis in Hamburg. In: Gesundh.-Wes 56, S. 132-136.

RIEKENBRAUCK, W. (1991): Drogenkonsum und Haft. In: akzept e.V. (Hrsg.): Leben mit Drogen. Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik. Berlin: (Selbstverlag), S. 244-249

RIEKENBRAUCK, W. (1994): Problemkreis aus der Sicht des ärztlichen Dienstes. In: Bundesministerium f. G. u. Bundesministerium f. J. (Hrsg.), a.a.O., S. 1-8

RIEKENBRAUCK, W. (1996): Drogenentzüge im Strafvollzug. In: Justizministerium des Landes NRW (Veranstalter): Protokoll über die Dro-

gentagung am 19.9.1996 in der Justizakademie des Landes NRW in Recklinghausen. Düsseldorf: (Ms.)

RKI – ROBERT KOCH INSTITUT (1996): Impfempfehlungen der Ständigen Impfstoffkommission (STIKO) – Stand Oktober 1995. In: Bundesgesundheitsblatt 1/1996

RKI (1998): AIDS/HIV-Quartalsbericht IV/98: 132. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten. Berlin

RKI (1999): Epidemiologisches Bulletin 13/99 v. 1.4.99, S. 84-85

ROGGENDORF, M. (1994): Diagnostik der Virushepatitiden A bis E. In: Deutsches Ärzteblatt 91, H. 41, S. B 2036-2046.

ROMKOPF, U. (1991):Gesundheitsfürsorge. In: Schwind, H.-D.; Böhm, A. (Hrsg.): Strafvollzugsgesetz. Berlin/New York: de Gruyter

ROORDA, P.A. (1989): Methadon für suchtkranke Häftlinge in den Niederlanden. In: Bossong H./Stöver, H. (Hrsg), a.a.O., S. 89-92

ROSENBROCK, R. (1989): Vorwort zu: Pingel, F.: Ungewollte Schwangerschaften trotz Verfügbarkeit wirksamer Antikonzeptiva. Paper der WZB Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. WZB (Selbstverlag), Berlin, S. I-V

ROSENBROCK, R. (1993): Gesundheitsförderung – Ansprüche und Wirklichkeiten. In: SEKIS. Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (Hrsg.): Der Gesundheit auf die Beine helfen.

ROSENBROCK, R. (1993): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, S. 317-346

ROTILY, M.; WEILANDT, C. (1999): European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons – 3rd Annual Report. Observatoire Regional de la Santé Provence, Alpes, Cote d'Azur, Marseille/Wissenschaftliches Institut für die Ärzte Deutschlands, Hartmannbund, Bonn

SANCHEZ, V.M. et al. (1995): Predictive Factors of Mycobacterium Tuberculosis and Pulmonary Tuberculosis in Prisoners. In: International Journal of Epidemiology 24, S. 630-636

SCHÄFER, K.-H. (1991): AIDS: Ansätze zu einer Problembewältigung auf der Ebene von Landesjustizverwaltung und Parlament. In: Busch, M.;

Heckmann, W.; Marks, E. (Hrsg.): HIV/AIDS und Straffälligkeit. Bonn: Forum Verlag

SCHÄFER, K.-H.; SCHOPPE, R. (1998): Betäubungsmittel-Straftäter im Strafvollzug. In: Kreuzer, A. (Hrsg.): Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts. München: Beck, S. 1402-1422

SCHÄFER, O.P.; HERHOLZ, H. (1996): Qualitätssicherung – eine Herausforderung für Ärzte. DtschÄrztebl 93/5: B195-197

SCHAPER, G. (1996): Psychosoziale Begleitung von Substituierten innerhalb des Strafvollzuges und die Entwicklung von Leitlinien. In: Gerlach, Chr.; Kurz-Lund, G.; Stöver, H. (Hrsg., 1996): Psychosoziale Betreuung Substituierter. Bremen (Selbstverlag)

SCHAPER, G. (1997): Praxis, Probleme und Grenzen der psychosozialen Begleitung der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug. In: Zum Umgang mit Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug. Berlin: Selbstverlag

SCHEDEL, I. (1993): Ambulante und stationäre Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen in Niedersachsen. Vortrag, gehalten auf dem Kongreß der Niedersächs. AIDS-Hilfe am 27.11.93 in Hannover.

SCHEERER, S./VOGT, I. (1989): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Frankfurt/New York

SCHERBAUM, N., BENDER, S. (1995): Der Stellenwert der Psychotherapie im Rahmen der Substitutionsbehandlung mit Methadon. In: Sucht 1/95, S. 18-24

SCHLEBUSCH, S. (1999): Drogenabhängige Ausländer im Jugendstrafvollzug – Psychosoziale Hintergründe, Therapiechancen und Folgerungen für die Suchtberatung. In: ZfStrVo 1/99, S. 15-21

SCHMIDT, F.; STÖVER, H.; ILGNER, G. (1998): Umgang mit Rauschmittelabhängigkeit im Strafvollzug – berufsbegleitende Fortbildung für Bedienstete der Justizvollzugsanstalten in Bremen und Bremerhaven, 1996. In: Arbeitsgruppe Fortbildung (Hrsg.): Bericht 1996-1998. Bremen

SCHMOLDT, A. (1994): Aktuelle Fragen zur Drogenanalytik. In: Syva (Hrsg.): Stand der Levo-Methadon-Substitution in Hamburg. 26. November in Hamburg. Selbstverlag, S. 1-17

SCHMUCK, R. (1989): Probleme mit HIV-Infizierten und an AIDS erkrankten Personen im Vollzug der Untersuchungshaft und Strafhaft. In. ZfStrVo 1989, S. 165ff

SCHÖNBACH, K. (1995): Gesundheitsförderung und peer-involvement bei Jugendlichen. Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

SCHRÖDER, J. (1992): Gesundheit und Sport im Justizvollzug. In: ZfStrVo 6/92, S. 352-357

SCHULLER, K. (1990): Von Release zur Therapeutischen Kette – und zurück?. In: Stöver, H.; Schuller, K. (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit – Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg, S. 31-51

SCHUMANN, A.; HAPKE, U.; JOHN, U. (1999): Selbsthilfemanuale zur Raucherentwöhnung: Bewertung anhand inhaltlicher und formaler Kriterien. In: Sucht 45, H. 4/99, S. 250-262

SCHWARTZ, F.W. et al. (1998): Prävention. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München u.a.: Urban & Schwarzenberg, S. 151ff

SCHWERDT, P. (1995): Das „Boule de Neige"-Projekt. In: akzept (Hrsg.): Drogen ohne Grenzen: Berlin: VWB, S. 191-196

SCHWERMER, L. (1996): HIV/AIDS. Gesundheitsbericht der Stadt Essen. Gesundheitsamt Essen, Bd. V (Selbstverlag)

SCHWIND, H-D; BLAU, G. (Hrsg., 1988) Strafvollzug in der Praxis. Eine Einführung in die Probleme und Realitäten des Strafvollzuges und der Entlassenenhilfe. Berlin. 2.Aufl.

SEAMAN, S. R.; BRETTLE, R.P.; GORE, S.M. (1998): Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. In: British Medical Journal 7th February 1998, p. 426ff

SENATOR F. JUSTIZ UND VERFASSUNG BREMEN (1993): Vergabe von sterilen Einwegspritzen im Justizvollzug. In: Drogenhilfeplan Bremen, S. 32

SENATOR FÜR FRAUEN, GESUNDHEIT, JUGEND, SOZIALES UND UMWELTSCHUTZ (1997): Suchtkrankenhilfeplan für die Stadtgemeinde Bremen. Bremen

SENATOR FÜR JUSTIZ UND VERFASSUNG (1988): Drogen- und AIDS-Problematik in der Justizvollzugsanstalt Bremen-Oslebshausen

SENATSSTELLUNGNAHME (1992): Stellungnahme des Senats zu dem Antrag der Fraktion Bündnis 90/Grüne (AL)/UFV über Vergabe von Kondomen und Einwegspritzen an Gefangene zur AIDS-Prophylaxe. Berlin (Ms.)

SHEWAN, D. et al. (1994): The impact of Edinburgh prison drug reduction programme. Unpublished Report

SHEWAN, D.; DAVIES, J.B. (ed., 2000): Drug Use and Prisons – An internationale Perspective. Amsterdam: harwood academic publishers

SHEWAN, D.; GEMMEL, M.; DAVIES, J.B. (1994): Drug Use and Scottish Prisons – Full Report. In: Scottish Prison Service Occasional Paper No. 6

SICKINGER, R. (1991): Therapie oder Strafe? Zu den Auswirkungen auf den Weg aus der Drogenabhängigkeit. In: Forschungsprojekt „Amsel", Projektgruppe Rauschmittelfragen, Abschlußbericht Bd. 1. Jugendberatung und Jugendhilfe, Frankfurt: (Selbstverlag), S. 237ff

SIMITIS, S (1989): Gesundheitsrechtliche Aspekte der Bekämpfung von AIDS. In: AIFO 1986, S. 210ff

SONNTAG, K.; SCHAPER, N. (1992): Förderung beruflicher Handlungskompetenz. In: Sonntag, J. (Hrsg.): Personalentwicklung in Organisationen Psychologische Grundlagen, Methoden, Strategien, Göttingen: Hogrefe, S. 187-210

SQUIRES, N.; STROBL, J. (Hrsg., 1997): Healthy Prisons. A Vision for the Future. The University of Liverpool; Dept. of Public Health

STAIB, W. (1990): Sexualität im Gefängnis – Einblicke in das Leben inhaftierter Männer. In: Janus-Gefangenenzeitung der VA Freiburg 17. Jg., H. 1/90, S. 15ff

STARK et al. (1995): Determinants of HIV-Infection and recent risk behaviour among in injecting drug users. Addiction 90, S. 1367-1375

STARK, K. et al. (1994): HIV-Infektion bei i.v. Drogenkonsumeten. Unveröff. Abschlußbericht an das BMFT. Berlin

STARK, K.; MÜLLER, R.; BIENZLE, U.; GUGGENMOOS-HOLZMANN, I. (1996): Frontloading: a risk factor for HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Berlin. In: AIDS 10, S. 311-317

STARK, K.; u.a. (1995): Prevalence and Determinants of Anti-HCV Seropositivity and of HCV Genotype among Intravenous Drugs Users in Berlin: In: Scand. J. Infect. Dis. 27, S. 331-337

STARK, W. (1996): Empowerment – Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg: Lambertus

STEIGLEDER, G. K u.a. (1987): AIDS, Lexikalisches Kompendium der Medizin. Zug/Schweiz

STEVENS, A. (1998): The Development of Drug Services in European prisons, 1995-1998. London: Cranstoun Drug Services

STÖVER, H.; SCHULLER, K. (1991): Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige: Untersuchung über die Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedsstaaten der Europäischen Region. Kopenhagen: (WHO-Selbstverlag)

STÖVER, H.; SCHULLER, K. (1992): Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedsstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): AIDS und Drogen II, AIDS-Forum D.A.H., Bd. IX, Berlin: (Selbstverlag), S. 101ff

STÖVER, H. (Hrsg.; 1994): Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. Eine Übersicht über Theorie und Praxis. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin 1994.

STÖVER, H. (1995): Infektionsprophylaxe im Strafvollzug: Wie kann was bewirkt werden und warum wird bisher so wenig getan? In: akzept e.V. (Hrsg.): Drogen ohne Grenzen. Berlin

STÖVER, H. (Hrsg. 1995a): Arbeit, Ausbildung und Qualifikation für Drogengebraucher in Substitutionsbehandlung. Bd. XIX AIDS-Forum D.A.H., Berlin

STÖVER, H.; JACOB, J.; KEPPLER, K. (1996): HIV/AIDS und intravenöser Drogenkonsum im Justizvollzug. In: Jäger, H. (Hrsg.): AIDS und HIV-Infektionen, 18 Erg.Lfg. 9/96, S. 1-19

STÖVER, H.; JACOB, J. (1997): Vermeidung gesundheitlicher Schäden durch peer-support und peer-education. In: Jacob, J., Keppler, K, Stöver, H. (1997): a.a.O., S. 225-234

STÖVER, H; WEILANDT, C. (1997): Prävalenz viraler Infektionskrankheiten und infektionsrelevanten Risikoverhaltens im deutschen Justizvollzug. In: Infektionsepidemiologische Forschung, H. 2,

STÖVER, H.; TRAUTMANN, F. (1998): The European Peer Support Project phase 3: 'Risk reduction activities in prison'. Utrecht/Niederl.: Trimbos-Instituut (Selbstverlag)

STÖVER, H.; LESTING, W. (1999): Gesundheitsförderung im Strafvollzug. In: Recht & Psychiatrie, H. 4/1999, S. 150-156

STÖVER, H. (Hrsg. 1999): Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz. Freiburg: Lambertus

STUHLMANN, J. (1997): Drogenkonsum im Gefängnis – Innenansichten aus dem Strafvollzug. In: Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H. (Hrsg.): Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug. DAH (Selbstverlag) Berlin, S. 31-40

TAYLOR, A.; GOLDBERG, D. (1996): Outbreak of HIV in a Scottish Prison: Why Did It Happen? In: Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter 2(3), S. 13-14

THE INDEPENDENT/UK (1998): Jails to take softer line on cannabis, Sat, 09 May 1998

THE INTERNATIONL CENTRE FOR PRISON STUDIES (o.J.): Human Rights in Prisons. A Training manual For Prison Staff. Final Draft on behlf of the United nations Office of the High Commissioner for Human Rights

THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS): Statement at the Fifty-second session (Item 8 of the Agenda). Geneva, Switzerland, April 1996

THE JOINT WHO/UNAIDS European Seminar on HIV/AIDS, sexually transmitted diseases and tuberculosis in Prisons, Warsaw, 14.-16. December 1997

THE OTTAWA CITIZEN (1999): Prisons desperate to control diseases: Providing heroin, tattoo services among proposed measures. 22.6.99

THE SCOTSMAN/UK (1998): Scottish prisons to stay tough on cannabis, Wed, 13 May 1998

THIEL, A. (1997): Infektionsprophylaxe in der JVA Vierlande – Zur Abgabe steriler Einwegspritzen in einem Hamburger Modellprojekt. In: Jacob, J., Keppler, K, Stöver, H. (Hrsg.) a.a.O., S. 159-166

THIELE, B. (1994): Erfahrungen zur Substitution im Hamburger Justizvollzug von 1990 bis heute. In Syva (Hrsg.) a.a.O. 62-65

THOMAS, P.A.; Moerings, M. (Hrsg., 1994): AIDS in Prison. Dartmouth: Aldershot

TOMASEVSKI, K. (1992): Prison Health. International Standards and National Practices in Europe. Helsinki: Helsinki Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations. Publication Series No. 21

TRAUTMANN, F.; BARENDREGT, C. (1995): The European Peer Support Project: Development and Encouragement of Peer Support Initiatives for AIDS Prevention in IDU Communities Dissemination of the European Peer manual and Implementation of the Approach. Final Report. Utrecht (NIAD-Selbstverlag)

TROJAN, A. (1995): Zukunftsmodelle der Prävention. „Prädikative Medizin" versus „Gesundheitsförderung". In: Kaupen-Haas, H.; Rothmaler, Chr. (Hrsg.) :a.a.O.

TURNBULL, P.J.; WEBSTER, R. (1997): Demand Reduction Activities in the Criminal Justice System in the European Union. Final Report. The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, London, Ms. August 1997 (Bezug über: EMCDDA – Lissabon)

UCHTENHAGEN, A. (1987): Zehn Jahre Methadon-Programme in der Schweiz – zum Bericht der Schweizer Methadonkommission. In: MAGS NRW (Hrsg.): Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen. Dokumentation über ein internationales Drogensymposium in Düsseldorf. Düsseldorf (Eigenverlag), S. 76-86

UCHTENHAGEN, A. u.a. (1996): Zweiter Zwischenbericht – Die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zürich: (ISF-Selbstverlag)

UNAIDS (1997): Prisons and AIDS – UNAIDS technical update. UNAIDS Best Practice Collection, April 1997

UNAIDS (1999): Summary Booklet of Best Practices. UNAIDS Best Practice Collection, Issue 1, 1999, Geneva/Switzerland, S. 161-162

UNAIDS (1999a): Trends in HIV incidence and prevalence: natural course of the epidemic or results of behavioural change?. UNAIDS Best Practice Collection – Key Material. Geneva/Switzerland

UNITED NATIONS (1998): HIV/AIDS and Human Rights. International Guidelines. Second Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva, 23-25 September 1996 (Organized jointly by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), New York and Geneva, 1998 (HR/PUB/98/1)

VAHJEN (1995): Brief an die Anstaltsleiterin der JVA Celle II vom 4.1.1995.

VERBAND NIEDERSÄCHSISCHER STRAFVOLLZUGSBEDIENSTETER (1999): Umgang mit Drogensucht und Hepatitis im niedersächsischen Justizvollzug. Stellungnahme v. 28.6.99

VEREIN „DRUG OUT“ I.D. JA INNSBRUCK (o.J.): Drug Out in Gefängnissen. Maßnahmen gegen den Gebrauch von Drogen in Haftanstalten. Konferenz 16.-17.11.1995 Seefeld/Tirol

VEREIN KRISENHILFE ESSEN E.V., DROGENHILFE ESSEN (1996): Zum Thema §§35ff BtMG „Ambulante Therapie“. Essen: (Ms.) v. 14.3.96

VERPALEN, R. (1997): Voortzetting van het Europese Peer support-project. In: Bulletin (Trimbos) 2, Nr. 1 April 1997, S. 5f

WAGNER, E. (1999): Training und Personalentwicklung: Systematisches Lernen in Organisationsentwicklungsprojekten. In: Pelikan, J.M.; Wolff, St. (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Weinheim/München: Juventa, S. 67-79

WAGNER, H.-J.; MÖLLER, M.R. (1995): Asservierung von Haaren zum Nachweis chronischen Drogenkonsums. Dtsch Ärztebl 92/44: B-2169-2171. Mit einem Nachtrag in DtschÄrztebl (1996) 93/13: B-658

WALTER, J. (1994): Drogen im Jugendstrafvollzug. In: Reindl, R.; Nickolai, W. (Hrsg.): Drogen und Strafjustiz. Freiburg: Lambertus, S. 115ff

WEBER, I. (1995): Methadon-Substitution. Zahl der Patienten verdoppelt. DtschÄrztebl 92/5, S. B199-200

WEBER, I. (1998): Psychosoziale Betreuung bei Substitutionsbehandlung. In: Sucht 44 (6), S. 409-416

WEDERSHOVEN, Chr. (1998): Katamnesen der HIV-Infektion bei drogenabhängigen und nicht-drogenabhängigen Inhaftierten im Vergleich im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen

WEIBEL, U.; NELLES, J. (1998): Stellungnahme auf dem Expertenkolloqium 'Spritzenvergabe im Strafvollzug'. In: Bericht a.a.O.

WEILANDT, C. (1997): Prävalenz HIV-bezogenen Risikoverhaltens im Justizvollzug – Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. In: Infektionsepidemiologische Forschung des RKI Berlin, H. II/97, S. 27-34

WEILD, A; CURRAN, L.; PARRY, J.; BENNET, D.; NEWHAM, J.; GILL, O.N. (1998): The prevalence of HIV and associated risk factors in prisoners in England and Wales in 1997: Results of a national survey. Abstract (abstract 23510) presented on the 12th World AIDS Conference in Geneva, 28 June – 3rd July 1998

WERDENICH, W. (1994): Zur Entwicklung des Österreichischen Massnahmevollzugs. Die Sonderanstalt Wien-Favoriten für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher. In: Pfersmann, D.; Presslich, O. (Hrsg.): Drogensucht und Therapie. Wien, S. 147ff

WHO (1981): Memorandum. In: Bulletin of the World Health Organisation 59, S. 225-242

WHO (1991): Hepatitis C. In: Schwick, H.G., Luttmann, U. (Hg.): Die gelben Hefte. Immunbiologische Informationen XXXI. Jg., H. 4, 1991, Marburg/Lahn, S. 180.

WHO (1992): HIV-Prävention für Drogenabhängige im Strafvollzug. In: Stöver, H.; Schuller, K.: Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedsstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation. AIDS und Drogen II – Evaluation AIDS-präventiver Botschaften. DAH, Berlin, Bd. IX, S. 107

WHO (1993): WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons. Geneva, March 1993 WHO/GPA/DIR/93.3) Original in Englisch, z.T. eigene Übersetzung. Übersetzt auch in: Stöver, H. (Hrsg.; 1994): a.a.O., S. 119-128

WHO (1996): Health In Prisons. Health Promoting In The Prison Setting. Summary Report on a WHO Meeting. London, 15-17 October 1995

WHO (1997a): Health in Prisons Project – A European Network for Promoting Health in Prisons.

WHO (1997b): Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert. 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO am 25.7.1997 in Jakarta, Indonesien

WHO (1997c): Guidelines for the Management of Drug-Resistant Tuberculosis.

WHO (o.J.): Health In Prisons. A European Network For Promoting Health in Prisons

WHO (o.J.): WHO Tuberculosis Programme – Framework for Effective Tuberculosis Control. WHO (Ms.)

WHO/Regional Office for Europe (1998), Health in Prisons Project: Mental Health Promotion in Prisons – Consensus Statement on Mental Health Promotion in Prisons. The Hague, Nov. 1998

WHO/Council of Europe (o.J.): Principles for preventing HIV infection among drug users. Copenhagen

WHO/ICRC (o.J.): Tuberculosis in Prisons – Guidelines for Control and management. Global Tuberculosis programme World Health Organization/International Committee of the Red Cross. (Ms.)

WHO/WORKING GROUP; IUATDL (European Region of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 1995): Surveillance of Tuberculosis in Europe. (MS.)

WHO-EUROPE/UNAIDS (1997): HIV/AIDS, Sexually Transmitted Diseases and Tuberculosis in Prisons. Report on a joint WHO/UNAIDS European seminar. Warsaw, Poland, 14-16 December 1997

WIESE, M. (1991): NonA-NonB-Hepatitis, Virushepatitis C. Forschung und Praxis. Jena 1991.

WILLKE, H. (1987): Strategie der Intervention in soziale Systeme. In. Baecker, D. et al. (Hrsg.): Theorie als Passion. Frankfurt/New York: Suhrkamp, S.333-361

WILLKE, H. (1994): Systemtheorie II: Interventionstheorie. G. Fischer: Stuttgart/Jena

WINCHENBACH, K. (1996): Das Strafvollzugsgeetz – Anspruch und Wirklichkeit. Ein Resümee nach 20 Jahren. In: Stomps, H.G.; Winchenbach,

K.; Wirth, H.-J., Hrsg.): Strafvollzug: Bessern oder Verwahren. Standortbestimmung nach 20 Jahren Strafvollzugsgesetz. Psychosozial 19, H. II (Nr. 64), S. 7-20

WINKLER, P. (1995): Hilfen im Drogennotfall und bei Erkrankungen infolge Drogengebrauchs. In: Heudtlass, J.-H.; Stöver, H.; Winkler, P. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt/M.

WULF, R. (1998): Innerbehördliche Offenbarungs- und Schweigepflichten psychotherapeutischer Fachkräfte im Strafvollzug. In: Recht und Psychiatrie 16, H.4/98, S. 185-192

WÜST, G. (1990): Die Arbeit der Berliner AIDS-Hilfe mit Gefangenen. In: D.A.H.-Aktuell, Jan./Febr. 1990, S. 24ff

ZESSAR, E. (1998): Gesundheitliche Zwangsmaßnahmen im Strafvollzug – Zwangsuntersuchung, Zwangsernährung und AIDS-Prophylaxe. In: Bundesministerium für Justiz/Österreich (Hrsg.): Menschenrechte im Strafvollzug. Wien

ZETTEL, D. (1988): Anstaltsarzt und ärztliche Versorgung. In: Schwind, H.-D./G. Blau (Hrsg.): Strafvollzug in der Praxis. 2. Aufl. Berlin 1988, S. 193 – 208.

ZYKA-MENHORN (1999): Mehr HIV- und HCV Doppelinfektionen. 7. Münchner AIDS-Tage. In: Dtsch. Ärzteblatt 96, H. 6 v. 12.2.1999, S. B-256