

Vorwort

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 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.

Der Interaktionsprozeß ist sowohl von gemeinsamen Interessen und Zielvorstellungen geprägt, als auch von divergierenden, wechselseitig aufeinander bezogenen Orientierungen. Eine Kooperation im komplexen Handlungsfeld Justizvollzug verlangt eine integrative Sicht und eine Offenheit gegenüber den unterschiedlichen Positionen und institutionellen Bedingungen. Vor diesem Hintergrund haben sich Kommunikations- und Kooperationsstrukturen entwickelt, die eine tragfähige und konstruktive Basis für die Arbeit der sozial-wissenschaftlichen Begleitforschung bilden. Deshalb sei an dieser Stelle allen am Forschungsprozeß Beteiligten unser Dank ausgesprochen: den Suchtbeauftragten der beiden Anstalten, Frau Buermeyer, Herrn Sawallisch und Herrn Schaper als verlässliche AnsprechpartnerInnen, den verantwortlichen Anstaltsärzten, Herrn Keppler und Herrn Mankewitz, den Anstaltsleitungen, Herrn Krenz, Herrn Ebel und Herrn Schauer, den Bediensteten beider Anstalten, den studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, der Auftraggeberin Frau Ministerin Heidrun Alm-Merk, und nicht zuletzt den betroffenen Inhaftierten, die durch ihre Mitarbeit die Perspektive der Zielgruppe des Modellprojektes erst eröffneten.

Besonderer Dank gilt Frau Dorit Pfefferkorn für ihre unermüdliche Arbeit am Textsatz und an Korrekturen des vorliegenden Berichtes.

Auf den vorliegenden Bericht folgen zwei weitere Veröffentlichungen. In einem Zwischen- und Endbericht werden vertiefende und analytische Fragestellungen bearbeitet.

Der Eröffnungsbericht veröffentlicht die Arbeitsinhalte und -methoden der sozial-wissenschaftlichen Begleitung in der Eröffnungsphase des Modellprojektes. Demzufolge hat er dokumentatorischen Charakter und hält erste Ergebnisse vor. Er dient zur Information des Auftraggebers und ist darüber hinaus als Publikation für eine interessierte Fachöffentlichkeit gedacht.

Oldenburg, September 1996

Zusammenfassung

Der vorliegende Eröffnungsbericht ist eine erste Bilanz des Modellprojektes „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“. Das Modellprojekt hat zum Ziel, die gesundheitliche Lage der Inhaftierten in Bezug auf Drogenabhängigkeit und virale Infektionen, wie HIV und Hepatitis, durch zielgruppengerechte Präventionsmaßnahmen zu verbessern. Erstmals in Deutschland wurde in Niedersachsen in den Justizvollzugsanstalten für Frauen in Vechta (ab 15.04.1996) und für Männer in Lingen I Abt. Groß-Hesepe (ab 15.07.1996) damit begonnen, auch in Haft den i.v. drogenabhängigen Gefangenen solche infektionsprophylaktischen Angebote zu machen, die sich außerhalb des Strafvollzuges als machbar und effektiv in Bezug auf eine Verminderung von Neuinfektionen erwiesen haben.

Das auf zwei Jahre ausgelegte Modellprojekt wird parallel zu den Maßnahmen der Projektrealisation in beiden Anstalten und der medizinisch-wissenschaftlichen Begleitung durch die Anstaltsärzte von einer ForscherInnengruppe der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg sozialwissenschaftlich im Rahmen einer Evaluationsstudie begleitet. Die Begleitforschung hat die Aufgabe einer sachlichen Darstellung des Projektprozesses. Der zentrale Fokus liegt dabei vor allem auf der Beurteilung

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

Die als Längsschnitt konzipierte Untersuchung zielt mit einem multimethodalen Ansatz darauf hin, bei allen Statusgruppen des Vollzuges, die verschiedenen Dimensionen von Wissen, Einstellungen/Haltungen und Verhaltensweisen zu analysieren. Die Forschungsmethodik orientiert sich sowohl an einer theorie- und hypothesengeleiteten Vorgehensweise, als auch an explorativen Formen der Forschungskommunikation, unter besonderer Berücksichtigung prozeßbedingter Dynamiken, die durch Initiierung der Projektphase zu erwarten sind. Geplant ist zudem eine Verschränkung der sozial-

wissenschaftlichen Erkenntnisse mit den medizinischen Untersuchungsergebnissen ausgewählter Themenbereiche. Alle erhobenen Daten werden streng vertraulich und anonym behandelt.

Die Diskussion zur HIV-Prävalenz und zu Serokonversionen in Haft ist 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. Serologische Untersuchungen aus den beiden Anstalten des Modellversuchs bestätigen diese Tendenz. Demgegenüber kommen externe Untersuchungen bezüglich HIV-Infektion und Haftaufenthalt (und dort fortgesetztem intravenösen Drogenkonsum) zu abweichenden empirischen Ergebnissen, mit eindeutig höheren Betroffenenzahlen. Eine rasante Dynamik von Hepatitis-Infektionen zeichnet sich unter i.v. Drogenabhängigen sowohl innerhalb wie auch außerhalb des Strafvollzuges ab. Ergebnisse der anstaltsinternen serologischen Messungen bestätigen diese Entwicklung.

Hohe Infektionsraten Inhaftierter ziehen nicht nur individuelle Krankheitsprozesse und Notlagen Betroffener nach sich. Langfristig ist auch ein Anwachsen der Folgekosten durch steigende Leistungsanforderungen an soziale und medizinische Unterstützungsdienste absehbar. Die gesellschaftspolitische Relevanz der Problematik „Infektionsrisiken im Justizvollzug“ wird deutlich. Ein Anerkennen 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 Infektionsprophylaxe und allgemeine Gesundheitsförderung im Justizvollzug zu machen. Als Folge dieser Problemeinschätzung sind Überlegungen und politische Initiativen für erste Maßnahmen einer verbesserten Prävention, einschließlich einer Vergabe steriler Spritzen, entstanden.

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 Reali-

tät 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 Meinungbildungsprozeß in Bezug auf die Einführung eines Modellprojektes erfolgte sowohl in anstaltsinternen Arbeitskreisen, als auch im intensiven Austausch mit den beiden Schweizer Modellprojekten. Der Entscheidungsfindungsprozeß für die Installation des Modellprojektes fand auf allen Beteiligtebenen 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 wurden im Prozeß der Konzeptionsentwicklung der Anstalten informiert, um einen breiten Konsens und Unterstützung zu erhalten.

Die beiden Anstalten des Modellprojektes 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 Gesundheitsför-

derung. 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.

Die Spritzenumtauschangebote sind in beiden Anstalten installiert. Ihre Frequentierung verläuft unterschiedlich: während in der JVA für Frauen bereits vor Beginn der Maßnahme eine erhebliche Zahl von Frauen ihr Interesse an der Teilnahme am Modellprojekt signalisiert hat, verlief der Start in der Männerhaftanstalt Lingen I Abt. Groß-Hesepe zunächst ruhiger; eine Erhöhung der Teilnehmerzahl auf ein relativ konstantes Niveau wurde jedoch kurz nach Beginn des Projekts verzeichnet. Die Gefangenen halten die Regeln für die Nutzung der Spritzenabgabe in einem hohen Maße ein: Lediglich in der JVA für Frauen in Vechta kam es in wenigen Einzelfällen zu besonderen Vorkommnissen aufgrund nicht-sachgemäßer Lagerung der Spritzen im Haftraum. In beiden Anstalten wurden keine vermehrten Haft-raumkontrollen durchgeführt, die im Zusammenhang mit dem Modellprojekt stehen könnten. Auch die Zahl der Drogenfunde erhöhte sich im Untersuchungszeitraum nicht. Durch eine hohe Beteiligung der Bediensteten beider Anstalten an der ersten, aufwendigen Erhebung der sozialwissenschaftlichen Begleitung, kann eine Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit am Modellprojekt abgelesen werden.

I.
Theoretischer und dokumentierender
Teil der Studie

0 Einleitung

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. Das Gefängnis wird 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 in Strafanstalten Deutschlands ist trotz scharfer Kontrollen entweder gegenwärtig noch (mit unterschiedlichen Konsummustern und -frequenzen) oder war bis vor kurzem KonsumentIn illegaler, und hier vor allem intravenös applizierter Drogen.

Trotz gegenläufig ausgerichteteter sicherheitspolitischer Bestrebungen und entsprechender drogen- und suchtpreventiver Anstrengungen gehört intravenöser Drogenkonsum Inhaftierter zur Alltagsrealität von Justizvollzug.

Drogenkonsumbedingungen in Haft fördern eine Verbreitung von viralen Infektionen wie HIV und Hepatitisformen, wie einzelne Studien empirisch nachvollziehbar darstellen (vgl. Koch/Ehrenberg 1992, Kleiber/Pant 1996).

Hohe Infektionsraten Inhaftierter ziehen nicht nur individuelle Krankheitsprozesse und Notlagen Betroffener nach sich. Langfristig ist ein Anwachsen der Folgekosten durch steigende Leistungsanforderungen an soziale und medizinische Unterstützungsdienste absehbar. Angesichts der spezifischen Ausbreitungsdynamik unter der Inhaftiertenpopulation mit ihren möglichen und wahrscheinlichen Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit rückt Justizvollzug unter o.a. Gesichtspunkten mit entsprechender Fürsorgepflicht in das Interesse öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Die gesellschaftliche und damit politische Relevanz der Problematik „Infektionsrisiken im Justizvollzug“ wird deutlich.

Ein Anerkennen 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 Infektionsprophylaxe und allgemeine Gesundheitsförderung im Justizvollzug zu machen.

Als Folge dieser Problemeinschätzung sind Überlegungen und politische Initiativen für erste Maßnahmen einer verbesserten Prävention einschließlich der Abgabe steriler Einwegspritzen entstanden.

Als Ergebnis und praktische Konsequenz eines umfangreichen inhaltlichen und politischen Auseinandersetzungsprozesses im oben angeführten Spektrum ist das Modellprojekt „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ vom Niedersächsischen Justizministerium initiiert und in der JVA für Frauen in Vechta seit 15.4.1996 und in der JVA für Männer Lingen I Abt. Groß-Hesepe seit 15.7.1996 eingerichtet worden.

Die Empfehlungen der von der Niedersächsischen Justizministerin, Frau Heidrun Alm-Merk, eingesetzten Expertenkommission dienen als Grundlage für einen Kabinettsbeschuß der Niedersächsischen Landesregierung, in den beiden Justizvollzugsanstalten modellhaft für einen Zeitraum von zwei Jahren eine Spritzenabgabe an drogenabhängige Gefangene durchzuführen. Diese instrumentelle Präventionsmaßnahme wird unterstützt durch flankierende Angebote zur Information und Schulung von InsassInnen und Bediensteten zum HIV- und Hepatitis-Infektionsgeschehen, „Safer use“-Techniken bei intravenösem Drogenkonsum und „Safer-sex“-Möglichkeiten innerhalb und außerhalb der Haft.

Diesem innovativen infektionsprophylaktischen Vorgehen wird explizit der Modellcharakter eines komplexen sozialen Experiments mit ergebnisoffener Praxisorientierung der Projektmaßnahmen zugeordnet. Eine systematische Gesamtschau und abschließende inhaltliche Einordnung des Projektprozesses soll eine erfahrungswissenschaftlich gestützte Entscheidungshilfe über eine mögliche praktisch/politische Verwertbarkeit und Weiterentwicklung der Praxiserfahrungen liefern. Zu diesem Zweck ist eine externe wissenschaftliche Begleitung als Bedingung für die Durchführung des Modellprojektes vom Niedersächsischen Justizministerium als Auftraggeber ausgewiesen und eingesetzt.

Mit den Forschungsperspektiven Akzeptanz, Machbarkeit und Effizienz der Modellpraxis unter Einbezug aller am Projektgeschehen beteiligten Gruppen werden projektrelevante Informationen und Daten systematisch gesammelt und ausgewertet und der Projektverlauf detailliert dokumentiert und veröffentlicht.

Der vorliegende Eröffnungsbericht gibt erste Einblicke in das Selbstverständnis, die Konzeption und die Forschungsarbeit der sozial-wissenschaftlichen Begleitung.

Die Ausführungen beabsichtigen,

- einen Überblick über die theoretischen Grundlagen und epidemiologischen Zusammenhänge „Justizvollzug und Infektionsrisiken“ zu verschaffen,
- Einblick in die Aufgabenstellung der wissenschaftlichen Begleitung zu geben,
- den Leserinnen und Lesern Transparenz des geplanten Forschungsvorgehens und -prozesses zu ermöglichen,
- die Vorgeschichten und die konkrete Projektpraxis in den Anstalten Vechta und Groß Hesepe mit den ersten Erfahrungen nach Projektbeginn herauszuarbeiten.

Der Eröffnungsbericht gliedert sich wie folgt:

- Im theoretischen Teil des Berichts werden zunächst nähere Informationen zu Auftrag, Anlage und Durchführung der Studie gegeben (Kapitel 1).
- Einen einführenden Einblick in die besondere Problematik viraler Infektionen unter intravenös (i.v.) konsumierenden Drogenabhängigen im Justizvollzug gibt Kapitel 2.
- In Kapitel 3 können interessierte LeserInnen detaillierte Informationen über die Genese und verschiedenen Stadien des Projektvorlaufs sammeln, die anhand zahlreicher Zitate aus Gremien und Projektgruppen zusammengestellt wurden.
- Kapitel 4 leitet über zum methodischen Teil des Berichts. Aufgezeigt werden wesentliche methodologische Vorüberlegungen zum Forschungsansatz.
- Mit dem standardisierten Teil der Studie beschäftigt sich Kapitel 5. Um zu wissenschaftlich abgesicherten und aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen, wird hier der Weg einer empirischen Untersuchung unter Bezugnahme auf das Modellprojekt nachgezeichnet. Dazu gehört die Vorstellung zentraler Forschungshypothesen ebenso wie ein Überblick über das Forschungsinstrumentarium und den daraus abgeleiteten Meßvariablen. Da der neu entwickelte Fragebogen bisher keiner Qualitätskontrolle unterzogen wurde, wird dies anhand statistischer Zuverlässigkeitsparameter nachgeholt.

- Während Kapitel 5 den quantifizierbaren Erhebungsteil schildert, fokussiert Kapitel 6 ergänzende qualitative Anteile der Studie. Für die einzelnen Statusgruppen wird dazu deren besondere Position und Stellung zum Modellprojekt definiert und dann auf die besonderen Möglichkeiten eines halb-strukturierten Interviews übertragen. Verschiedene Formen der Datenerhebung werden diskutiert und in ihrer Relevanz für die verschiedenen Untersuchungsgruppen aufgezeigt.

Der abschließend vorgestellte Ergebnisteil gibt in den Kapiteln 7-12 zunächst einen ersten Überblick über die Erfahrungen mit dem Modellprojekt gemäß der derzeitigen Datenlage.

1 Auftrag und Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung

Die Maßnahmen zur „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ sind als Modellversuch konzipiert. Entsprechend lassen sich die allgemeinen Charakteristika für Modellprojekte anwenden, die als *Erprobungsvorhaben* neuer Praxiskonzepte und -methoden konzipiert sind, *Erkenntnisfunktion* über Praktikabilität und Effizienz besitzen, um damit *innovative Anstöße* für Perspektiven von Konzeptweiterentwicklungen geben zu können und dies auf der Basis systematischer Ergebnisse einer *wissenschaftlichen Begleitforschung*.

Das Aufgabenspektrum der wissenschaftlichen Begleitung umfaßt folgende Bereiche (vgl. Dietzel/Troschke 1989):

- Dokumentation des gesamten Modellprojektprozesses;
- laufende Analyse des Projektverlaufs und Rückmeldung an die Praxis;
- detaillierte Ergebnisdokumentation und -interpretation als Orientierungshilfe für die abschließende (politische) Bewertung;
- Überprüfung möglicher Übertragbarkeit auf andere Präventionsvorhaben.

Die sozial-wissenschaftliche Begleitung für das Modellprojekt wird parallel zu den Maßnahmen der Projektrealisation in den beiden Anstalten und der medizinisch-wissenschaftlichen Begleitung durch die Anstaltsärzte von einer ForscherInnengruppe der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg durchgeführt.

Sie hat zunächst die Aufgabe einer sachlich-realistischen Darstellung des Projektprozesses, gemäß einer von unterschiedlichen Beteiligteninteressen unabhängigen Beurteilung des Nutzens und der Effektivität der Maßnahme. Entsprechend dem Empfehlungsbericht der Expertenkommission soll eine wissenschaftliche Begleitung stattfinden, um „... zum einen die Wissenslücken über Drogen, Drogenkonsum, HIV- und Hepatitisinfektionen in Haftanstalten zu schließen, zum anderen, um allgemeingültige praxisrelevante Empfehlungen für eine AIDS- und Hepatitisprävention zu erhalten“ (S. 37). Die Fragestellungen für das Modellprojekt wurden vom Träger nicht detaillierter formuliert. Ein praxisbezogenes Forschungsvorgehen unter Einbezug aller Beteiligten und eine ergebnisoffene Orientierung sind gefordert.

Die wissenschaftliche Begleitung ist auf zwei Jahre angelegt. Sie wendet sich an die drei Statusgruppen des Vollzuges, Gefangene, Bedienstete, Leitung. Die Untersuchung zielt darauf, die verschiedenen Dimensionen von Verhalten, Wissen, Einstellungen/Positionen und Einschätzungen zu systematisieren und zu analysieren.

Zu verschiedenen Zeitpunkten (vorher/währenddessen/zum Ende der Laufzeit der Interventionen, d.h., Spritzenabgabe und flankierendes Präventionsprogramm für Bedienstete und Gefangene), werden mit jeweils darauf abgestimmten Datenerhebungsmethoden Ergebnisse gewonnen, die Aussagen darüber erlauben, ob

- die Maßnahme machbar ist,
- sie Akzeptanz unter den verschiedenen Statusgruppen erfährt,
- sie effizient ist im Hinblick auf das Drogengebrauchsverhalten der Betroffenen (Häufigkeit des Konsums, Dosisveränderungen, needle sharing),
- sie Einstellungsänderungen gegenüber Risikoverhaltensweisen und zu einer Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Gefangenen beiträgt.

Darüber hinaus soll überprüft werden, ob 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.

Die so gewonnenen Erkenntnisse werden nach einer Einverständniserklärung der Beteiligten in anonymisierter Form mit medizinisch erhobenen Untersuchungsergebnissen, der Dokumentation der Automatenutzung und den vollzuglichen Daten abgeglichen. Erst die Gesamtschau dieses empirisch erhobenen Materials ermöglicht aussagekräftige Ergebnisse über das Infektionsgeschehen, gesundheitliche Verbesserungen, die Effizienz der Vergabemodalitäten und die anstaltliche Praxis und Politik.

Letztlich darf nicht vergessen werden, daß die Durchführbarkeit eines Modellprojektes und die Untersuchungsbedingungen der wissenschaftlichen Begleitung von der Akzeptanz der Arbeitsweisen und einer breiten Unterstützung aller in die Untersuchung einbezogener Statusgruppen abhängen.

1.1 Begleitforschung als dynamischer Prozeß

Die wissenschaftliche Begleitung versteht sich als ein prozeßorientiertes dynamisches Verfahren, d.h., sie strebt bereits während der Laufzeit der

Interventionsmaßnahmen einen regelmäßigen Austausch mit den im Untersuchungsfeld agierenden Gruppen an: Leitung, Bediensteten, Personalvertretung, Gefangenenvertretung, Ministerium für Justiz. Aufgrund der Langfristigkeit des Projektes empfiehlt sich ein dynamisches Vorgehen, um ggfs. Tendenzen, unvorhersehbare Störungen und unerwünschte Effekte bereits während der Projektphase aufzuzeigen und flexibel Vorschläge für eine, auf die aktuelle Situation angemessene, Reaktion zu unterbreiten.

Dynamische Prozeßbegleitung bietet nicht nur für die angestrebte Handlungsoptimierung der Projektpraxis Vorteile, sondern fühlt sich auch ethischen Gesichtspunkten verpflichtet. Falls unerwünschte Nebeneffekte mit unter Umständen personenschädigenden Wirkungen identifiziert werden, verlangt ein verantwortungsbewußter Umgang mit Wissen ein sofortiges Reagieren und korrigierendes Eingreifen in den laufenden Prozeß.

Der dynamische Ansatz findet sich ebenfalls im konkreten Forschungshandeln der sozialwissenschaftlichen Begleitung wieder. Verändern sich die Rahmenbedingungen der Forschungssituation und des Modellprojektes, müssen Teile der (qualitativen) Erhebungsinstrumentarien überarbeitet und angepaßt werden. Mit Forschungsfeldveränderungen ist im Justizvollzug immer zu rechnen aufgrund der hohen Fluktuation unter den Inhaftierten, vor allem im Frauenvollzug. Über die gesamte Laufzeit des Projektes werden Inhaftierte neu aufgenommen, die sich, je nach Erfahrungshintergrund der Mitgefangenen, durch das Modellprojekt in andere Verhältnisse begeben, als vor Projektbeginn. Diesem Veränderungsprozeß ist beispielsweise durch Modifikation und Aktualisierung der Erhebungsinstrumente Rechnung zu tragen, um Verzerrungen weitgehend vermeiden zu können.

1.2 Wirkfaktoren von Evaluationsforschung

Üblicherweise übernehmen Evaluationsforschungsprojekte die Aufgabe, wissenschaftlich fundiert zu prüfen, inwieweit die selbstgesteckten Ziele eines Modellversuchs wirksam erreicht werden. Ein weiterer Arbeitsauftrag kann darin bestehen, die Ergebnisse von Modellprojekten auf eine Übertragbarkeit auf andere, ähnlich organisierte Bereiche und Institutionen zu überprüfen.

Das Untersuchungsfeld für sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung besteht dann in der Analyse von Organisationsgefügen, Tätigkeiten von MitarbeiterInnen, Hierarchien, Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen.

Schneider (1993:220) kritisiert an diesem Vorgehen, daß Arbeitsfeld- und Institutionenanalysen ausschließlich auf die Erfassung der inneren Struktur des jeweiligen Handlungssystems abzielen, „ohne die Betroffenen einzu-beziehen“.

Tendenziell bezieht sich diese kritische Einschätzung auch auf die Bedingungen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ als einer Auftragsuntersuchung, die vornehmlich auf Machbarkeit, Akzeptanz und Erfolg im Hinblick auf Risikoreduktion orientiert ist.

Für den Wirkungsbereich des vorliegenden Erkenntnisinteresses kann allgemein gegen diese kritische Sicht angeführt werden, daß in einem vernachlässigten Forschungsfeld wie „Drogenkonsumbedingungen und Infektionsrisiken im Justizvollzug“ jede erfahrungswissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung als Anreicherung sinnvoll und praxisförderlich sein kann.

Bezogen auf die konkreten Absichten unserer Begleitforschung trifft die Kritik insofern nicht zu, als daß über die Praxis einer prozeßbegleitenden Erhebung angestrebt wird, wissenschaftliche Begleitung nicht nur über die nach Abschluß veröffentlichten Resultate, mit denen die Beteiligten nur noch in Berichtform konfrontiert werden, zu definieren. Die Projektdynamik wird extern aber nicht distanziert begleitet. Es erfolgt eine Rückführung zwischenzeitlich gewonnener Ergebnisse in die Praxis, somit eine handlungsorientierte, begleitende Entwicklungsforschung. Das Forschungsinteresse gilt nicht nur den OrganisatorInnen der Maßnahme, den MitarbeiterInnen der Institution, die Entscheidungsmacht über Praxisgestaltung haben, sondern es geht ebenso um Forderungen, Befürchtungen, Erwartungen aller Beteiligten, auch um die der NutzerInnen des Modellprojekts, also der Zielgruppe selbst. Mit Blick auf zielgruppenadäquate Präventionsangebote und damit letztlich auf die Akzeptanzkriterien und Wirksamkeit sind die Gestaltungs- und Verbesserungsvorschläge der Inhaftierten von Interesse. Die subjektiven Bewertungskriterien aller Akteure gehen in den Forschungsprozeß ein. Die Mitglieder der beteiligten Gruppen werden Definitionen über den Nutzen und die Projektziele erstellen, die es zu analysieren gilt. Die Kenntnis der zielgruppenspezifischen Definitionen, die verschiedenen subjektiven Perspektiven von Ansprüchen, Erwartungen und Befürchtungen können in der Gesamtschau aller Daten dazu beitragen, Handlungskonzepte zu modifizieren, sie bedürfnisgerecht zu gestalten.

2 *Epidemiologische Entwicklung viraler Infektionen (HIV/AIDS und Hepatitiden) im Justizvollzug*

Unsere Studie fokussiert auf sozial-wissenschaftlich erhobenen Daten zur Infektionsprophylaxe im Justizvollzug, d.h. im wesentlichen geht es uns um die Erhellung der Dimensionen von Existenz, Prävalenz und Veränderung von infektionsrelevantem Verhalten, Drogengebrauch, Wissen über Risiken und Präventionsmöglichkeiten und Einstellungen zum Modellprojekt. Eine Verschränkung unserer Erkenntnisse mit denen der medizinischen Erhebung (siehe Kap. 9) ist aus der datenschutzrechtlichen Anlage der medizinischen Erhebung möglich und vorgesehen. Von Interesse in dieser Kooperation sind sowohl Daten zur allgemein-gesundheitlichen Lage, als auch im besonderen zum Serostatus und seiner Entwicklung der Untersuchten. Im Kontext dieser Kooperation und eines wissenschaftlichen Austausches werden im folgenden theoretische Grundlagen sozialepidemiologischer Untersuchungen dargestellt. Vorab werden die im Zusammenhang von Infektionskrankheiten und Drogengebrauch stehenden besonderen Probleme des Untersuchungsfeldes Justizvollzug erörtert.

2.1 **Probleme der Bestimmung der epidemiologischen Situation**

In den meisten Bundesländern wird Gefangenen eine HIV-Testung bei der Eingangsuntersuchung auf freiwilliger Basis¹ angeraten. Die Testergebnisse werden zusammengefaßt in den Statistischen Quartalerhebungen über HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in den Landesjustizverwaltungen². Die Ergebnisse dieser Erhebungen müssen vor dem Hintergrund betrachtet werden, daß ein erheblicher Teil der Gefangenen einen HIV-Test ablehnt: Zum

-
- 1 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.
 - 2 Fünf Bundesländer (Berlin, Brandenburg, Freie Hansestadt Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen) beteiligen sich gegenwärtig nicht an dieser statistischen Erhebung.

Stichtag des 1. Quartals 1996 wiesen die Quartalerhebungen einen Bestand von 58.857 Gefangenen aus, wovon 46% der Gefangenen auf HIV-Antikörper untersucht war - 1% davon war HIV-AK-positiv.

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 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 nahezu legen“ (Göttinger 1994:54).

Es existiert also ein erhebliches Dunkelfeld von Gefangenen auch aus Hauptrisikogruppen, über deren Infektionsstatus nichts ausgesagt werden kann. Auch wenn die Mehrzahl der Länder die testablehnenden Gefangenen als „eher HIV-unverdächtig“, weil keiner Hauptbetroffenengruppe zugehörig, einstuft (BMG 1995:8).

Eine weitere Schwierigkeit, im besonderen Untersuchungsfeld „Justizvollzug“ zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, betrifft die angewandte Methode. Die oben genannten Quartalerhebungen beziehen sich lediglich auf Querschnittsuntersuchungen, die keine Aussagen über die Qualität und innere Dynamik einer Infektion innerhalb einer Hauptbetroffenengruppen, etwa der Drogenabhängigen treffen können. Prävalenzveränderungen in den Untersuchungsgruppen können ebensowenig gezeigt werden, wie eine schnelle und exakte Erfassung der Dynamiken von Übertragungen von Infektionskrankheiten und widersprüchliche Infiziertenraten (einzelner Untergruppen, die stark von der Durchschnittsprävalenzrate abweichen). Dies gilt insbesondere für Serokonversionen und spontan auftretende Infektionsketten (vgl. beispielhaft: Taylor u.a. 1994). Insofern bilden diese Querschnittsuntersuchungen, weil sie am Beginn der Inhaftierung durchgeführt werden, eher die „Morbiditylast“ (vgl. Kirschner 1993:101), der Gefangenen ab.

In aller Regel unterbleiben HIV-Nachtestungen bei den Abschlußuntersuchungen, so daß für die Haftzeit möglicherweise aufgetretene Serokonversionen nicht erfaßt werden können. Lediglich Baden-Württemberg hat in einer knapp zweijährigen Testreihe zumindest Wiederholungstest mit wenigen Testverweigerern durchgeführt. Eine konsequente Nachuntersuchungspraxis würde außerdem bedeuten, daß nach Haftentlassung und nach der Phase der Feststellbarkeit von HIV-Antikörpern ein weiterer Test durchgeführt werden müßte. Aufgrund des Mangels an längsschnittlich erhobenen Seroprävalenzdaten für den Vollzug, sind Serokonversionen in Haft in den meisten Bundesländern auch nicht bekannt; lediglich in Berlin und Hessen wurden jeweils zwei Fälle in den letzten Jahren bekannt (BMG 1995:9).

Darüber hinaus läßt sich feststellen, daß sich die systematische Testpraxis lediglich auf HIV-Infektionen bezieht. Die Fokussierung auf HIV-Infektionen spiegelt die öffentliche Wahrnehmung von HIV/AIDS als die zentrale gesundheitspolitische Herausforderung wieder. Allerdings sind Hepatitis-Infektionen gerade bei intravenös Drogen applizierenden Gefangenen quantitativ erheblich höher einzuschätzen. Dieses epidemiologische Faktum wurde allerdings im Schatten der öffentlichen und fachöffentlichen AIDS-Debatte in seiner Bedeutung unterschätzt; erst in den letzten Jahren hat sich ein Problembewußtsein bei allen im Vollzug involvierten Gruppen entwickelt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die gegenwärtigen Erhebungen des Serostatus allein keine Transparenz bezüglich Ausbreitung und Dynamik oben angegebener Infektionen herstellen kann.

Erst die Hinzunahme weiterer Datenquellen³ lassen - unter Berücksichtigung unterschiedlicher Zielsetzung, Methodik - epidemiologisch sinnvolle Aussagen über die derzeit stark verbreiteten Infektionskrankheiten (Hepatitis und HIV) zu und können ggf. haftbedingte Einflußgrößen für die Infizierung und zeitliche Entwicklungsverläufe des Infektionsgeschehens in der Risikopopulation i.v. DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug identifizieren.

3 Vor allem Seroprävalenzstudien im Justizvollzug mit sozialwissenschaftlich erhobenen Schwerpunkten wie Verhaltens- und Einstellungsdaten und soziodemographische Parameter, Auswertung medizinischer Akten, Biographieforschung. Zu überlegen sind hier auch anonyme, von externen Untersuchern durchgeführte, Seroprävalenzstudien und Nachuntersuchungen der Gefangenen bei Entlassung.

Keinesfalls soll hier im Sinne vermehrter Datensammlung eine Praxis der „Zwangstestung“ zu Forschungszwecken angeregt werden: Es geht nicht unbedingt um die Quantität serologischer Befunde, sondern um die Qualität der Daten (Längsschnitt).

Eine Identifizierung spezifischen Risikoverhaltens in Haft, individueller Risikobereitschaften, vorhandenem Risikobewußtseins, von Risikomanagement in Verbindung mit biographischen Prozessen erschließt praxisweisende Informationen für sinnvolle Präventionsmaßnahmen.

2.2 Prävalenz im Justizvollzug von i.v. Drogenkonsum und Infektionskrankheiten (HIV/AIDS und Hepatitiden) im Justizvollzug

Mit einer Zunahme des Anteils der intravenös Drogen applizierenden Gefangenen in den Strafanstalten haben sich auch die in den letzten 20 Jahren in Freiheit massiv auftretenden Infektionskrankheiten HIV/AIDS und die Hepatitiden A, B und C unter drogenkonsumierenden Gefangenen bzw. im Justizvollzug ausgebreitet⁴. Diese Feststellung läßt sich für alle europäischen Länder treffen. Gleichzeitig, so stellt Tomasevski (1992:61) in ihrer europäischen Analyse der medizinischen Versorgung in den Gefängnissen fest, bilden Drogenmißbrauch, psychische Gesundheit und Infektionskrankheiten die zentralen Probleme des Justizvollzuges (vgl. auch BMG 1995:2).

Als Hauptübertragungsweg von HIV und insbesondere Hep. B u. C muß im Justizvollzug die Gemeinsambenutzung insterilen Spritzbestecks (needle sharing) betrachtet werden. Während Kleiber/Pant (1996:176) feststellen, daß der Anteil derjenigen, die ihre Spritze mit anderen DrogenkonsumentInnen tauschen, in den Jahren von 1988 bis 1992/3 signifikant zurückgegangen ist, fällt jedoch deutlich auf, daß sich dieser Trend nicht für die Haftanstalten bestätigt. Das Risikoverhalten Spritzentausch ist hier über die Jahre relativ konstant geblieben.

In unserer Studie ist unter anderem zu fragen, wie sich das Risikoverhalten (Übernahme und Weitergabe einer gebrauchten Spritze) tatsächlich im Anstaltsalltag vollzieht, und ob sich bestimmte Risikomuster wiederfinden lassen, die Kleiber/Pant (1996:183f) berichten: „Die Bereitschaft, in Kennt-

4 Von HIV/AIDS und anderen Infektionskrankheiten (Hepatitiden) im Justizvollzug sind überwiegend (ehemalige) DrogenkonsumentInnen betroffen.

nis eines positiven Serostatus Spritzbestecke nach eigenem Gebrauch weiterzugeben, ist überdurchschnittlich, wenn der Empfänger anonym ist bzw. eine objektive Mangelsituation gegeben ist wie z.B. im Justizvollzug“.

2.2.1 Prävalenz von Drogengebrauch im Justizvollzug

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, die außerhalb des Justizvollzuges durchgeführt worden sind, weisen übereinstimmend aus, daß die von ihnen befragten DrogengebraucherInnen zu etwa zwei Dritteln Haftverfahren hatten - durchschnittlich mehr als 12 Monate (Koch/Ehrenberg 1992:53; Kleiber/Pant 1996).

Empirische Befunde zeigen weiterhin auf, daß DrogengebraucherInnen längere Haft- als Therapiezeiten aufweisen (AMSEL-Studie 1991: 342ff).

Das Gefängnis wird im Verlauf der Drogenkarriere phasenweise zur dominanten Lebenswelt vieler DrogengebraucherInnen. Insgesamt geht man für Deutschland von einer Zahl von etwa 10-20.000 inhaftierten Drogenabhängigen aus, d.h. etwa jede/r dritte bis sechste Gefangene⁵⁶ ist trotz scharfer Kontrollen entweder gegenwärtig noch (mit unterschiedlichen Konsummustern und -frequenzen) oder war bis vor kurzem Konsument/in illegaler, und hier vor allem intravenös applizierter Drogen.

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.

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

6 Vgl. auch eine Erhebung des Baden-Württembergischen Justizministeriums zur Zahl der Drogenabhängigen in Haft (zit. bei Göttinger u.a. 1994:43). Bei der Zugangsuntersuchung wurden 1993 innerhalb eines Vierteljahres 3.600 Gefangene auf eine Therapie- oder Beratungsbedürftigkeit überprüft. Bei 30% war dies der Fall. Weibliche Gefangene waren mit 73,4% deutlich überrepräsentiert.

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 1994⁷ 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 Alkoholproblematik auf. Von den 103 Gefangenen mit allgemeiner Drogenproblematik konsumierten ca. 63% regelmäßig intravenös Heroin.

2.2.2 Prävalenz von viralen Infektionskrankheiten im Justizvollzug

2.2.2.1 HIV/AIDS

Die amtlichen Instrumentarien zur Erfassung von AIDS-Erkrankungen und Neuinfektionen (AIDS-Fallregister und Meldungen nach der Laborberichtsverordnung) beim Robert-Koch-Institut in Berlin weisen in ihrem jüngsten „Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.95“ aus, daß sich sowohl die HIV-, als auch die AIDS-Inzidenz unter i.v. DrogenkonsumentInnen in den letzten Jahren stabilisiert hat.

Die Gesamtschau mehrerer neuerer Seroprävalenzstudien deutet auf eine abnehmende Verbreitung hin: Die HIV-Prävalenz unter Drogentoten betrug 9,2% (46 von 498) (Heckmann et al. 1993:86f), während von 183 untersuchten DrogennotfallpatientInnen in Hamburg 8,7% HIV-AK-positiv waren (Heckmann et al. 1993:139). Stark u.a. (1995) ermittelten unter 405 DrogenkonsumentInnen in Berlin eine HIV-Prävalenz von 18%.

Die größte bundesdeutsche epidemiologische Untersuchung des Zusammenhangs „Drogen und HIV/AIDS“ von Kleiber/Pant stellt in ihren drei Erhebungswellen einen Rückgang der HIV-Verbreitung unter den Befragten fest: von 19,4% (1988/89) über 16,4% (1990/91) auf 12,7% (1992/93). Dieser Zeittrend wird allerdings bei näherer Analyse relativiert durch eine Verschiebung innerhalb der untersuchten Populationsstruktur: mehr und mehr ältere, HIV-AK-positive Drogenabhängige verlassen zunehmend die Szene aktiver DrogengebraucherInnen und begeben sich in Substitutionsbehandlungen

7 Laut Angabe des Anstaltsleiters bei 165 Inhaftierten.

(zumindestens für Berlin). „Im ‘Kern’ der Drogenszene sind Neuinfektionen mit HIV nach unseren Schlüssen nicht zurückgegangen“ (Kleiber/Pant 1996:137) Untermauert wird diese Erkenntnis durch weiter vorhandenes Risikoverhalten der Befragten: Zwar sank der Anteil der unsteril Injizierenden zwischen 1988 und 1993 von zunächst 65% über 48% auf 40%, doch immer noch desinfiziert nur ein Viertel der „Spritzentauscher“ fremde Spritzutensilien effizient. „Die Risikobereitschaft (und damit das Risiko, sich über gemeinsamen Spritzbesteckgebrauch mit HIV zu infizieren), wuchs jedoch mit der sozialen Distanz des Tauschpartners und war in Haftkontakten besonders ausgeprägt“ (Kleiber/Pant 1996:257). Müller u.a. (1995) bestätigen hohe Nadelaustauschfrequenzen unter gefangenen Drogenabhängigen.

Während es also bei einem großen Teil der i.v. DrogenkonsumentInnen zu massiven 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. 1996:12).

Mehrere Studien außerhalb des Justizvollzuges belegen eine enge Korrelation zwischen dem ehemaligen Aufenthalt im Justizvollzug und der Verbreitung o.g. Infektionskrankheiten (Kleiber 1991:35; Müller u.a. 1995 m.w.N.). Stark/Müller (1994:2) 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 (1991:35) hat ebenfalls einen zwingenden Zusammenhang zwischen dem Aufenthalt im Justizvollzug 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 Haft Erfahrung (n=499) zu 10% HIV-AK-positiv waren, mit Haft Erfahrungen 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). Koch/Ehrenberg (1992:48) bestätigen diese Ergebnisse. Sie fanden unter ihren 660 Befragten eine doppelt so hohe HIV-Prävalenz bei 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 Zahl der mit HIV-infizierten DrogengebraucherInnen in Haft wird in Deutschland von offizieller Stelle (BMG 1995:6) bei den Männern zwischen 0,12%-2,8% und bei den Frauen zwischen 0,48% und 8% der Gefängnisbelegung angegeben⁸. Diese Zahlen müssen mit den eingangs skizzierten Einschränkungen bezüglich des Dunkelfeldes versehen werden. Innerhalb dieser Bandbreite liegen auch die Ergebnisse einzelner HIV-Prävalenzstudien im Justizvollzug (vgl. Albota 1993; Albota u.a. 1995; Nelles u.a. 1995:10; Keppler/Nolte/Stöver 1996).

In Baden-Württemberg ist bei einer bereits oben angesprochenen speziellen, knapp zweijährigen Testreihe bei „i.v. drogengefährdeten Gefangenen“ (n=6255) 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)⁹.

Die Statistischen Erhebungen über AIDS-Infektion und AIDS-Erkrankungen in den Landesjustizverwaltungen (siehe oben) geben kein vollständiges Bild der HIV/AIDS-Infektionen bzw. -Erkrankungen wieder. Von der Gefangenen Gesamtzahl¹⁰ von 58.857 waren zum Stichtag des 1. Quartals 46% (27.509) auf HIV-AK untersucht. Ein Prozent der getesteten Gefangenen war HIV-AK-positiv (im 4. Quartal 1995 waren 1,13% der untersuchten Personen HIV-AK-positiv).

8 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 1995:6

9 Im Rahmen der Testreihe lehnten durchschnittlich 10,8% der Gefangenen die systematische Wiederholungsuntersuchungen ab.

10 Ohne die eingangs erwähnten fünf Bundesländer.

Für Niedersachsen ergeben sich epidemiologische Informationen aus dem „Erhebungsbogen zu HIV-Antikörper-Untersuchungen in den Justizvollzugsanstalten des Landes“. Danach schwankt die Zahl der gefundenen HIV-AK-positiven Befunde seit 1990¹¹ zwischen 1,1% und 2,5%¹².

Der Anteil der erkennbar Drogenabhängigen an den positiv Getesteten betrug den Erhebungsbögen zufolge zwischen 66% und 92,5%.

2.2.2.2 Hepatitiden¹³

Hepatitis-Infektionen haben sich außerhalb des Vollzuges unter i.v. DrogenkonsumentInnen trotz bereitstehender infektionsprophylaktischer Hilfsangebote in hohem Maße verbreitet. 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: Sei es in der gemeinsamen Benutzung von Spritzen oder von Spritzutensilien bzw. Drogen. Schließlich muß der epidemiologische Hintergrund in Betracht gezogen werden: Es ist bereits ein hoher Prozentsatz der Angehörigen der Drogenszene mit Hepatitiden infiziert; das Risiko sich zu infizieren bei vereinzelt oder selbst einmaligen Unachtsamkeiten und mangelndem hygienischen Verhalten, ist bereits enorm hoch.

Einzelne in Deutschland ausgeführte Prävalenzstudien¹⁴ ermittelten in ihren Kollektiven eine Hepatitis-B-Verbreitung von 36,6% bis 58% (Heckmann 1993:87/139; Stark u.a. 1995:331) und eine Hepatitis-C-Verbreitung zwischen 43,9% und 83% (Heckmann u.a. 1993:87/139; Stark u.a. 1995:331).

11 ohne 1992

12 Diese Angabe sind nicht vollständig, da die JVA Hannover keine Zahlen liefern kann.

13 Zur medizinischen Beurteilung der Hepatitisproblematik siehe Gölz (1995:328) und Göttinger (1994: 56ff).

14 Im Pilotprojekt Hindelbank war eine deutlich niedrigere Hepatitis-C-Prävalenz gefunden worden (7% von 94), die aufgrund der vorliegenden Daten nicht geklärt werden konnte. Von den untersuchten 94 Patientinnen waren 18% Hep.-B-positiv und 30% Hep. B und C-positiv (Nelles u.a. 1995:11).

Außerhalb des Justizvollzuges stellten Rieger-Ndakorerwa u.a. (1994) in ihrer infektionsepidemiologischen Arbeit eine relative und absolute Zunahme vor allem der infektiösen Hepatitis B bei den Risikogruppen „i.v. Drogenabhängige“ und „Insassen von Haftanstalten“ fest – ihr Anteil liegt jeweils um ein Vielfaches über deren vermuteten Bevölkerungsanteil. Auch bei den von Laufs und anderen (1994) untersuchten 4.659 HCV-infizierten Personen aus dem Hamburger Raum, war das Risiko „i.v. Drogenkonsum“ (23,4% aller Fälle) und „Haft“ (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 zitierten sozialepidemiologischen Untersuchung 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%.

Den Zusammenhang und den Stellenwert von HIV und Hepatitiden belegen eindrücklich Hämmigs Testresultate (1996:5), die sich auf eine Berner Projektgruppe als TeilnehmerInnen am PROVE-Projekt - (Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige) beziehen: Die besondere epidemische Bedeutung von Hepatitiserkrankungen im Verhältnis zu HIV/AIDS bei intravenösem Drogenkonsum stellt sich in der Untersuchung so dar, daß in der Stichprobe (n = 114) 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 Bemühungen eine über die Beachtung und Eindämmung einer HIV-Verbreitung hinausgehende Realisierung des Infektionsrisikos „Hepatitis“ unter i.v. DrogenkonsumentInnen in Bezug auf Präventionsmöglichkeiten besonders im Justizvollzug.

Gaube u.a. (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. Aber auch hier kann bei der Eingangsuntersuchung nur die epidemiologische Situation vor Haftbeginn abgebildet werden.

Hepatitis-Infektionen, parallel zu der Situation draußen hingegen, scheinen im Vollzug weiter verbreitet zu sein. Keppler/Nolte/Stöver (1996:104) fan-

den 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.

2.3 Zusammenfassung

Die Aussagen zur HIV-Prävalenz und zu Serokonversionen in Haft bleiben widersprüchlich: während die Landesjustizverwaltungen von einer überwiegend geringen und rückläufigen Anzahl HIV-Antikörper-positiver Gefangener und einer geringen Dunkelziffer mit einigen wenigen bekannten Fällen von Serokonversionen ausgehen, kommen externe Untersuchungen zu statistisch signifikanten Korrelationen von HIV-Infektion und Haftaufenthalt (und dort fortgesetztem intravenösen Drogenkonsum).

In Bezug auf Hepatitis muß davon ausgegangen werden, daß Hepatitis-Infektionen unter i.v. Drogenabhängigen sowohl innerhalb wie auch außerhalb des Justizvollzuges stark verbreitet sind. Mit längsschnittlich angelegten Untersuchungen sind bereits mehrere Serokonversionen in Haft nachgewiesen worden.

Schließlich muß festgehalten werden, daß aufgrund des besonderen Gegenstandsbereichs (Drogengebrauch und Infektionskrankheiten), dem besonderen Charakter des Untersuchungsgegenstandes „virale Infektionskrankheiten im Vollzug“ (freiwillige Testung, unterschiedliche Inkubations- und Antikörpernachweiszeiten), präzise Aussagen über Infektionsgeschehen und -verlauf im Vollzug nur schwer zu treffen sind. Zudem ist die Forschungslage sehr dürftig; mit der überwiegend angewandten Methode von Querschnitterhebungen zum Zeitpunkt des Haftbeginns ist gerade aufgrund oben genannter Unwägbarkeiten eine Analyse des Infektionsgeschehens im Vollzug kaum möglich. Eine Ergänzung von längsschnittlich erhobenen serologischen Daten um sozialwissenschaftliche Fragestellungen, wie sie in unserer Studie im Ansatz enthalten sind, bietet eher Aussicht auf aussagekräftige Ergebnisse.

3 *Vorgeschichte des Modellversuchs*

In der retrospektiven Nachzeichnung und Analyse der Entwicklungsgeschichte der Einführung des Modellversuchs „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ werden im folgenden Faktoren und Zusammenhänge herausgearbeitet, die diesen Prozeß bestimmt haben. Sie zeigt im Wechselspiel der verantwortlichen Akteure Zielorientierungen, Umsetzungsstrategien, Unsicherheiten, Probleme und deren Bewältigung auf.

Basis der Dokumentation sind qualitative ExpertInneninterviews, die mit der Niedersächsischen Justizministerin, den Anstalts-, Vollzugs- und ProjektleiterInnen, Mitarbeiterinnen des externen Suchtberatungsdienstes, sowie den Ärzten durchgeführt wurden. Die Zitate aus den ExpertInneninterviews sind am Ende jeweils mit einem der Unterscheidung dienenden beliebigen Großbuchstaben und der Seitenzahl des jeweiligen Transkriptes gekennzeichnet. Ergänzt werden die Ergebnisse dieser Interviews um Informationen aus den Arbeitsprotokollen der beiden anstaltsinternen Arbeitsgruppen „Spritzentausch“, sowie den Berichten der Expertenkommission.

3.1 Die Expertenkommission

Aufgrund einer großen gesundheitlichen Gefährdung von drogenabhängigen Gefangenen im Justizvollzug, insbesondere durch Verbreitung von Infektionskrankheiten (wie HIV und Hepatitiden), hat die Niedersächsische Justizministerin, Frau Heidrun Alm-Merk, am 25.11.1994 eine Expertenkommission eingesetzt. Der Arbeitsauftrag bestand u.a. darin zu prüfen, ob durch die Abgabe von sterilen Injektionsbestecken an Gefangene im Justizvollzug „eine Veränderung des Risikoverhaltens der Gefangenen erreicht und die Gefahr der Übertragung von gefährlichen Infektionskrankheiten durch Spritzentausch vermindert und der Gesundheitszustand der intravenös drogenkonsumierenden Gefangenen verbessert werden kann. Weiterhin ging es um eine Abwägung der Vor- und Nachteile, sowie um die Voraussetzungen einer Abgabe von Injektionsbestecken an Gefangene (Mitglieder der Expertenkommission 1995:1f).

Die Expertenkommission setzte sich unter Leitung von Prof. Dr. R. Meyenberg (Carl von Ossietzky Universität Oldenburg) zusammen, aus Mitarbei-

tern des Justizvollzuges (Herr Krenz - Leiter der Justizvollzugsanstalt für Frauen Vechta, Herr Keppeler - Arzt der JVA für Frauen Vechta; Herr Uhlenbrock - Koordinator für vollzugliche Suchtarbeit in Niedersachsen) und Vertretern und Vertreterinnen freier Träger der AIDS- und Drogenhilfe (Frau Graefe - AIDS-Hilfe Hannover; Herr Peterburs - DROBS Hannover). Die Expertenkommission traf sich zu 10 Arbeitssitzungen, einschließlich mehrerer Besuche von Justizvollzugsanstalten (u.a. auch Hindelbank in der Schweiz). In ihrem der Niedersächsischen Justizministerin vorgelegten Bericht vom 19.5.1995 empfiehlt die Kommission u.a. eine Spritzenabgabe in zwei Justizvollzugsanstalten (ebenda:36f).

Die Arbeit und die Empfehlungen der Expertenkommission hat einen bedeutenden Einfluß auf den politischen Entscheidungsprozeß genommen. Dadurch, daß diese Kommission mit fachkundigen VertreterInnen der Praxis besetzt war, stellte sie ein neutrales, fachlich kompetentes Forum dar. Es konnte unbelastet jenseits verschiedener Interessensausrichtungen in dieser Frage übergeordnet und „ergebnisoffen“ (Nds. Justizministerin Alm-Merk) arbeiten, indem verschiedene Standpunkte und fachliche Überzeugungen thematisiert und mit in die Untersuchung einbezogen werden konnten. Für die politische Entscheidungsfindung stellte sie in ihrem übergeordneten Charakter eine Legitimität dar. Für die praktische Seite wurden hier die vorliegenden Ergebnisse und Erfahrungen gebündelt und bewertet.

In dem Dreieck von Politik/Ministerialbürokratie, Expertenkommission und Anstalten sind die zentralen Wechselwirkungen über die Expertenkommission initiiert worden. Dieser Wechselwirkungsprozeß läßt sich einerseits feststellen für die Entwicklung der Frage der Spritzenvergabe in der Anstalt in Vechta. Dadurch, daß in der Expertenkommission fachlich versierte Mitarbeiter der Anstalt (aus Vechta) vertreten waren, wurden die Erkenntnisse und Erfahrungen unmittelbar in die Praxis eingebracht:

- Dies spiegelt sich einerseits in der Gründung einer anstaltsinternen Arbeitsgruppe „Spritzentausch“ wieder, die gegründet wurde, nachdem die Expertenkommission eingesetzt wurde: „Wir haben parallel (der von der Ministerin eingesetzten Expertenkommission) für unser Haus überlegt, wie wir die Rückkopplung zu der Arbeit in dieser ministeriellen AG zu unserer Vollzugsarbeit gewährleisten können und in diesem Zusammenhang hat sich dann auch ergeben die Konstituierung dieser anstaltsinternen AG Spritzentausch ...“ (B: 32).

- Der Besuch der Expertenkommission des Schweizerischen Modellprojektes in Hindelbank beispielsweise hatte die Gründung einer Partnerschaft zwischen beiden Anstalten zur Folge. Der unmittelbar darauf folgende Austausch von MitarbeiterInnen hat wesentliche Impulse für die Diskussion um eine Einführung eines solchen Projektes in Vechta bewirkt. Bei dem Besuch ist relativ spontan ein intensiver Gedankenaustausch entstanden „... zwischen den Schweizer Kollegen und meinen Kollegen, bis hin zu dem ‘wir wollen euch helfen und wir wollen von euch lernen‘“ (F:21).

Wechselwirkungen lassen sich auch für die JVA für Männer in Lingen Abt. Groß-Hesepe feststellen: Die Leitung der seit Ende 1994 bestehenden Gesprächsrunden über das Thema „Verbesserung der Gesundheitsprophylaxe durch eine Vergabe steriler Spritzen“ nahm Kontakt zur Expertenkommission auf, um von deren Erkenntnissen zu profitieren. Es wurde ein Treffen in Groß-Hesepe am 21.4.95 zum Austausch der gewonnenen Erkenntnisse organisiert. Anlässlich dieses Treffens kam es auch zur Erörterung einer möglichen Mitwirkung der JVA an einem Modellversuch: „Anlässlich dieses Gesprächs hat ... Herr Professor Meyenberg gefragt, ob wir denn, wenn eine solche Entscheidung politisch abgesegnet würde, an so einem Modellprojekt mitwirken wollten. Da wir da schon gespürt hatten, daß eine durchaus hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern vorhanden war, haben wir gesagt, so ein Modellprojekt würden wir hier auch durchführen wollen“ (H: 4).

Der Besuch der Expertenkommission in Hindelbank hat jedoch nicht nur Impulse für die Praxis gebracht, sondern auch für die Politik. Die Niedersächsische Justizministerin, die ebenfalls an diesem Besuch teilgenommen hat, zeigt sich sehr beeindruckt und in ihrer Beschäftigung mit dem Thema bestätigt (F:21).

Aber auch die anfängliche Skepsis und Zurückhaltung in der Ministerialbürokratie wurde reduziert: „Je weiter die Expertenkommission voranschritt, desto größer wurde die Bereitschaft seitens der Ministerialbürokratie, diese zu unterstützen“ (B:33).

Am Ende der Arbeit der Expertenkommission wurde die Bereitschaft zweier Anstaltsleiter (JVA für Frauen in Vechta 18.5.95 und Lingen I 5.5.95¹) signalisiert, für ein Modellprojekt „Spritzenvergabe“ zur Verfügung zu ste-

1 Abgedruckt in: Mitglieder der Expertenkommission (1995).

hen. Die Expertenkommission hat also nicht nur eine fachliche und praxisorientierte Analyse vorgenommen und Empfehlungen ausgesprochen, sondern gleichzeitig den Prozeß der konkreten Umsetzung mit eingeleitet und organisiert.

Damit wird ein weiterer Wechselprozeß deutlich: Der Leiter der JVA Lingen I knüpft seine Bereitschaft der Mitwirkung an einem Modellprojekt an eine Konzeptionsentwicklung in seinem Hause. Allerdings würde erst damit begonnen werden, „... sobald ein entsprechender Arbeitsauftrag aus dem Justizministerium vorliegt“². Das heißt, das Signal der Anstalten zur Mitwirkung an einem Modellprojekt ist für das Justizministerium ein Ausdruck der „Basis“. Für die konkrete Konzeptionsentwicklung braucht die Basis wiederum das Signal (bzw. den Arbeitsauftrag) des Justizministeriums. Hier wird ebenfalls ein wechselseitiges Bedingungsgefüge deutlich.

3.2 Politische Entscheidung für das Modellprojekt

Die Empfehlungen dieser Expertenkommission diente als Grundlage für einen Kabinettsbeschluß der Niedersächsischen Landesregierung vom 12.09.95, in einer JVA für Frauen (Vechta mit ca. 170 gefangenen Frauen) und einer JVA für Männer (Lingen I Abt. Groß-Hesepe mit ca. 230 gefangenen Männern) modellhaft für einen Zeitraum von zwei Jahren eine Spritzenabgabe an drogenabhängige Gefangene durchzuführen.

Im Rückblick scheint für den Prozeß der Implementation des Modellprojektes besonders wichtig gewesen zu sein, eine direkte Konfrontation der Justizministerin mit der Problematik drogenabhängiger Frauen im Justizvollzug durch Besuche von Anstalten, bspw. der JVA für Frauen in Vechta im Juli 1991. Hier fand anläßlich eines Besuches eine unmittelbare Auseinandersetzung mit der Risikosituation drogenabhängiger Frauen im Vollzug statt (B:30).

Ein früher Austausch mit den freien Trägern der AIDS- und Drogenhilfen (AIDS-Hilfe und DROBS) bestärkte die Einsicht in die Notwendigkeit, unter infektionsprophylaktischen Gesichtspunkten, Spritzen auch im Justizvollzug an Drogenabhängige abzugeben. Allerdings bestand über die Umsetzung dieser Maßnahme eine fachliche Kontroverse auch unter leitenden Mitarbei-

2 Im Schreiben des Leiters der JVA Lingen I v. 5.5.95. Wenngleich Vorüberlegungen seitens der Anstalt bereits seit einem Jahr bestanden.

terinnen und Mitarbeitern des Niedersächsischen Justizministeriums, so daß zwei wichtige Markierungspunkte für die Realisierung zu nennen sind, die die Vorgänge beschleunigt haben:

1. auf rechtspolitischer Ebene: die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes 1992, die eine Strafflosstellung der Vergabe steriler Einwegspritzen an Drogenabhängige vorsah;
2. auf gesundheitspolitischer Ebene: das Vortragen (mit Bildmaterial) der Infektionsgefahren durch Spritzengebrauch im Justizvollzug seitens des Arztes und des Leiters der JVA für Frauen Vechta im Rechtssauschuß des Niedersächsischen Landtages im Jahre 1992.

Die Einsetzung einer „neutralen Gruppe“ (F:17), die „von außen“ (F:17) eine „ergebnisoffene Arbeit“ leistet, hat letztlich mit ihren Empfehlungen den Weg für ein politisch sehr weiterreichendes, erstmals in Deutschland und EU-Europa durchgeführtes Modellprojekt geebnet. Dabei gingen die Empfehlungen weit über das hinaus, was dann beschlossen wurde: u.a. war noch die Abgabe von Originalstoffen vorgesehen (siehe Mitglieder der Expertenkommission).

Als wichtiger Impuls zur Bestätigung des eingeschlagenen Weges muß auch der Besuch der Niedersächsischen Justizministerin der Schweizer Anstalt in Hindelbank (zusammen mit der Expertenkommission. s.o.) bewertet werden.

Die Entscheidung für die Standorte ist „von unten“ im Rahmen der Arbeit der Expertenkommission gewachsen - die Justizministerin hat keinen Einfluß auf die Auswahl der Anstalten getroffen: „Ich kann Ihnen nicht mal genau sagen, wann sich das entwickelt hat, daß es diese zweite Anstalt auch ist. Bei der ersten war mir klar, auf die läuft es zu, weil ich auch dachte ..., daß wir eine Frauenanstalt und eine Männeranstalt benötigten. ... Bei Lingen war ich überrascht ...“ (F: 19).

3.3 JVA für Frauen Vechta

3.3.1 Charakterisierung der Anstalt

Niedersachsen verfügt über etwa 5.898 Haftplätze für männliche Gefangene und ca. 220 für Frauen. Die meisten dieser in Niedersachsen inhaftierten Frauen sind in der für diesen Zweck zentralen Hafteinrichtung des Landes, der JVA für Frauen in Vechta (169 Haftplätze), untergebracht (die übrigen Frauen sind in der Frauenabteilung bei der Justizvollzugsanstalt Hannover,

der Sozialtherapeutischen Teilanstalt für Frauen in Alfeld und der Justizvollzugsanstalt Oldenburg/Außenwohngruppe Nordenham inhaftiert).

Vechta ist eine Kleinstadt zwischen Bremen, Oldenburg und Osnabrück. Die Justizvollzugsanstalt Vechta wurde 1991 organisatorisch, personell und wirtschaftlich eigenständig, nachdem sie lange eine Abteilung der JVA für Männer gewesen ist. Die Gefangenen wohnen auf 3 Etagen in 7 Gebäudeteilen. Ab dem 1.4.1996 besteht ein zweiter Standort in dem ehemaligen Jugendlager Falkenrott, in dem die Abteilungen „Freigang“ und „Mutter-Kind“ eingerichtet werden.

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 Vernetzungen mit dem Hilfesystem außerhalb.

In der Anstalt werden sämtliche Haftarten vollzogen: U-Haft, Freiheitsstrafe, Jugendstrafe, Abschiebehaft, und die selteneren Haftarten wie Ordnungs-, Sicherungs-, Zwangs- und Erzwingungshaft. „Geschlossener Vollzug, offener Vollzug, Freigang und Mutter-Kind-Einrichtungen 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.:17). Eine entsprechende Vereinbarung für erwachsene Frauen besteht mit Bremen. Neben internen Arbeits- und Bildungsangeboten gibt es eine intensive Zusammenarbeit mit externen Bildungseinrichtungen.

Die stetige Zunahme von Drogenabhängigen unter inhaftierten Frauen stellt ein zentrales Problem gerade des Frauenvollzuges dar: Heute geht man davon aus, daß zwischen 50 und 60% der Frauen vor der Inhaftierung Drogen konsumierten - im Gegensatz zu etwa 18% 1987.

Die extrem inhomogene Struktur der Inhaftiertenpopulation erfordert differenzierte und attraktive Beratungs- und Behandlungsangebote und eine effektive Binnendifferenzierung mit „Schonräumen“ für nichtabhängige und abstinentzbereite Inhaftierte. Deshalb ist auch der Spritzenaustausch 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 Spritzenaustauschprojekt 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 der Therapie, Überblick über Abstinenz- und Substitutionsbehandlungen, Infektionskrankheiten und möglicher Schutz davor („safer use“, „safer sex“), Krisenhilfe.

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 (siehe 3.4.1) ist das Spritzenaustauschprojekt 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 1996:4) 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.

3.3.2 Inhaltliche Konzepte

Eine Konfrontation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der JVA für Frauen mit dem Thema „Übertragung von Infektionskrankheiten“ fand sowohl in

aktiver als auch in passiver Form statt: Sie haben einerseits die Problematik bewußt und aktiv thematisiert und sich damit detailliert auseinandergesetzt. Auf der anderen Seite wurden sie jedoch beständig und unweigerlich mit dem Thema (intravenöser) Drogenkonsum und Übertragung von Infektionskrankheiten in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert.

Eine Konfrontation mit dem Thema „Übertragung von Infektionskrankheiten“ vorwiegend durch drogenabhängige Gefangene, fand bereits seit Beginn der Selbständigkeit der JVA für Frauen statt.

Eine neue Gesamtleitung und neue Leitungspersonen (Arzt 1991, Suchtberatung 1992) mögen wichtige Bedingungen gewesen sein, für eine bewußte(re) Wahrnehmung bzw. Neubewertung des Problems.

Zudem war es eine Sozialarbeiterin, die als Mitarbeiterin der Anstalt im Rahmen des Bundesmodellprojektes „AIDS im Justizvollzug“ zu diesem Zeitpunkt tätig war, die sich sehr intensiv der Betreuung drogenabhängiger Inhaftierter widmete. In ihren Arbeitsbezügen wurde deutlich „... in welcher katastrophalen hygienischen settings das Drucksetzen hier im Hause vonstatten ging. Sie hatte dort schon eine Sammlung von einschlägigen Spritzinstrumenten gesammelt, das war beeindruckend zu sehen, wie behelfsmäßig schlimm zugerichtete Nadeln, ganz offensichtlich verschmutzt, verdreckt waren, dort benutzt worden sind, sich den Stoff zuzuführen. Wir haben seinerzeit den Drogenkonsum eigentlich immer nur unter dem Aspekt HIV/AIDS-Infektion gesehen und das war für mich im Grunde genommen schon Anlaß, auch wenn die Zahl der Betroffenen relativ überschaubar war, mit anderen leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern uns Gedanken zu machen, (ob) unsere seinerzeitige Umgehensweise mit diesem Problem die richtige ist ...“ (B: 30).

Als wesentlicher Anstoß der Diskussion in Richtung einer Entscheidung wurde die Thematisierung des Ausmaßes der Gefährdungen durch Hepatitis-Infektionen durch den Anstaltsarzt bezeichnet. Während man lange Zeit lediglich die HIV-Infektion als zentrales und einziges Risiko wahrgenommen hatte, waren die Untersuchungen des Anstaltsarztes über Hepatitis - Infektionen drogenabhängiger Gefangener der Auslöser für ein verstärktes Nachdenken über andere präventive Umgangsformen. Der Anstaltsarzt hat sich intensiv mit den Risiken und Folgen intravenösen Drogenkonsums in der Anstalt auseinandergesetzt. Wichtige Ergebnisse waren dabei die Erkenntnis relativ hoher Verbreitung von Hepatitis-Infektionen unter den drogenabhängigen Frauen, als auch die Feststellung, daß ein Teil der intravenös

konsumierenden Gefangenen die Hepatitis-Infektionen in der Haft erwirbt (Keppler/Nolte/Stöver 1996:98-107). Diese Ergebnisse und die Demonstration von konfiszierten Spritzutensilien haben zur Bewußtseinsbildung in der Anstalt und auch außerhalb über die vernachlässigten Gefährdungspotentiale durch Hepatitis-Infektionen beigetragen.

Schließlich wird eine Konfrontation mit dem Tod einer drogenabhängigen Gefangenen nach Haftentlassung, die in der Haft begonnen hat, intravenös Drogen zu applizieren und sich eine Hepatitis-Infektion erworben hat, als ein wesentlicher Anlaß der Betroffenheit geschildert.

Konfrontiert wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen mit dem Problem des intravenösen Drogengebrauchs und der damit verbundenen Infektionsgefahren, sowohl in fachlich-professioneller, als auch in persönlicher Hinsicht:

- Der Allgemeine Vollzugsdienst: Durch Spritzenfunde bei Haftraumkontrollen, Berichte von drogenabhängigen Gefangenen über zugezogene Infektionen und den Ängsten davor, Umgehen mit HIV/Hepatitis-infizierten Gefangenen und eigenen Ängsten der Infektion bei Zellenrevisionen, Konfrontation mit persönlichem und sozialem Wissen Inhaftierter, die ein positives Testergebnis im Vollzug erfahren.
- Die interne Suchtberatung: Beratung und psycho-soziale Betreuung von infizierten Gefangenen, Erarbeitung von möglichen Lebensperspektiven unter den Bedingungen Drogenkonsum, Infektion und Haftzeiten. Beantragung von konkreten Hilfen (z.B. Ernährungshilfe, Unterbringung, Bekleidungshilfen, Fahrtkosten, Teilnahme an Veranstaltung der AIDS-Hilfe).
- Die externe Suchtberatung: Mit den Ängsten der Inhaftierten, sich auf den Zellen über Zimmernachbarinnen zu infizieren, mit der Suche nach Präventionsmöglichkeiten, Beratung nach einem positiven Testergebnis.
- Der Anstaltsarzt: durch Infektionsbefunde, Serokonversionen in Haft, Ansprechpartner für Gefangene.
- Die Leitung: Gesamtverantwortung für die Anstalt, Fürsorgepflicht für Bedienstete.

3.3.3 Vorbereitungen zur Spritzenvergabe in der Anstalt

Die oben skizzierte Konfrontation mit der Problematik von Drogenkonsum und Infektionskrankheiten im Vollzug führte bereits frühzeitig zu internen

Diskussionen und informellen Gesprächen unter Kolleginnen und Kollegen. Seit Herbst 1993 wurden Diskussionen über eine Spritzenabgabe intensiver geführt (A:2). Anlässe dafür bildeten häufige Spritzenfunde in den Hafträumen und ein Umgehen mit den eigenen Widersprüchen: „Vielfach spürte ich..., daß man sich schon Vorwürfe machte, bei Haftraumkontrollen Spritzbestecke aus den Hafträumen zu entfernen, weil für die Arbeiterschaft deutlich wurde, daß sich dadurch ja nur das Infektionsrisiko potenziert“ (B:31). Die Arbeiterschaft mußte also eher ein „gedankliches Spagat“ machen, zwischen sich widersprechenden Aufträgen: „... wir haben hier einen Auftrag, die Leute einigermaßen fit zu halten, bzw. fit zu machen und gleichzeitig kollidieren bestimmte Kontrollaufträge total mit diesem Auftrag“ (A:2). Insbesondere die Konfiskation von teilweise noch originalverpackten Spritzen war für einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter problematisch: „... wenn ich die jetzt rausnehme, das ist dann kein potentieller Infektionsherd, das könnte man bei den anderen noch sagen, sondern das waren einfach Spritzen, wo die Herausnahme die Infektionsgefahr im Grunde genommen einfach noch erhöhte ...“ (A:2).

In einem fachlichen Austausch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus anderen Anstalten (auf der Ebene der SuchtberaterInnen in Niedersachsen) wurde die Frage der Spritzenvergabe ebenfalls thematisiert - die Ergebnisse in die Anstalt zurückgegeben. Auf beiden Ebenen wurde die politische Dimension dieser Frage sehr schnell deutlich. Die Chancen auf Einführung eines solchen Modells wurden eher skeptisch beurteilt.

3.3.4 Vorbereitungen zur Meinungsbildung

Die Bediensteten waren auf mehreren Ebenen - vor und nach Bildung einer Arbeitsgruppe zur Erstellung eines Konzeptes - in die Diskussion um Für und Wider und die Modalitäten einer Spritzenvergabe involviert (vgl. auch Kap. 3.3.2-3.3.6). Dies geschah sowohl in der Anstalt durch Diskussionsveranstaltungen in den Teams, der Leitungskonferenzen, der weiteren Kollegenschaft, durch Hinzuziehung externer Kräfte (auch aus der Schweiz), als auch durch Besuche anderer Anstalten (v.a. Modellprojekt in Hindelbank/Schweiz).

Ein Einbezug der Gefangenen in die vorbereitende Arbeit der Arbeitsgruppe Spritzentausch war nicht möglich und auch nicht geeignet: „... die Frauen waren nicht so intensiv in die Planungen einbezogen, es wäre auch nicht

denkbar gewesen, z.B. eine Frau von der GMV mit in die Arbeitsgruppe zu nehmen, weil es doch um sehr viel internes Wissen und ich denke mal auch nicht zu verbreitendes Wissen über die Struktur der Anstalt ging und das wäre nicht angezeigt gewesen, das den Gefangenen nahezubringen“ (A:6).

Der Suchtberatungsdienst und der Anstaltsarzt haben im März 1995 zusammen mit der Gefangenen-Mitverantwortung (GMV) eine Diskussion über das Thema Spritzentausch in der JVA für Frauen in Vechta geführt. Dieses Gespräch mit der GMV war die Basis für eine Befragung der drogenabhängigen und nicht-drogenabhängigen Gefangenen zum Thema Spritzentausch in der JVA für Frauen Vechta (103 Gefangene beteiligten sich an der schriftlichen und anonymen Befragung; Stichtag: 5.4.95); gefragt wurde nach Drogenkonsum, Modalitäten eines Spritzentauschs, Nutzung eines Spritzentauschangebots, Ängste vor Infektionen etc.³. Die vom Suchtbeauftragten der JVA durchgeführte Befragung kam u.a. zum Ergebnis, daß insgesamt ein großes Interesse an dem Thema besteht. Drogenabhängige Frauen beschäftigen sich intensiver mit dem Thema als nicht-drogenabhängige Frauen⁴. Fast alle drogenabhängigen Gefangenen befürworten die Möglichkeit eines anstaltsinternen Spritzentauschs - 91,6% von ihnen würden ihn auch für sich nutzen. Mehr als zwei Drittel aller nicht-drogenabhängigen Frauen würden es begrüßen, wenn betroffenen Frauen Spritzen zur Verfügung gestellt würden, allerdings befürchten fast ebenso viele Konsumsteigerungen.

Über diese Umfrage hinaus kam es zu einer größeren Veranstaltung, die von der GMV organisiert wurde, zusammen mit dem Suchtberatungsdienst und dem Anstaltsarzt, an der etwa zwei Dutzend Gefangene teilnahmen: „... der Tenor der Frauen war, ist ja alles nett gedacht, aber sowas wird es hier sowieso nie geben, von daher war das Interesse nicht ganz so groß, also auch eher so wie ein Jahr vorher bei den Kollegen, warum soll ich mich damit beschäftigen, sind ja sowieso ungelegte Eier“ (A:6).

Einen Einbezug der Gefangenen in konkrete Überlegungen zur Spritzenabgabe gab es, als es um geeignete Orte zur Installation von Spritzenautomaten ging: „... und hab’ im informellen Gespräch bei einer möglichst großen Zahl von Frauen, ja, wenn’s sowas gäbe, was würdest du eigentlich sagen, wo sollte man diese Automaten aufstellen? Dann haben wir eine Strichliste

3 Abgedruckt in: Mitglieder der Expertenkommission.

4 Die Zuordnung zur Gruppe der drogenabhängigen und nicht-drogenabhängigen Frauen erfolgte aufgrund einer Selbstdefinition.

gemacht, verschiedene Standorte kristallisierten sich - bei den Bediensteten haben wir das auch gemacht - als günstig heraus. An dem Punkt haben wir das dann nicht so formal gemacht, sondern haben geguckt, daß man ... Rückmeldungen bekam, was haltet ihr von der und der Idee“ (A:6).

3.3.5 Kooperation mit dem Pilotprojekt in Hindelbank

Bereits in einem recht frühen Stadium der Vorbereitungen wurde eine Kooperation mit dem Pilotprojekt Spritzenabgabe in Hindelbank angestrebt und durchgeführt. Interesse an einem Gedankenaustausch und einer Partnerschaft bestanden auch auf Seiten der Hindelbanker Anstaltsleitung, so daß bis März 1996 etwa 12 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus jeder Anstalt in der Partneranstalt für ein bis zwei Wochen hospitiert haben. Neben der inhaltlichen Diskussion waren auch technische Belange für die Bediensteten aus Vechta von Bedeutung, denn eine Wartung der Automaten (baugleich mit denen in Hindelbank) erfordert technische Sachkenntnisse.

Auf Einladung des Anstaltsleiters kamen vom 21.-24.6.1995 zunächst sechs Kolleginnen und Kollegen nach Vechta und wurden mit den einzelnen Teams zusammengebracht, um einen intensiven inhaltlichen Austausch über die Praxis und Probleme des Spritzenabgabeprojektes zu führen:

„... wie sind die Erfahrungen in der Schweiz, wo haben sie so ihre anfänglichen Probleme gehabt, was ist gelöst, was bleibt ungelöst, womit muß man auch leben mit welchen Widersprüchen, ich glaube, das hat sehr viel bewegt, weil da jemand war, der Erfahrungen hatte und wußte, wovon er sprach und vor allen Dingen auch die Ängste bei den Kolleginnen und Kollegen teilweise da waren, einfach aus der Unsicherheit heraus, daß viele Leute vieles behauptet haben, an negativen Folgewirkungen, die man einfach nicht verifizieren oder falsifizieren konnte einfach so, und man darüber nachdachte, vielleicht ist es tatsächlich so, vielleicht gibt es mehr Konsum, vielleicht gibt es Angriffe auf Bedienstete, vielleicht ist der Effekt, daß Spritzen nicht woanders gebunkert werden, gar nicht so groß, was sich so jeder erhoffte von den Bediensteten an positiven Wirkungen, daß das vielleicht gar nicht so ist. Und da kam der Kontakt mit den Schweizern dahin, deutlich zu sagen, es ist gar nicht so ...“ (A:4).

Hier konnte auch der Meinungswandel einzelner Personen nachvollzogen werden: „... der Sicherheitsdienstleiter ... sagte, er wäre auch selber sehr dagegen gewesen am Anfang und hätte aber auch so eine pragmatische Posi-

tion eingenommen und meinte, man müßte es mal ausprobieren und war jetzt kein überaus eifriger Verfechter, sondern jemand, der davon überzeugt war, daß das eine gute Sache war“ (A:4).

Im Gegenzug gab es einen KollegInnenaustausch mit der Frauenhaftanstalt in Hindelbank, „... um wichtige Sachfragen vor Ort zu klären und funktionelle Abläufe erleben zu können“⁵.

Auf dieser Veranstaltung mit den TeilnehmerInnen der AG Spritzentausch und zusätzlich der Leitungsebene zusammen mit den „Hindelbankern“ wurden viele Sachfragen angesprochen und geklärt. Die Ergebnisse dieser Veranstaltung wurden in die einzelnen Teams zurückgegeben. Auf einem Nachbereitungstreffen der einzelnen Teams, nachdem die Hindelbanker wieder abgereist waren, wurden nach Vorgabe durch den Anstaltsleiter, eine Machbarkeit in der jeweiligen Abteilung zu prüfen, einzelne Voten abgegeben, die recht unterschiedlich ausfielen: einige Teams waren dagegen (Mutter-Kind-, Aufnahme- und Freigang-Abteilung), andere waren dafür, eine Station (Jugendliche) gab ein gemischtes Votum ab: einige Kolleginnen und Kollegen votierten dafür, andere dagegen.

Dieser Meinungsbildungsprozeß führte dazu, daß die Ende März 1995 eingerichtete „AG-Spritzentausch“ ihre Arbeit systematisierte und intensiverte, um eine konkrete Umsetzung eines Spritzenabgabeprojektes zu prüfen (siehe 3.3.4).

Im Sommer waren der Anstaltsarzt, der Anstaltsleiter und der Suchtbeauftragte erneut in Hindelbank, „... um uns selber nochmal ein Bild davon zu machen, was dort ablief und konnten sehr viele von den praktischen Erfahrungen und Umsetzungsideen hier mit einbauen auf unsere Verhältnisse modifiziert“ (A:4).

Der Austausch wurde insgesamt als konstruktiv angesehen: „Und gerade dieses Erleben auch der eigenen Mitarbeiter in Hindelbank, der Umgang mit dem dortigen Spritzenaustauschprojekt, dieser Pragmatismus, den dort auch unsere Schweizer Kollegen insgesamt mit dem Drogenproblem an den Tag legen, hat manch einen hier im Hause auch zweifelnden davon überzeugen können, daß es zumindestens auch bei uns eines Versuches wert sein sollte, auf diesem Wege Infektionsrisiken zu begegnen. ... Die Mitarbeiter, wenn sie zurückkehren, berichten ganz offiziell in unseren Konferenzen und

5 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 1.6.95.

Dienstbesprechungen über ihre gemachten Erfahrungen. Ich denke, das Entscheidende wird natürlich über die informelle Ebene vermittelt“ (B:34).

3.3.6 Konzeptionsentwicklung der AG-Spritzentausch

Nachdem die von der Justizministerin eingesetzte Expertenkommission im November 1994 ihre Arbeit aufgenommen hatte, wurde in der JVA für Frauen in Vechta die „AG-Spritzentausch“ (im folgenden auch „die AG“) eingerichtet. 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: „... nicht mehr unter der Fragestellung ob bei uns sowas machbar wäre, sondern letztlich auch unter der Fragestellung, wie ist es praktisch umsetzbar?“ (A:6).

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 (B:2). 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 - bis auf Urlaubszeiten - 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 unseren 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“ erarbei-

tet⁶, wobei die letzte Fassung (vom 15.2.96) in die Konzeptionierung (vom 13.3.96⁷) 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.

Auch nach Beginn des Modellversuchs 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 (d.h. 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“⁸. Gleichzeitig wurde die Frage gestellt, ob Hilfsmittel für eine hygienische Injektion, wie Tupfer und Desinfektionsalkohol im Zusammenhang mit den Automaten abgegeben werden sollten.

6 Vgl. Protokoll der AG Spritzenaustausch der JVA für Frauen vom 2.11.95, 24.11.95, 18.12.95, 15.2.95.

7 Auch abgedruckt in: Der Leiter der JVA für Frauen (15.4.96).

8 Vgl. Protokoll der AG Spritzenaustausch der JVA für Frauen v. 1.6.95.

Wer bekommt Zugang zu den Automaten?

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe erachteten es als sinnvoll, „... die Spritzenabgabe niedrigschwellig an alle Frauen auszuteilen, die sich einer Spritze als bedürftig definieren“⁹. 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 - 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

9 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 1.6.95.

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 worden¹⁰. 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“¹¹).

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.

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 werden¹².

Schließlich kommt die AG zum Schluß, daß im Hause „flächendeckend Spritzenvergabe möglich sein muß, um negative Effekte zu vermeiden“¹³.

10 Vgl. Protokolle der AG Spritzenaustausch der JVA für Frauen v. 11.1. und 18.1.96.

11 Vgl. Protokoll der AG Spritzenaustausch der JVA für Frauen v. 18.1.96.

12 Vgl. Protokoll der AG Spritzenaustausch der JVA für Frauen v. 25.1.96.

13 Vgl. Protokoll der AG Spritzenaustausch der JVA für Frauen v. 18. und 25.1.96.

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 Vollstreckungsbehörde 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 verwertet¹⁴;

Flankierende, personal-kommunikative Präventionsmaßnahmen

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 Spritzenatrappe

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

¹⁴ Vgl. Arbeitsgruppenbericht zum „Pilotprojekt Spritzenaustauschprogramm“ in der JVA für Frauen Vechta v. 24.11.95.

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 Anstalt¹⁵.

Kurzvorstellung der Konzeption der Infektionsprophylaxe

Im folgenden werden kurz die wichtigsten Spritzenvergabemodalitäten vorgestellt¹⁶:

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 Anstalt außer dem Bereich des Freiganges, 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 sozial-wissenschaftlichen 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 Spritze sichtbar auf der Konsole des Waschbeckens im Haftraum aufzubewahren ist.

15 Vgl. Protokoll der AG Spritzenaustausch der JVA für Frauen v. 25.1.96.

16 Vgl. vertiefend die Konzeption im Anhang.

Über die diskret an vier (ab Ende Juli 1996 an fünf) Stellen in Schränken leicht zugänglich 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 1mal monatlich für alle interessierten Inhaftierten angeboten.

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 den neuesten Stand zu halten. Dazu werden sowohl eigene Ressourcen und Kenntnisse einbezogen wie auch externe ReferentInnen geladen.

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.

3.3.7 Erfahrungen mit der Projektpraxis

Die AG Spritzenaustausch arbeitet auch nach Einführung und Installation der Spritzenautomaten weiter, wenn die Treffen auch in größeren Intervallen stattfinden (nunmehr 14-tägig). Die AG versteht sich als zentrales Forum, auf dem alle Praxisprobleme und -notwendigkeiten besprochen werden können.

Annahme des Angebots

Die praktische Umsetzung des Projektes erfordert neben einem wohlwollenen Klima der Unterstützung durch die Bediensteten ein hohes Maß an Akzeptanz seitens der Inhaftierten, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen. Dieses ist absolut nicht selbstverständlich innerhalb einer Haftanstalt, wo es gegensätzliche Interessen und Positionen, sowie ein hohes Mißtrauenspotential gibt. Überraschend war daher, daß in den ersten beiden Projektwochen bereits 60% der infrage kommenden Inhaftierten das Angebot nutzten.

Seitens der am Projekt teilnehmenden Gefangenen wird der Wunsch geäußert, daß zusätzliche Kanülen abgegeben werden. Dies offenbar vor dem Hintergrund, daß i.v. Langzeitkonsumentinnen oftmals mehrere Kanülen benötigen, um die intravenöse Injektion durchführen zu können (das angezogene Blut gerinnt und verstopft die Kanüle¹⁷).

Technische Probleme mit den installierten Spritzenaustauschautomaten

Technische Schwierigkeiten mit den installierten Spritzenaustauschautomaten haben sich bereits kurz nach der Inbetriebnahme angekündigt. Bereits nach den ersten 10 Tagen Betrieb berichtet die zuständige Mitarbeiterin erstmalig über technische Mängel: vereinzelt wurden keine Spritzen ausgegeben, in anderen -häufigeren - Fällen hat der Automat offensichtlich sehr viel mehr Spritzen zurückgegeben und nicht 1:1 getauscht. Es wurden an den

¹⁷ Vgl. Protokoll der AG Spritzenaustausch der JVA für Frauen v. 6.6.96.

Automaten auch Hinweise auf Manipulationen festgestellt¹⁸. Diese Mängel sind nach dieser Anfangsphase zunächst nicht wieder aufgetreten, so daß es keine Veranlassung zu geben schien, Wartungstechniker (aus der Schweiz) zu bemühen. Nach einem Monat traten die Fehlfunktionen jedoch erneut auf, vor allem die Ausgabe mehrerer Spritzen. Nur ein geringer Teil dieser überzähligen Spritzen wurde von den inhaftierten Frauen abgegeben, so daß man davon ausgehen mußte, daß sich die Zahl der Spritzen im Haus insgesamt erhöht, ein erheblicher Teil davon wird offenbar wieder versteckt, was die Gefahren für den AVD erhöhen könnte¹⁹. Aus diesen Gründen wurden die Spritzenautomaten am 3.6.96 bis zu ihrer Reparatur stillgelegt und eine Handvergabe durch die MitarbeiterInnen der Krankenstation organisiert²⁰.

Die Termine für die Handvergabe der Spritzen über die Krankenstation (ab 6.6.96) nutzten offenbar nur wenige Frauen. Bezüglich des Wunsches nach Anonymität ergeben sich widersprüchliche Beobachtungen: Einerseits scheint der Wunsch nach einer anonymen Vergabe sehr groß zu sein, so daß ein direkter Tausch nicht angenommen wird (nur einige wenige Gefangene nahmen das Angebot an²¹), oder nicht angenommen werden mußte: möglicherweise gab es keine Mangelsituation, weil die Automaten vorab mehrere Spritzen gleichzeitig abgaben. Andererseits gibt es auch Beobachtungen eines angstfreien Umgangs mit den Automaten: die Automaten werden z.T. auch dann von Frauen genutzt, wenn Bedienstete in der Nähe sind, andere fragen mit dem Spritzenaufbewahrungskästchen in der Hand nach einem Namensschild für das Kästchen²². Mittlerweile haben alle Frauen jetzt ein Namensschild auf ihrem Kästchen. Dies sind deutliche Zeichen dafür, daß durchaus ein angstfreier Umgang mit den Spritzen im Alltag entsteht und dementsprechend Anonymitätsgesichtspunkte in den Hintergrund geraten. Diese Prozesse werden in der Auswertung von t2 genauer untersucht.

Die Automaten wurden am 21.6. von einem Konstrukteur der Schweizer Herstellerfirma repariert, seitdem funktioniert der 1:1-Austausch fehlerfrei. In der letzten Juli-Woche wurde schließlich eine letzte Feineinstellung der

18 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 25.4.96.

19 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 30.5.96.

20 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 6.6.96.

21 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 20.6.96.

22 Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA für Frauen v. 2.5.96.

Geräte vorgenommen, um mögliche Fehlerquellen und Manipulierbarkeiten auszuschließen.

Zwei Bedienstete der JVA haben mittlerweile eine technische Einweisung erhalten, so daß kleinere Wartungs- und Reparaturarbeiten unaufwendig durchgeführt werden können.

Nach dreieinhalb Monaten Laufzeit des Projekts haben sich viele Routinen ergeben, und die AG Spritzenaustausch stellt fest: „Insgesamt wird seitens der AG mit Erleichterung festgestellt, wieviel Alltagsnormalität im Hinblick auf den Spritzenaustausch in unserer Anstalt eingekehrt ist. Keiner hatte dieses so schnell erwartet.“²³

3.3.8 Kooperations- und Informationstätigkeit der Anstalt

Ein inhaltlicher Austausch besteht mit den MitarbeiterInnen des Suchtberatungsdienstes in der zweiten Modellanstalt in Lingen I Abt. Groß-Hesepe bereits seit Beginn der Konzeptionsphase des Modellprojektes. Ein personeller Austausch besteht nach wie vor mit der JVA für Frauen in Hindelbank in der Schweiz.

Es existiert von der interessierten Fachöffentlichkeit eine große Nachfrage nach dem Konzept bzw. der „Handreichung für Bedienstete“ (u.a. Bundesministerium für Justiz, dänisches Justizministerium, Anstaltsleitung der zentralen Haftanstalt der Litauischen Republik, Anstaltsleiter, Justizvollzugsämter, StudentInnen, Suchtbeauftragte in anderen Haftanstalten etc.).

Das Thema Spritzenvergabe ist ein zentrales Thema nahezu aller BesucherInnengruppen der Anstalt seit Anfang des Jahres 1996.

3.4 JVA für Männer Lingen I Abteilung Groß Hesepe

3.4.1 Charakterisierung der Anstalt

Das Modellprojekt in der Männerhaftanstalt in Niedersachsen wird in der Außenabteilung der JVA Lingen I, in Groß-Hesepe durchgeführt. Lingen I selbst ist eine Anstalt des geschlossenen Vollzuges für männliche erwachsene Gefangen (228 Haftplätze), die ein Justizvollzugskrankenhaus für die

23 Vgl. Protokoll der AG Spritzenaustausch der JVA für Frauen v. 1.8.96.

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 (231 Haftplätze nur Strafhaft). In drei Vollzugshäusern mit je 77 Haftplätzen wird Wohngruppenvollzug praktiziert. Das Differenzierungskonzept der Abteilung umfaßt umfangreiche schulische und berufliche Ausbildungsmaßnahmen (z.B. Ausbildungsmaßnahme zum Koch, Freigängerabteilung, „Gezielte Reintegration in das berufliche und soziale Leben - GRIBS-Kurs“).

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 höhere 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 Therapiechance nach § 35 BtmG) (vgl. Justizvollzugsanstalt o.J.:3).

Das Drogenhilfekonzert 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, psycho-soziale Betreuung der Substituierten, aber auch suchtbegleitende, niedrighschwellige Hilfen - eingebettet in diesen Ansatz ist das Spritzenvergabeangebot. (vgl. Justizvollzugsanstalt Lingen 1996:18f).

Im Rahmen mehrerer Präventionsmaßnahmen stellt die Spritzenvergabe bzw. das Spritzenaustauschangebot 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 Spritzenvergabe das Verletzungs-

risiko 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 1996:26).

3.4.2 Inhaltliche Konzepte

Die hohe Verbreitung der Hepatitisinfektionen unter drogenabhängigen Gefangenen allgemein, festgestellt durch den leitenden Anstaltsarzt, sowie im besonderen die Einlieferung einiger Gefangener in das Justizvollzugskrankenhaus in Lingen, haben dazu geführt, daß die Leitung der JVA Lingen bereits um die Jahreswende 1993/94 eine Diskussion über eine Verbesserung der Infektionsprophylaxe unter Einschluß einer Spritzenabgabe initiierte. Dies geschah auch vor dem Hintergrund einer wahrgenommenen Diskussion in der Fachöffentlichkeit draußen über die durch die Gemeinsambenutzung von Spritzen entstehenden Gefahren der Übertragungen bedrohlicher Infektionskrankheiten. Ergänzend kam noch hinzu, daß die Arbeitsmaßnahmen der Freigängerabteilung in einem fleischverarbeitenden Betrieb im Fortbestand ebenso gefährdet war wie die Ausbildungsmaßnahme zum Koch, weil die Inhaftierten kein Küchentauglichkeitszeugnis aufgrund ihrer Hepatitis-Infektion bekamen. ebenfalls aus diesem Grunde konnten freie Arbeitsplätze in der Gefangenenküche nur schwer besetzt werden (G: 2).

Am 31.1.94 vermerkte der Leiter erstmalig seine Überlegungen. Formell formulierte die Anstaltsleitung in einer schriftlichen Verfügung vom 24.6.94 ihre Einschätzung: „... Bei der Arbeit mit Drogenabhängigen außerhalb des Justizvollzuges ist es zwischen den Fachleuten der Drogenberatung, den Gesundheitsämtern und auch der Polizei wohl selbstverständlich, daß es an bestimmten Stellen Einwegspritzen für Drogenabhängige gibt. Das Angebot anonym sterile Einwegspritzen zu bekommen, hat sich nach meinen Kenntnissen in der Drogenszene bewährt. Da nun in einer Justizvollzugsanstalt eine Massierung von extrem Drogenabhängigen auf engstem Raum und ohne Chance, sich der Drogenszene zu entziehen, einsitzt, stellt sich das Problem der Spritzenvergabe selbstverständlich auch in einer Justizvollzugsanstalt ...“ (S. 2).

In dieser Verfügung bat der stellvertretende Leiter den leitenden Arzt, den Suchtberatungsdienst und den Sicherheitsdienstleiter, zur Frage einer Verbesserung der Infektionsprophylaxe Stellung zu nehmen.

Diese Stellungnahmen fielen positiv aus, d.h., alle sprachen sich für eine Spritzenvergabe im Vollzug aus. Dabei waren die einzelnen Stellungnahmen sehr differenziert und spiegeln den Arbeits- und Verantwortungsbereich der Angesprochenen wieder:

- Der Sicherheitsdienstleiter warf in seiner Stellungnahme eine Reihe wichtiger Fragen auf, die im weiteren Verlauf der anstaltlichen Diskussion über dieses Thema geklärt werden konnten (z.B. was geschieht mit einer sichergestellten Spritze, an der noch Drogenanhaftungen festgestellt werden können, bzw. die noch mit Heroin aufgezogen ist? Welche vollzugliche Wertung hat der Spritzenfund für einen Gefangenen?). Er verweist auf eine intensive Diskussion des Themas mit Sicherheitsdienstleitern aus anderen Justizvollzugsanstalten. Deren ablehnende Haltung teilt er nicht, sondern geht davon aus, „... daß wir mit einer gewissen Zahl von Drogenabhängigen in und außerhalb des Vollzuges leben müssen und diese Drogenabhängigen, aber auch Nichtdrogenabhängige, vor der Ansteckung mit Infektionskrankheiten geschützt werden“ (S. 3).
- Der leitende Arzt spricht sich vor dem Hintergrund der existentiellen Bedrohung durch die Infektionskrankheiten AIDS und Hepatitis und die Infektionsgefahren im Justizvollzug für eine Spritzenvergabe auch im Vollzug aus: „Maßnahmen, wie die Spritzenvergabe, sind als einzige geeignet, den einzelnen Drogenabhängigen vor einer schweren und in vielen Fällen tödlich endenden Erkrankung zu bewahren, und zum anderen damit die Häufigkeit der Erkrankung in der Gesamtbevölkerung zu senken. Die Spritzenvergabe ist deshalb nicht nur zulässig, sondern aus ärztlicher Sicht geboten. Dies gilt für Drogenabhängige in gleichem Maße innerhalb wie außerhalb des Vollzuges“ (S. 3²⁴).
- Der Suchtberatungsdienst der Abt. Groß-Hesepe verweist in seiner Stellungnahme (v. 3.8.94) auf die hohe Zahl von Gefangenen mit Suchtproblematik und stellt die Situation von Drogenabhängigen in Haft dar: „Zum Teil benutzen bis zu 20 Gefangene eine Injektionsnadel, die sog. ‘Stationspumpe’. Der Besitzer der Stationspumpe verleiht diese häufig nur gegen Bezahlung (in der Regel ½ Pfund Kaffee oder 1 Päckchen Tabak pro Druck). Gefangene, die nicht im Besitz einer Spritze sind, müssen auf die unhygienische Stationspumpe zurückgreifen ... oder sich aus

24 Vollständig abgedruckt in: Mitglieder der Expertenkommission.

mehr oder weniger geeigneten Materialien (Kugelschreiberminen) eine Ersatzspritze basteln“ (S. 2). Eine Spritzenvergabe sollte in niedrigschwellige Beratungsangebote mit den Zielen Überlebenshilfe und Schadensminimierung eingebunden werden. Ergänzt werden sollte die Spritzenabgabe um eine intensivierete Präventionsarbeit, die über eine bloße Wissensvermittlung hinausgeht und auch „safer-use-Trainings“ zur Verbesserung der Fixerhygiene (S. 4/5) und besondere Informationsveranstaltungen (S. 9) einbezieht.

3.4.3 Informelle Gesprächsrunden

Diese Stellungnahmen sind u.a. zum Anlaß genommen worden, um in Dienstbesprechungen und in den Gesamtkonferenzen die Problematik der Infektionsgefahren im Justizvollzug und angemessene Reaktionen darauf zu diskutieren: „Wir haben unsere Konferenzen genutzt, um dieses Thema anzusprechen. Wir haben einmal im Monat eine Gesamtkonferenz zwischen Lingen und Hesepe Bediensteten und wir haben auch die Konferenzen hier speziell in Groß-Hesepe dazu genutzt, wobei ich auch sagen muß, daß unser Gedanke von Anfang an war, das erstmal örtlich einzugrenzen. Weil die Vergabe der Spritzen in Lingen und Groß Hesepe zum gleichen Zeitpunkt und gleichzeitig das Personal in Groß Hesepe und Lingen zu informieren, doch sehr schwierig war. Das haben wir auch gespürt in den Konferenzen: In Lingen gab es durchaus auch massiven Widerstand, der insbesondere natürlich das Problem aufzeigte, daß Drogen einerseits illegal sind und auf der anderen Seite Spritzen ausgehändigt werden sollen, was als Signal einer Legalisierung des Konsums mißdeutet werden könnte. Und wie sollte damit umgegangen werden, wenn Gefangene Spritzen nehmen, Lockerungen erhalten oder erhalten sollen und die Suchtproblematik eigentlich ein Ausschließungsgrund für die Lockerungen darstellt? Das war eine schwierige Phase der Diskussion. Wir haben diese allgemeine Diskussion immer wieder in der Gesamtkonferenz Lingen aufgenommen, aber uns im wesentlichen konzentriert darauf, die Bediensteten in Groß Hesepe einzubinden“ (H: 3).

Ab 29.12.94 wurde das Thema in einer eigenen Diskussionsreihe bei 12 Veranstaltungen vertieft. Freiwillig teilgenommen haben neben einer großen Anzahl von interessierten Bediensteten auch Gefangene: Teilweise haben bis zu vierzig Personen teilgenommen, zu manchen Zeiten aber auch nur zehn. Mit dieser Diskussionsreihe wurden mehrere Ziele verfolgt:

- Transparenz der anstaltlichen Bearbeitung des Themas
- Positionsfindung für die Beteiligten durch Austausch unterschiedlicher Standpunkte
- Sensibilisierung für die Themen Sucht und Infektionskrankheiten und adäquater Umgang mit Infizierten/Erkrankten
- Umsetzungsmöglichkeiten auch mit VertreterInnen externer Behörden und Parteien zu diskutieren.

Die Diskussionsrunden waren ergebnisoffen gestaltet: weder die Umsetzung, die Umsetzbarkeit noch die Modalitäten einer möglichen Umsetzung standen fest. „Wir haben aber bewußt, und da habe ich immer größten Wert darauf gelegt, bei jedem Gespräch den Grundsatz vorweggestellt, daß wir diese Diskussion unter dem Gesichtspunkt von Gesundheitsprophylaxe führen und nicht im geringsten den Anschein erwecken wollen, daß wir Drogen legalisieren wollen. Dagegen sprechen auch die gesetzlichen Grundlagen. Wir wollten von Anfang an unsere Position klarstellen, damit nicht im Laufe der Diskussion die Zielrichtung verwässert. Deswegen steht es bei manchen Protokollen auch penetrant am Anfang. Auch wenn sich das immer wiederholt, das mag für einen außenstehenden Leser vielleicht lästig sein, aber das war uns wichtig, das immer voranzustellen“ (H:4).

Die Diskussionen wurden in intensiven Einzelgesprächen in der Kollegenschaft weitergeführt. Die Bediensteten wurden auf diese Art ebenso einbezogen, wie vorher, in formeller Weise, der Sicherheitsdienstleiter, der leitende Anstaltsarzt und der Suchtberatungsdienst.

Durch die Beteiligung und Mitwirkung von Gefangenen an diesen Gesprächsrunden wurde Bediensteten ein authentischer Einblick in die problematischen Lebensbedingungen inhaftierter Drogenabhängiger gewährt: „... dort haben wir uns regelmäßig zusammengesetzt mit Mitarbeitern, mit Gefangenen und haben erstmal für die Drogenproblematik noch mal neu sensibilisiert, weil wir unseren Mitarbeitern klarmachen wollten, was es heißt, süchtig zu sein. Damit man auch nachvollziehen kann, daß man nicht einfach aufgrund eines guten Willens sagen kann ‘Ich nehm’ jetzt nichts mehr’. Und da war sehr beeindruckend, wie auch Gefangene aus ihrer Sicht ihre Problematik geschildert haben. Ich war damals ganz dankbar, daß wir einzelne Gefangene gefunden haben, die das auch sehr offen angesprochen haben. Die Bediensteten haben auch selbst hinterher signalisiert, daß sie

durchaus beeindruckt waren von dem, was Gefangene aus deren Erleben gesagt haben“ (H:3).

Mit der Einbeziehung der Gefangenen in die Gesprächsrunden wurden auch deren Vorschläge für die Umsetzung mit in die Diskussion um konkrete Vergabemodalitäten aufgenommen. Es gab - ebenso wie in Vechta - kein formelles Beteiligungsverfahren für die Gefangenen: die Gefangenen wurden lediglich in einer Haussprecherkonferenz über den Stand der Diskussion informiert (H:7). Die Gefangenenzeitschrift „intern“ berichtete häufiger über die Diskussion über die geplante Spritzenvergabe (G:9). Dennoch war über die freiwillige Teilnahme einzelner Gefangener an den Gesprächsrunden eine Möglichkeit gegeben, an der Gestaltung der Spritzenvergabemodalitäten mitzuwirken. Sie waren so auch beteiligt am langwierigen Entstehungsprozeß der Vergabemodalitäten. Ein Beispiel dafür mag der Vorschlag sein, der auch von Gefangenen unterstützt wurde, daß Gefangene ihre Spritzen nach wie vor verstecken sollen: „Und das haben die Gefangenen auch als richtig angesehen, weil sie sie ja jetzt auch verstecken. Und auch wir haben erst gedacht, daß wäre die beste Möglichkeit, um uns selbst nicht in Schwierigkeiten zu bringen. Aber das wurde sinnvollerweise sowohl von den Gefangenen als insbesondere auch von Mitarbeitern des allgemeinen Vollzugsdienstes als unsinnig angesehen. Die haben gesagt, ‘das ist ja völliger Quatsch, was ihr macht. Wenn, dann müssen die Spritzen auch irgendwo da sein, daß man sie sehen kann und nicht versteckt werden müssen, das ist auch zu unserem eigenen Schutz wichtig’. Natürlich hat man solche vernünftigen Argumente dann auch sofort aufgenommen und deswegen ist ja im Ergebnis das nachher auch so festgehalten worden, wie wir es jetzt im Konzept vorgesehen haben. Und das ist so ein Beispiel gewesen, wie langsam man sich da rantastet“ (H:7).

Schließlich bestand für die Gefangenen auch jederzeit die Möglichkeit, Anregungen an den Suchtberatungsdienst zu richten: „Es bestand aber für jeden Gefangenen, die natürlich hier auch immer mitbekommen haben, daß Diskussionen laufen, daß wir so eine Arbeitsgruppe haben, die Möglichkeit, zu uns in die Suchtberatung zu kommen und mit uns zu sprechen. Und das haben sie auch wahrgenommen. Und sie hatten auch die Möglichkeit, einbezogen zu werden durch Externe. Hier sind z.B. Bündnis 90/Die Grünen gewesen, die zuerst mit den Bediensteten geschlossen gesprochen haben, ohne Inhaftierte und dann auch in die Kirche gegangen sind und dann mit den

Gefangenen gesprochen haben, auch geschlossen, ohne Bedienstete ...“ (G:9).

Die Hinzuziehung externer ExpertInnen (AIDS-Hilfe Emsland, Amtsgericht Lingen, DROBS Emsland, Gesundheitsamt) hat die Diskussionen erweitert und zur Klärung einzelner Sachverhalte beigetragen.

Die Anstalt hat ferner eine Diskussion mit interessierten PolitikerInnen geführt. Abgeordnete des Niedersächsischen Landtages mehrerer politischer Parteien wurden über den Diskussionsstand anlässlich ihrer Anstaltsbesuche informiert: sowohl VertreterInnen der CDU, der SPD, und auch Bündnis 90/Die Grünen. Deren Zustimmung zu den anstaltsinternen Überlegungen einer verbesserten Infektionsprophylaxe mittels u.a. einer Spritzenabgabe bestärkte die Verantwortlichen in ihren Plänen (H: 5).

Außerdem wurden Fachtagungen, die vom Suchtberatungsdienst der Anstalt organisiert wurden, genutzt, um die Thematik zu diskutieren. Der TeilnehmerInnenkreis dieser Fachtagungen war dabei bunt gemischt: Haftrichter, Staatsanwaltschaft, Gesundheitsamt, außerhalb tätige SuchtberaterInnen, Bewährungshilfe etc.

3.4.4 Konzeptionsentwicklung einer Arbeitsgruppe

Der Besuch der Expertenkommission in Groß-Hesepe am 21.4.95 hat neben einem fachlichen Austausch auch beinhaltet, daß die Anstaltsleitung vom Leiter der Expertenkommission gefragt worden ist, ob die Anstalt an einem Modellprojekt mitwirken würde, sofern eine befürwortende politische Entscheidung getroffen werden würde. Aufgrund der vorausgegangenen Vorarbeiten und der Befürwortung vieler Bediensteter gab man der Expertenkommission ein positives Plazet: „Da wir da schon gespürt hatten, daß eine durchaus hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern vorhanden war, haben wir gesagt, so ein Modellprojekt würden wir hier auch durchführen wollen (H: 4)“. Dieses Votum wurde der Expertenkommission schriftlich mitgeteilt (v. 5.5.95) und fand Eingang in ihren Endbericht²⁵.

Bereits Ende 1994 hat die Anstaltsleitung anlässlich einer Besprechung mit der Justizministerin signalisiert, daß eine Diskussion über das Thema Sprit-

25 Vollständig abgedruckt in: Mitglieder der Expertenkommission.

zenvergabe bereits geführt wird und daß auch durchaus Bereitschaft vorhanden wäre, intensiver über eine Konzeption nachzudenken (H:4).

Nach dem Kabinettsbeschluß (v. 12.9.95) der Niedersächsischen Landesregierung, ein Pilotprojekt zur „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ in den Anstalten JVA für Frauen in Vechta und JVA für Männer in Lingen I Abt. Groß-Hesepe zu beginnen, wurden die beteiligten Anstaltsleitungen mit Erlaß v. 20.9.95 vom Niedersächsischen Justizministerium gebeten, mit den anstaltsinternen konzeptionellen Vorarbeiten zu beginnen.

Nachdem die politische Entscheidung getroffen war, benannte die Anstaltsleitung der JVA Lingen I mit Verfügung vom 6.10.95 eine unter der Leitung des Suchtberatungsdienstes interdisziplinär zusammengesetzte, siebenköpfige Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung eines Konzeptes. Innerhalb eines halben Jahres hat die Arbeitsgruppe 20 mal getagt, um die Ziele und Modalitäten eines Modellprojektes so festzulegen, daß eine den Gegebenheiten der Anstalt angemessene, von den Bediensteten akzeptierte, und die Bedürfnisse der Gefangenen berücksichtigende Konzeption entstand.

Die Arbeitsgruppe diskutierte entlang folgender Leitgedanken, die in der Konzeption der Anstalt formuliert sind (S. 9):

1. Vorrangiges Ziel ist und bleibt es, den Drogenabhängigen zur Abstinenz zu motivieren, ihn an Hilfsangebote heranzuführen und unterstützend auf Therapie- oder Substitutionswünsche zu reagieren.
2. Durch die Spritzenvergabe soll der Drogenkonsum weder toleriert noch gefördert werden.
3. Die Umsetzung der Spritzenvergabe wird ausschließlich vor dem infektionsprophylaktischen Hintergrund erarbeitet.
4. Die Arbeitsgruppe arbeitet transparent. In besonderem Maße sind die Bediensteten der Abteilung Groß-Hesepe über die jeweiligen Arbeitsergebnisse zu informieren.
5. Die Arbeitsgruppe ist für Umsetzungsvorschläge, Anregungen aber auch Ängste, Probleme und anderweitige Fragen offen und bietet sich als Ansprechpartner an. Hierbei ist es unerheblich, ob die Anfragen persönlich oder anonym (schriftlich) an Arbeitsgruppenmitglieder herangetragen werden“ (Justizvollzugsanstalt Lingen I 1996: 9/10).

Die Arbeitsgruppe untersuchte zwei Optionen von Spritzen-Vergabemodellen auf ihre Umsetzbarkeit hin:

- A) Die Vergabe über den Suchtberatungsdienst und das Krankenrevier in einer Teestube.
- B) Die Vergabe über Automaten.

Beide Optionen wurden ergebnisoffen diskutiert, wenngleich sich eine Favorisierung der Option A relativ bald - auch nach der intensiven Diskussion in der Vorlaufphase - abzeichnete (S:6). Die einstimmig gefaßte Entscheidung der Arbeitsgruppe am 26.3.96 für die Vergabe über den Suchtberatungsdienst und das Krankenrevier in einer Teestube basierte auf den Vorteilen dieser Option für eine Verbesserung der anstaltsinternen Suchtberatung insgesamt (vgl. Justizvollzugsanstalt Lingen I 1996: 13/14):

- Erweiterung der Kontaktmöglichkeiten zwischen Suchtberatung und drogenabhängigen Gefangenen
- Vergrößerung der Reichweite
- Integration der Spritzenabgabe in ein niedrigschwelliges Hilfsangebot (Teestube) ermöglicht eine inhaltlich verbesserte Hilfe
- Qualifizierte und glaubwürdige Beratung durch Suchtberatungsdienst und Sanitätsdienst insbesondere im Hinblick auf Vermittlung von risikomindernden Botschaften und deren Umsetzung (Spritzenvergabe nur als ein Bestandteil einer präventiven Gesamtstrategie)
- Suchtberater und Sanitätsbedienstete arbeiten szenenah und sind anonym erreichbar, dadurch trägt das Vergabemodell zur Normalisierung und Akzeptanz des Angebots bei
- Anonymität und Szenenähe der Spritzenvergabe trägt zur Normalisierung und Akzeptanz des Angebotes bei
- Kontrolle des Projektverlaufes (Einhaltung des Ausschlusses von substituierten Gefangenen vom Spritzentauschangebot) durch Suchtberatungs- und Sanitätsdienst.

Sehr plastisch werden einige Entscheidungsgründe noch einmal zusammengefaßt im Interview mit den Leitungskräften der JVA Lingen I Abt. Groß - Hesepe: „... das Spritzenprojekt ist ja eigentlich nur eine ganz kleiner Anteil unserer Suchtberatung insgesamt und wir wollten das nicht anonym nebeneinander laufen lassen, sondern wir wollten zumindestens den Leuten, die die Spritze sich besorgen, ein Angebot machen, auch wenn es nur noch ganz gering anzusetzen ist. Der Suchtberatungsdienst hat darin auch die Möglichkeit gesehen, Gespräche anzubieten. Nicht, sich aufzudrängen, aber zumindestens noch ein bißchen das Gefühl zu geben, ‘wenn es Probleme gibt, sind

wir hier und ihr könnt uns jederzeit ansprechen'. Wenn das über Automaten geht, hat man überhaupt keinen Einfluß auf die einzelnen Leute und die Leute selbst haben auch nicht den unmittelbaren Zugang zum Suchtberatungsdienst. Wir haben darin eine sehr positive Komponente für den Suchtberatungsdienst gesehen und die Automaten haben uns insofern abgeschreckt, weil wir die Erfahrung machen, daß im geschlossenen Männervollzug auch vieles mutwillig kaputtgemacht wird, da war unsere Sorge, daß vielleicht diejenigen, die die Spritzenvergabe als nicht sinnvoll ansehen, die Automaten auch mutwillig zerstören, damit die anderen nicht reibungslos an Spritzen herankommen. Da haben wir eben auch befürchtet, daß es da zu Aggressionen kommen könnte und die wir nicht steuern können. Aus diesen Überlegungen heraus ist eigentlich das Angebot über den Suchtberatungsdienst gekommen“ (H:8).

Interessant ist, welche Themen innerhalb der Arbeitsgruppe kontrovers diskutiert wurden. Als Beispiel sei herausgegriffen die Frage der Öffnungszeiten der Teestube bzw. des Zugangs zum Spritzentausch. Hier gingen die Meinungen stark auseinander: von einer Rund-um-die-Uhr-Öffnungszeit, um jede Spritzenverknappung und jedes Infektionsrisiko auszuschließen, bis zur eingeschränkten Öffnungszeit von einigen Stunden, die von den Gefangenen eingeplant wird: „Ich stand immer auf dem Standpunkt, daß zwei Stunden täglich durchaus ausreichen, weil die Gefangenen unter anderem ja auch lernen sollen, ihren Tagesablauf darauf abzustellen und sie können das auch ..., in Kontaktcafés geht es auch, die haben auch nicht rund um die Uhr geöffnet, die AIDS-Hilfen auch nicht und von daher denke ich schon, daß sie in der Lage sind, feste Tauschzeiten einzuhalten. Und einige Kollegen der Arbeitsgruppe denn aber sagten: 'Nein, wenn wir das machen, müssen wir das hundertprozentig machen, d.h., wir müssen einen Notfallkoffer haben, für den Nachtdienst. Wenn jetzt zufällig nachts jemand klingelt und will sich den Druck setzen,... dann können wir ja nicht sagen, 'paß auf, wir nehmen dein Infektionsrisiko in Kauf, weil die Teestube erst morgen wieder geöffnet ist'. Da hatten wir uns richtig festgebissen, wo eigentlich unser Anspruch liegt. Und diese Notfallkofferidee hatte dann auch Konsequenzen in der Diskussion, in der theoretischen, daß praktisch jeder Bedienstete in die Lage versetzt werden muß, Spritzen zu verteilen, weil im Nachtdienst oder auch im Spätdienst wären wir oder die Sanitäter ja nicht anwesend. Und dieses Einbinden in die Schweigepflicht, was ja in der Diskussion Voraussetzung für den Spritzentausch gewesen ist, hätte dann praktisch auf jeden Bediensteten übertragen werden müssen. Das jedoch geht in gar keinem Fall, weil es

ja Vollzugsbeamte sind. Und das war eine Diskussion, da haben wir richtig, ich glaube, zwei, drei Arbeitsgruppensitzungen haben wir richtig geknallt ... Da gingen die Meinungen auseinander. Und wir haben uns dann, da ist noch der Vollzugsleiter dazu gekommen, der sonst nicht an den Arbeitsgruppen teilgenommen hat und hat uns dann, so praktisch als ein neutraler Zuhörer, das gleiche hatten wir auch mit der AIDS-Hilfe gemacht, zwei neutrale Zuhörer, die uns dann irgendwie wieder auf den Weg gebracht haben. Das war eine wichtige Erfahrung, daß man dann auch mal für diesen einzelnen Gruppenprozeß jemanden Außenstehendes hatte, relativ außenstehend, der uns mal gegengespiegelt hat, wie wir uns jetzt gerade verbeißen“ (G:8/9).

In dieser Kontroverse äußern sich auch verschiedene suchttheoretische Annahmen: inwieweit verfügen Drogenabhängige über Planungskompetenzen (Einhaltung einer Öffnungszeit), wieweit muß die Fürsorge gehen?

Entscheidende Voraussetzung für die Entscheidung zugunsten dieses Modells war die Einbeziehung des Suchtberatungsdienstes in die ärztliche Schweigepflicht, so daß Anonymitätsgesichtspunkten Rechnung getragen werden konnte.

Das Vergabemodell B wurde in seinen Vor- und Nachteilen ebenfalls intensiv diskutiert. Dabei überwogen die Nachteile:

- Hoher Kostenaufwand (11 Automaten wären für Groß-Hesepe nötig, à ca. DM 5.500,-);
- Automaten sind störanfällig und manipulierbar;
- nicht kontrollierbar, ob nicht auch Nicht-Zugangsberechtigte Spritzen aus dem Automaten ziehen (z.B. Substituierte);
- Beauftragung technisch-versierten Personals zur Wartung der 11 Automaten;
- Vermutung einer geringeren Akzeptanz der Automaten seitens der Kollegenschaft;
- Fehlen eines wichtigen regelmäßigen Kontaktes zum Klienten;
- Vermutung einer Kontrolle des Automatenzugangs durch Gefangene, die sich den Zugang ggf. bezahlen lassen oder die Drogen wegnehmen²⁶.

²⁶ Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch der JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe v. .5.2.96, S. 2 ff.

In der nun gewählten Integration der Spritzenvergabe in ein niedrigschwelliges Beratungs- und Betreuungsangebot, spiegelt sich auch der intensive Austausch der Arbeitsgruppe mit der AIDS-Hilfe Emsland und der Drogenberatungsstelle Lingen wieder: Die DROBS Lingen unterhält ein ähnliches Kontaktcafé in Lingen, das als Vorbild für die Konzipierung der Teestube diente (G:6). Weiterhin wurden auch die Niedersächsische AIDS-Hilfe und die Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta als externe VertreterInnen in die Arbeit der Arbeitsgruppe einbezogen.

„Neben der Abklärung organisatorischer Belange diente die Beteiligung Externer selbstverständlich auch der Meinungsbildung einzelner Arbeitsgruppenmitglieder bzw. der gesamten Arbeitsgruppe. Der so geführte Meinungsaustausch förderte innerhalb der Arbeitsgruppe den Konzeptionsentwicklungsprozeß und bedeutete letztlich auch stets die erneute kritische Auseinandersetzung mit den erzielten Arbeitsergebnissen“ (Justizvollzugsanstalt Lingen 1996:11).

Schließlich wurde die konzeptionelle Arbeit auch befruchtet durch die Teilnahme an Fachtagungen, z.B. von der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin am 9./10.11.1995 („Für und Wider Spritzenvergabe im Strafvollzug“) und in Loccum (Evangelische Akademie Loccum), mit dem Titel „Das nimmt die Gier weg“ (AG Spritzenvergabe im Justizvollzug) vom 17.-19.11.1995.

3.4.4.1 Besuch in Oberschöngrün und Hindelbank

In der Phase der Konzeptionsentwicklung der Arbeitsgruppe wurde eine einwöchige Hospitation in der Anstalt in Oberschöngrün/Solothurn durchgeführt, die ebenfalls eine Spritzenvergabe - allerdings über den ärztlichen Dienst - betreibt, und ein Besuch in der Anstalt in Hindelbank vorgenommen. Neben vier ArbeitsgruppenteilnehmerInnen war auch der Vollzugsleiter Mitglied der Hospitationsgruppe: „... der Besuch in der Schweiz hat uns zusätzliche Informationen geben sollen und uns in bestimmten Richtungen auch bestärken, oder auch Anlaß geben sollen, noch mal über unsere Verfahrensweise nachzudenken. Ich selbst habe in Oberschöngrün das Gefühl gekriegt, daß die Spritzenvergabe dort ausschließlich über den ärztlichen Dienst läuft und der Vollzug insgesamt wenig davon berührt war. Die haben das gewußt, daß es Spritzen gibt und daß die im Spind sind, aber sie waren nach meinem subjektiven Eindruck in der kurzen Zeit, das muß man unter einem Vorbehalt natürlich auch sehen, nicht so sehr eingebunden und die

Diskussion mit den Mitarbeitern hat auch durchaus für mich signalisiert, daß sie eine relativ neutrale Position dazu hatten. Sie hatten halt auch nichts damit zu tun. Und das hat uns eigentlich noch mehr Mut gegeben, daß wir auf dem Wege, sehr viel mit Mitarbeitern zu sprechen und das über den Suchtberatungsdienst auch auszuhändigen, daß das durchaus ein richtiger Weg ist. Wir haben uns ja auch die andere Anstalt angesehen, da ging das über den Automaten, allerdings auch nach einem Vorgespräch durch eine Sozialarbeiterin, die die Spritzenattrappen ausgehändigt hatte. Wir sind auch nach der Besichtigung dieser Anstalt eher bestärkt worden, daß über den Suchtberatungsdienst das auszuhändigen, besser sei“ (H:8).

3.4.4.2 Beteiligung der Bediensteten

Mit Beginn der Arbeitsgruppe geht eine intensive, fast zweijährige Phase vorbereitender Diskussion zu Ende, die maßgeblich zur Akzeptanz unter den Bediensteten beigetragen hat: „Ich habe das immer so anfänglich als ein ganz sensibles Thema empfunden, die Spritzenvergabe und ich denke, daß das sehr viel Ängste rausgenommen hat. Da ist jedenfalls nicht der Eindruck entstanden, die Spritzenvergabe wird von der Anstaltsleitung, und vielleicht einzelnen Bediensteten und dem Justizministerium in Hinterzimmern besprochen, sondern wir alle können was sagen und wir können durch unsere Wortmeldungen diesen Diskussionsverlauf mitgestalten. Das war, denke ich, sehr wichtig“ (G:3).

Aber auch in die Arbeit der Arbeitsgruppe und über die erarbeiteten Zwischenergebnisse sind die Bediensteten in verschiedener Weise eingebunden und informiert worden:

- Thematisiert auf Dienstbesprechungen und Gesamtkonferenzen;
- Zugänglichmachung des Zwischenberichtes im Dezember 1995;
- Auslage der Protokolle.

Schließlich wurde am 19./20.12.95 eine Problemsammlung bei den Bediensteten durchgeführt, bei der alle Interessierten anonym ihre Probleme mit der Spritzenvergabe und ungelösten Fragen auf Kärtchen formulieren konnten. Diese Aktion diente einer Ansprache aller Bediensteter und stellte eine weitere Form ihrer Einbeziehung in die Konzeptionsentwicklung dar: „Da war meine Idee gewesen, um nicht gerade hinterher die Kollegen wieder einzubeziehen und zu sagen, ja ich hätte aber das noch an Bedenken oder ich hätte

das noch gerne gelöst, das war so mein Gedanke, das über diese Kärtchenmethode herauszufragen, über diese Kärtchenmethode einfach sicherzustellen, daß jeder Bedienstete beteiligt ist, daß nicht einer das große Wort führt und sich alle daran, an einem Punkt aufhängen, sondern durch diese Kärtchenmethode wird jeder gezwungen, seine eigenen Gedanken zu sagen und die Kärtchenmethode ist im Prinzip anonym, so daß auch jeder seinen Unmut kundtun konnte und das ist in ein, zwei Karten ja auch erfolgt, von daher war es mir sehr wichtig, die Einbindung in dieser Form zu machen, weil ich die als sicherste angesehen habe. Aber das war schon zu einem Zeitpunkt, als ja die Entscheidung getroffen war, wir sollen ein Konzept erstellen“ (H:6).

Die Bediensteten sollten zu folgender Frage Stellung nehmen: „Welche Probleme sehe ich bei der Ausgabe von Einwegspritzen an Gefangene in der Abteilung Groß-Hesepe?“ (vgl. Justizvollzugsanstalt Lingen 1996:11ff). Insgesamt gingen 71 Karten von ca. 79 Mitarbeiterinnen ein. Schwerpunkte bilden nicht etwa Bedrohungsängste (darauf beziehen sich lediglich 3 Karten), sondern in hoher Anzahl Fragen zu den Modalitäten der Abgabe (9) der Aufbewahrung (14), Transport und Abwesenheit der Gefangenen (9), Schutz und Akzeptanz der Bediensteten (7) aus (ausführliche Darstellung: siehe Justizvollzugsanstalt Lingen 1996:12f).

Jede der aufgeworfenen Frage wurde von der Arbeitsgruppe auf einer gesonderten Dienstbesprechung mündlich und schließlich auch in schriftlicher Form beantwortet.

3.4.4.3 Konzeption der Infektionsprophylaxe

Das Konzept²⁷ 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 einer neu geschaffenen Teestube an. Die Teestube grenzt an die Räumlichkeiten des Suchtberatungsdienstes an und ist weitgehend uneinsehbar über den Freizeitbereich der Anstalt für die Inhaftierten zugänglich. Die personenbezogenen Vergabemodalitäten sind als Bestandteil eines niedrigschwelligen Beratungsangebotes

27 Vgl. Konzept im Anhang.

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. 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.

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 Notfallhilfe angeboten, um bereits vorhandene Kenntnisse aufzufrischen und zu vertiefen.

Informationsveranstaltungen sind in unregelmäßigen Abständen durch den Suchtberatungsdienst und die AIDS-Hilfe geplant.

3.4.5 Erfahrungen der Projektpraxis

In Lingen Abt. Groß-Hesepe ist die Teilnahmebereitschaft zum Modellprojekt vor dem Start (15.7.96) unter den Gefangenen etwas verhaltener gewesen als in Vechta: Hier hatten sich vor Projektbeginn nur drei Gefangene für das Projekt angemeldet. Vorbehalte mögen bei den Gefangenen eine größere Rolle als in Vechta gespielt haben. Allerdings ist die Teilnahme am Tag des Projektbeginns stark angewachsen. Am 15.7.96 meldeten sich drei, am 16.7. sechs und am 17.7. fünf Gefangene zum Projekt an. Gegenwärtig (nach einmonatiger Laufzeit) beläuft sich die Teilnehmerzahl auf 27 Gefangene.

Alle Teilnehmer nehmen auch an der wissenschaftlichen Begleitung teil.

Die Absprachen und aufgestellten Regeln bezüglich Tausch(zeiten), Transport und Aufbewahrung werden von den Gefangenen eingehalten.

Die Bediensteten verfolgen das Projekt mit Interesse bezüglich Stand und Verlauf des Projektes. Auch hier verläuft das Projekt im Arbeitsalltag unspektakulär.

Durch die Spritzenvergabe wurde für den Suchtberatungsdienst ein Zugang auch zu jenen Gefangenen möglich, die bis dato noch keinen Kontakt mit dem anstaltlichen Drogenhilfe suchten. Die Einbeziehung des Suchtberatungsdienstes in die ärztliche Schweigepflicht wird akzeptiert - sowohl von den Gefangenen als auch von den Bediensteten. Ebenso wie in Vechta zeigt sich auch hier, daß trotz Spritzenumtauschgebots Vermittlungen in die klassischen Drogenhilfeangebote stattfindet: zwei Teilnehmer wurden in Substitutionsbehandlungen vermittelt, einer in eine stationäre Entgiftung (Lingen I) und einer in eine Therapievorbereitung.

Das Tauschverhalten der teilnehmenden Gefangenen ist nach einmonatiger Laufzeit des Projektes relativ schwer einschätzbar: bis auf einen Gefangenen mit häufigem Tausch (täglich) lassen sich Tauschmuster von mehr oder weniger regelmäßig bis zu gelegentlich beschreiben.

Obwohl in Groß-Hesepe neben Insulinspritzen auch 2ml-Spritzen abgegeben werden, werden die Insulinspritzen bevorzugt genommen. Ascorbinsäure, wie es in der Konzeption vorgesehen ist, wird z.Z. noch nicht an die Gefangenen abgegeben. Klärungsbedarf besteht darüber, ob es sich bei der Abgabe von Ascorbin um eine infektionsprophylaktische Maßnahme handelt oder nicht²⁸.

3.4.6 Kooperations- und Informationstätigkeit der Anstalt

Die MitarbeiterInnen des Modellprojektes und die Anstaltsleitung in Lingen I Abt. Groß-Hesepe haben von vornherein versucht, das neue Projekt in Ruhe starten zu lassen. Der Grund liegt darin, dem Projekt keinen Außergewöhnlichkeitsstatus zuzuweisen, der die Spritzenvergabe in den Mittelpunkt des Anstaltsalltags rückt.

Gleichwohl ist die Arbeit des Suchtberatungsdienstes vernetzt mit anderen externen Hilfseinrichtungen und vor allem mit Institutionen, die ähnliche

28 Vgl. Protokoll der AG Spritzenaustausch der JVA Lingen I Abtl. Groß-Hesepe v. 16.7.96.

infektionsprophylaktische Projekte planen oder bereits entwickelt haben. Hier bestehen Kontakte zu den Justizbehörden Hamburgs, die seit Juni 1996 in der JVA Vierlande ein ähnlich konzipiertes Modellprojekt umgesetzt haben und zur Anstalt in Oberschöngrün/Solothurn (Schweiz), mit der eine Hospitation der dortigen Kollegen geplant ist (siehe auch Kap. 3.4.4.1). Eine Delegation aus VertreterInnen der Justizvollzugsanstalten und der zuständigen Oberbehörde aus Straßburg hat sich bei einem Besuch eingehend über den Stand und Verlauf des Projektes erkundigt.

Kontakte und engere Kooperationsbeziehungen bestehen zur JVA für Frauen in Vechta, dem Suchtbeauftragten des Bereichs Straftaft Niedersachsen, dem Anstaltsbeirat der JVA Lingen I, der Drogenberatungsstelle Emsland. Diese Kontakte und Kooperationen werden vom Suchtberatungsdienst der Anstalt einmal jährlich in einer „Fachbesprechung Sucht“, einer Fachtagung, zusammengefaßt. Die diesjährige Fachtagung findet am 31.10.1996 zum Thema „Spritzenvergabe im Justizvollzug“ statt.

3.5 Koordination der beiden Projekte durch das Niedersächsische Justizministerium

Das Niedersächsische Ministerium für Justiz (MJ) übernimmt im Rahmen seiner Aufsichtsfunktion koordinierende Tätigkeiten in dem Modellprojekt und hat zunächst die Aufgabe ausgeführt, projektübergreifende Fragestellungen zu entwickeln, die zur Erarbeitung einer sachlichen und rechtlichen Grundlage von Bedeutung waren. Darüber hinaus hat eine Vertreterin des MJ an Arbeitssitzungen der in beiden Anstalten eingerichteten Arbeitsgruppen teilgenommen, um mit fachlichen Hinweisen den Prozeß der Konzeptionsentwicklung während der Endphase zu begleiten und eine Vermittlung der Sichtweisen der Anstalten und denen des MJ anzustreben. Die Koordination wurde darüber hinaus durch Arbeitsgruppen-Protokolle ständig über den Diskussionsstand zur Projektrealisation in den Anstalten informiert. Nach Abschluß der konzeptionellen Arbeiten hat das MJ die notwendigen Verwaltungsvorschriften erlassen. Die Angehörigen des Unterausschusses Justizvollzug und Straffälligenhilfe des Ausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen wurden über den Fortgang im Modellversuch informiert.

Um projektübergreifende, vor allem straf- und haftungsrechtliche Fragestellungen zu klären, hatte das MJ am 6. November 1995 zu einer Auftaktveranstaltung sowohl die Mitglieder der Expertenkommission, VertreterInnen der

beteiligten Justizvollzugsanstalten aus Vechta und Lingen, ein Mitglied des Hauptpersonalrates und einen Vertreter der Strafrechtsabteilung des Niedersächsischen Justizministeriums eingeladen. Damit die Konzeptionsarbeiten in den einzelnen Anstalten abgeschlossen werden konnten, ging es hier und in den Folgesitzungen am 31.1.96 und 13.2.96 (unter zusätzlicher Beteiligung der zuständigen Staatsanwaltschaften) vor allem um Fragen der Ziel- und Zugangsgruppen, Modalitäten der Spritzenabgabe, rechtliche und vor allem auch haftungsrechtliche Fragen, sowie um Kooperationsbeziehungen aller Beteiligten. Kontroversen bestanden vor allem darüber, ob

1. sterile Spritzen nur an betäubungsmittelabhängige Gefangene vergeben werden dürften und wenn ja, wie dies sichergestellt werden könnte (§ 29 Abs. 1, Nr. 10 BtmG);
2. auch substituierte Gefangene Zugang zu sterilen Einwegspritzen erhalten sollten (eventueller i.v. Beikonsum, hohe Durchseuchung, Gefahr des Nadeltausches);
3. auch zu Jugendstrafe verurteilte Frauen Zugang zu sterilen Einwegspritzen erhalten sollten (rechtl. Fragestellung).

zu 1.): Insbesondere die Leitenden Oberstaatsanwälte wiesen am 13.2.96 darauf hin, daß an die Feststellung der Betäubungsmittelabhängigkeit keine außergewöhnlichen diagnostischen Anforderungen gerichtet werden sollten. Im Zweifel müsse die eigene Auskunft der betreffenden Person, daß sie drogenabhängig sei, genügen. Diese praktisch umsetzbare, rechtliche Einschätzung wurde in den Konzeptionen beider Anstalten berücksichtigt:

- „Die Vergabe der für den Tausch notwendigen Spritzenattrappe erfolgt nur an i.v. drogenabhängige Inhaftierte nach entsprechender Prüfung durch den Anstaltsarzt. In Zweifelsfällen kann die i.v. Drogenabhängigkeit auch dann angenommen werden, wenn die Inhaftierte ihre Abhängigkeit ausdrücklich erklärt und keine gegenteiligen Anhaltspunkte vorliegen“ (JVA für Frauen Vechta 1996).
- „Die Einwegspritzen werden in der Abteilung Groß-Hesepe nur an intravenös-drogenabhängige Inhaftierte ausgegeben. Die Prüfung der Abhängigkeit erfolgt vorrangig durch den Anstaltsarzt oder aber durch den Suchtberatungsdienst. Eine intravenöse Drogenabhängigkeit kann im Zweifelsfall auch dann angenommen werden, wenn der Gefangene seine Abhängigkeit ausdrücklich erklärt und gegenteilige Anhaltspunkte nicht bekannt sind“ (Konzeption Lingen I Abt. Groß-Hesepe).

zu 2.) Substituierte Gefangene sind von der Teilnahme am Austauschprojekt in beiden Modellprojekten ausgenommen. Obwohl insbesondere in der Konzeption der JVA für Frauen Vechta betont wird, daß bei ihnen ein besonders hohes Gefahrenpotential bezüglich Infektionen besteht, haben sich Substituierte zum generellen Verzicht auf „Beikonsum“ mit Unterzeichnung einer entsprechenden Behandlungsvereinbarung verpflichtet. Dieser Ausschluß wurde in beiden Konzeptionen berücksichtigt.

zu 3.): Bei minderjährigen drogenabhängigen Personen wird seitens der Anstalt das schriftliche Einverständnis der Erziehungsberechtigten eingeholt. Solange diese Erklärung nicht vorliegt, ist eine Teilnahme am Spritzenaustausch ausgeschlossen und es erfolgt eine separierte Unterbringung in einem geschützten Bereich (in der Konzeption der JVA für Frauen Vechta - für die JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe stellt sich dieses Problem nicht, da hier nur Erwachsenen-Strafhaft vollzogen wird).

Schließlich umfaßt die Koordination auch die Informationsweitergabe und -sammlung über die Niedersächsischen Aktivitäten im Bereich „Infektionsprophylaxe im Justizvollzug“ und die Pflege der Zusammenarbeit und den Fachaustausch mit Vertreterinnen und Vertretern der Justizbehörden aus anderen Bundesländern. Zum Zweck des Informationsaustausches wurde auf ReferentInnenebene ein Informationsaustausch mit den Bundesländern Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen und Schleswig-Holstein über dortige Überlegungen zur Infektionsprophylaxe initiiert (7.3.1996 im MJ Hannover, am 19.6.1996 in der JVA für Frauen in Vechta unter Beteiligung weiterer Bediensteter).

3.6 Zusammenfassung

Die in diesem Kapitel dokumentierten Entwicklungsverläufe und -zusammenhänge bis hin zur Umsetzung der Präventionsabsichten des Modellprojektes beziehen sich auf spezifische Besonderheiten und Strukturen der beiden beteiligten Anstalten und ein entsprechendes gesundheitspolitisches Klima.

Die jeweils beschrittenen Wege sind deshalb nur im Kontext der infrastrukturellen Rahmenbedingungen und politischen Verhältnisse verstehend nachvollziehbar. Eine umfassende Allgemeingültigkeit und einfache Übertragbarkeit auf andere Anstalten und Gegebenheiten sind nicht unmittelbar gegeben.

Dennoch lassen sich übergeordnete Zusammenhänge und Muster aus dem Entstehungsprozeß des Modellprojektes extrahieren:

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 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 Hepatitisserkrankungen 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* entwickelt, die eine adäquate Arbeitsbewältigung gewährleisten. 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 Beteiligtebenen 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 Politik 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.

II. Methodischer Teil der Studie

4 *Untersuchungsaufbau*

Die Begleitforschung zum Modellprojekt ist als sozialwissenschaftlich gestütztes Evaluationsvorhaben konzipiert. Das wissenschaftlich-empirische Arbeiten orientiert sich an anwendungsbezogenen Fragestellungen der konkreten Modellprojektpraxis.

Es handelt sich um eine Auftragsuntersuchung, an die praktisch-politische Verwertungsinteressen gekoppelt sind. Die vom Auftraggeber ausdrücklich formulierte „Ergebnisoffenheit“ des Vorhabens ermöglicht und erfordert es, grundlegende wissenschaftliche Regeln einzuhalten (vgl. Wottawa/Thierau 1990:33f):

- die gesamte Spannweite der in die erhobenen Informationen eingeflossenen Argumente zu explizieren,
- ihre Motive und Fundierungen zu diskutieren,
- Verknüpfungen und Bewertungszusammenhänge deutlich zu machen.

Um das gesamte Spektrum wissenschaftlich vertretbarer Grundlagen für Relevanzbewertungen und Entscheidungen bezüglich der Praktikabilität und Effizienz der Projektbedingungen zu erhalten, ist ein auf das Modellprojekt abgestimmter Untersuchungsaufbau vorgesehen.

Im folgenden werden konzeptionelle Aspekte des Forschungshandelns dargestellt, methodologisch-methodische Entscheidungen veröffentlicht, forschungsfeldspezifische Besonderheiten markiert und die Forschungsmethoden beschrieben.

4.1 Methodologische Vorüberlegungen

Methodologische Prämissen korrespondieren mit den Bedingungen und der spezifischen Beschaffenheit des Forschungsgegenstandes insofern, als daß differente Problemstellungen, Forschungsziele, Inhomogenität der InteraktionspartnerInnen im Forschungsfeld etc. unterschiedliche methodologische und methodische Settings verlangen.

Tab. 4.1a: Gesamtplanung zur Studie „Infektionsprophylaxe im Nds. Justizvollzug“

Institution	Gruppe	Stichprobenumfang	Untersuchungsform	t1	t2
1. Teil: Schriftliche Befragungen					
JVA Vechta	Bedienst.	n = 57 (von 100)	Standardisierter Fragebogen (schriftlich erhoben)	bis 15.04.96	ab 15.04.97
JVA Lingen	Bedienst.	n = 47 (von 79)	Standardisierter Fragebogen (schriftlich erhoben)	bis 15.07.96	ab 15.04.97
JVA Vechta	Drogenabhäng. Insass.	n (ca. 80 (geschätzt)	Teilstandardisierter Fragebogen (mündlich von geschulten Interviewerinnen erhoben)	bis 15.04.96	mindestens 3 Monate nachträgl.
JVA Lingen	Drogenabhängig. Insassen	n (ca. 80 (geschätzt)	Teilstandardisierter Fragebogen (mündlich von geschulten Interviewern erhoben)	bis 15.07.96	mindestens 3 Monate nachträgl.

Tab. 4.1b: Gesamtplanung zur Studie „Infektionsprophylaxe im Nds. Justizvollzug“

Institution	Gruppe	Stichprobenumfang	Untersuchungsform	t1	t2
2. Teil: Mündliche Befragungen					
JVA Vechta	Leitung	n = 5	ExpertInnen-Interview	bis 15.04.96	alle 6 Mon.
JVA Lingen	Leitung	n = 4	ExpertInnen-Interview	bis 15.07.96	alle 6 Mon.
JVA Vechta	Bedienst.	n = 5 (geplant)	fokussiertes Interview	ab 09.96 (ggf. wdh.)	
JVA Lingen	Bedienst.	n = 5 (geplant)	fokussiertes Interview	ab 01.97 (ggf. wdh.)	
JVA Vechta	AG-Spritzen-tausch	n = 8 (erwartet)	Gruppendiskussion	ab 01.97 (ggf. wdh.)	
JVA Lingen	AG-Spritzen-tausch	n = 8 (erwartet)	Gruppendiskussion	ab 01.97 (ggf. wdh.)	
JVA Vechta	Drogen-abhäng. Insass.	n =5 (geplant)	fokussiertes Interview	ab 09.96 (ggf. wdh.)	
JVA Lingen	Drogen-abhäng. Insassen	n =5 (geplant)	fokussiertes Interview	ab 11.96 (ggf. wdh.)	
JVA Vechta	Insass. in Substitutions-behandlung	n = 5 (geplant)	fokussiertes Interview	ab 01.97 (ggf. wdh.)	
JVA Lingen	Insass. in Substitutions-behandlung	n = 5 (geplant)	fokussiertes Interview	ab 01.97 (ggf. wdh.)	
JVA Vechta	Nicht-drogen-abhäng. Insass.	n =5-10 (erwartet)	Gruppendiskussion	ab 08.96 (ggf. wdh.)	
JVA Lingen	Nicht-drogen-abhäng. Insassen	n =5-10 (erwartet)	Gruppendiskussion	ab 01.97 (ggf. wdh.)	

Um sich der Komplexität und Vielschichtigkeit der Inhalte und Zielsetzungen des Modellprojektes über differenzierte theoretische und praktische Erkenntnisse annähern zu können, werden in diesem Forschungskontext methodologische Orientierungen des qualitativen und quantitativen Ansatzes kombiniert.

Ein multimethodisches Vorgehen wird 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.

Bei einem methodenkombinierten Vorgehen sind die jeweiligen Abstraktionsleistungen der beiden Verfahrensweisen für die Erfassungsmöglichkeiten des Forschungsgegenstandes entscheidend.

Quantifizierende Verfahren eignen sich für Erkenntniszuwachs, wenn Erklärungsmuster und theoretische Vorkenntnisse bereits vorliegen und Vorannahmen bewahrheitet sind, um den Gegenstandsbereich der Untersuchung zu definieren und relevante Fragestellungen abzustecken. Die theoretischen und feldbezogenen Vorkenntnisse strukturieren die wissenschaftlichen Arbeitshypothesen, die anhand der Befunde systematisch überprüft werden. Eine umfangreiche Standardisierung der Bedingungen der Datenerhebung nach meßtheoretischen Regeln gewährleistet die Mathematisierbarkeit des empirischen Materials (vgl. Sturm 1994:91ff).

Liegen geringe Wissensbestände oder Informationslücken in Bezug auf den Forschungsgegenstand vor, eignet sich ein qualitatives Forschungsverfahren zur Exploration und Identifizierung von Zusammenhängen. Mit einer angestrebten weitgehenden Offenheit im Forschungshandeln wird beabsichtigt, forschungsrelevante, authentische Fragestellungen im Prozeß der Auseinandersetzung mit dem empirischen Material zu entwickeln. Die Generierung von Hypothesen erwächst als Ergebnis aus verschiedenen Arbeitsschritten der Analyse und Interpretation der Daten.

Die unterschiedlichen Qualitäten der qualitativen und quantitativen Verfahrensweisen erfassen verschiedene Facetten eines Gegenstandsbereichs: „Während beim qualitativen Herangehen eher die Vielfalt und das Beson-

dere betont wird, sind als Ziel beim quantifizierenden Arbeiten eher Mehrheitsaussagen angestrebt sowie die Reduktion des Materials insbesondere aufgrund einer angestrebten Ökonomisierung“ (Sturm 1994:92).

Diese allgemeinen methodologischen Ausführungen finden konkret in der Forschungskonzeption zum Modellprojekt Berücksichtigung: Die teilstandardisierten Fragebögen zur schriftlichen und mündliche Befragung sind auf der Basis theoretischer und erfahrungswissenschaftlich fundierter Sachkenntnis und Problemdefinitionen entwickelt worden. Das Forschungsinteresse zum Themenbereich „i.v. Drogenkonsum in Haft und Infektionsrisiken“ ist durch die Ergebnisse verschiedener vorliegender, innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs durchgeführter Studien und Untersuchungen vorstrukturiert (Nelles et al. 1995, Kleiber/Pant 1996, Koch/Ehrenberg 1992).

Aufgrund des vorliegenden Erfahrungswissens konnten Dimensionen des Forschungsinteresses und relevante Problemkomplexe ermittelt und Hypothesen theoretisch entwickelt werden, die in die standardisierten Fragebögen für die Bediensteten und Inhaftierten eingingen (ausführlicher in 5): Erwartungen, Befürchtungen, subjektive Einschätzung, Wissen über HIV und Hepatitis, Drogenkonsummuster, Risikomanagement etc.

Die thematischen Schwerpunkte der einzelnen Fragenkomplexe sind z.T. an Untersuchungsfragen aus oben angeführten Studien angelehnt bzw. um relevante Aspekte zur subjektiven Sicht Befragter erweitert.

Das operationalisierte Vorgehen in Datenerhebung und -auswertung ist darauf ausgerichtet, eine Verbreitung von Einstellungs- und Verhaltensmustern bei den Bediensteten und Inhaftierten zu prüfen und Veränderungen im Verlauf des Projektes festzustellen.

Den qualitativen Untersuchungsmethoden kommt sowohl eine ergänzende als auch eine primäre Bedeutung zu. Die teilstandardisierten Befragungen der Bediensteten und InsassInnen sind im Verlauf geplant, d.h., sie finden vor Beginn der Maßnahme und nach einer bestimmten Erfahrungszeit statt (siehe Tabelle 4.1b). Die geplanten qualitativen Erhebungen innerhalb dieser Stichproben decken darüber hinausgehende Meßzeitpunkte ab und reichern Informationen zur längsschnittlichen Analyse an. Außerdem tragen sie dazu bei, eine offenerere forschungsbezogene Auseinandersetzung mit den subjektiven Erfahrungsbereichen der Befragten inhaltsbreiter, unverhoffter und tiefergehend einzugehen. Gleichzeitig unterstützen die so gewonnenen Informationen die notwendige Überprüfung der Relevanz und ggf. Aktualisierung des

standardisierten Materials im Hinblick auf die Bedingungen des Projektprozesses.

Die qualitativen Anteile sind exklusiver Erkenntniszugang zu den Projektrealitäten der Personen der Leitungsebene, der substituierten Inhaftierten und der nicht-drogenabhängigen Inhaftierten. Gerade bei den letzten beiden Gruppierungen liegt unzureichendes theoretisches und erfahrungswissenschaftliches Material für deren Betroffenheit im Modellprojektzusammenhang vor, so daß an die qualitativen Formen explorative und strukturierende Ansprüche gestellt werden (ausführlicher Kap. 6).

Ein Forschungsvorgehen in Methodenkombination begünstigt eine Erkenntnisaneicherung, indem die gewonnenen Ergebnisse unter Rückbezug auf den Erkenntnisweg veröffentlicht und anschließend miteinander verschränkt diskutiert werden können. Kombination setzt allerdings noch nicht beim Anwendungsprozeß der verschiedenen Methoden im Sinne von Austauschbarkeit an, sondern verlangt „sauber“ durchgeführte Forschungsgänge nach den methodeneigenen Regeln.

Diesbezüglich wird das methodenkombinierte Verfahren der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes interpersonell durchgeführt, d.h. verschiedene Mitglieder des Forschungsteams vollziehen nach grundsätzlicher Abstimmung des gesamten Forschungsablaufes die beschriebenen Forschungsinhalte. Ein laufender gegenseitiger Austausch über den Entwicklungsstand der Forschungsbereiche hält den Informationsstand untereinander konstant aktuell und begünstigt die o.a. gewünschten positiven Effekte des kombinierten methodischen Vorgehens.

4.2 Forschungsrelevante Rahmenbedingungen

4.2.1 Methodische Probleme des Forschungsfeldes „Justizvollzug“

Das Modellprojekt ist ein komplexes „soziales Experiment“, in das die Vielschichtigkeit der institutionellen Zusammenhänge genauso einght 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 Drogenkonsum 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 Forschungsobjekten „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.

Aufgrund der Inhaftierungssituation finden die mündlichen Befragungen der Inhaftierten ausschließlich in den Anstalten statt, also alltags- und lebensweltnah und deshalb ggf. in Auseinandersetzung mit den beschriebenen Grundbedingungen.

Auch wenn das ForscherInnenteam von „außen“ kommt und eine unabhängige Position zu den institutionellen Verflechtungen einnehmen kann, schwingen die sozial wirksamen Aspekte potentiell in der Forschungsinteraktion mit.

Der Gefahr einer möglichen Verzerrung der Antwortmuster ist mit einer gründlichen Vorbereitung und einer bewußten Integration der Störmöglichkeiten entgegengewirkt worden. In der Vorbereitungsphase des Modellprojektes lag ein Schwerpunkt der Forschungstätigkeit in der Informationsarbeit über die wissenschaftliche Begleitung in den Anstalten und in der Schulungsarbeit der InterviewerInnen.

4.2.2 Rekrutierung und Schulung der InterviewerInnen

In Ergänzung zur Arbeit der vier hauptamtlichen, z.T. teilzeitbeschäftigten, Mitglieder des Forschungsteams wird die Interviewtätigkeit der standardisierten Befragungen hauptsächlich durch studentische Hilfskräfte durchgeführt. Diese Gruppe setzt sich zusammen aus Studenten und Studentinnen der Fachrichtungen Pädagogik, Psychologie und Lehramt der Carl von Ossietzky Universität. Alle InterviewerInnen bringen methodische Vorkenntnisse und in unterschiedlichem Maße Erfahrungen über Praktika oder nebenamtliche Mitarbeit in vollzuglichen Bereichen mit Drogenabhängigen mit.

Eine solide Grundlage für die Forschungsarbeit der studentischen InterviewerInnen ist über vorbereitende InterviewerInnenschulungen und kontinuierliche Arbeitsgruppentreffen als fachliche Begleitung des Forschungsprozesses gegeben.

In den vorbereitenden Sitzungen wurden forschungsfeldrelevante Inhalte und soziale Kompetenz für die Interviewdurchführung vermittelt und eingeübt:

- Stellenwert von Drogenkonsum im Justizvollzug;
- Zusammenhang Spritzdrogenkonsum und Infektionskrankheiten;
- Prävalenz und Ausbreitungsdynamik von Infektionskrankheiten im Justizvollzug;
- Drogenkunde;
- alltagssprachliches Verhalten der Befragtengruppe;
- Übersichtsvermittlung über den gesamten Forschungsplan;
- Einführung in den Fragebogen;
- Interviewgesprächsführung mit praktischen Übungen untereinander;
- praktische Bearbeitungsfragen und Codierungsverfahren des Fragebogens;
- regelmäßige Supervision der Interviewtätigkeit.

Die Gruppe der InterviewerInnen ist so zusammengestellt, daß die Interviews mit den Inhaftierten in geschlechtshomogenen Settings durchgeführt werden können. Hinter diesem Konzept steht die Haltung, daß weibliche Befragende potentiell die spezifischen Erfahrungen von Frausein in dieser Gesellschaft mit den befragten Insassinnen teilen - für die Männersicht gilt entsprechendes. Geschlechtsspezifische Sozialisationsbedingungen, hierarchische Geschlechterhältnisse, Polaritäten zwischen den Geschlechtern sind

repräsentiert in den subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen von Frauen und Männern. Entsprechend formen sich Kommunikationsmuster geschlechtsspezifisch different im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Verortung von Männern bzw. Frauen. Es wird davon ausgegangen, daß Männer und Frauen in gleichgeschlechtlichen Interviewsituationen eine größere Verständnisnähe zu den sprachlichen Äußerungen eines Gegenüber des gleichen Geschlechts entwickeln und damit Kommunikationsinhalte als Symbolisierungen der Realitätswahrnehmungen lebensweltnäher nachvollziehen können.

Für die Durchführung der qualitativen Erhebungen bei den Inhaftierten durch die hauptamtlichen ForscherInnen ist diese Vorgehensweise ebenfalls obligatorisch.

4.2.3 Anonymität und Datenschutz

Eine Mitarbeit an der sozialwissenschaftlichen Begleitung aller am Projektprozeß beteiligten Statusgruppen erfolgt auf der Basis von Freiwilligkeit. Diese wird schriftlich durch eine Einverständniserklärung bestätigt.

Eine Teilnahme der Inhaftierten am Spritzenaustauschprojekt wird nicht von der Bereitschaft zur Teilnahme an der sozial-wissenschaftlichen Begleitung abhängig gemacht. Ein bestätigtes Einverständnis kann jederzeit zurückgenommen werden.

Zum Zwecke der Anonymisierung der Daten bei gleichzeitigem Interesse an längsschnittlicher Bezugnahme auf unterschiedliche Datenquellen wird ein Code nach einem einheitlichen Schlüssel von den InterviewerInnen erstellt, so daß keine Rückschlüsse auf Personen erfolgen können. Die InterviewerInnen sind zur Anonymitätswahrung verpflichtet.

Die Zusicherung und Einhaltung eines vertraulichen, anonymisierten Umganges mit den Befragungsinhalten trägt maßgeblich zu einer offenen Gesprächsatmosphäre bei.

Die Befragten werden vor der Datenerhebung darüber informiert, daß die MitarbeiterInnen der wissenschaftlichen Begleitung unabhängig arbeiten und den Anstalten (Leitungen) gegenüber weder auskunftspflichtig noch weisungsgebunden sind. Gerade in der regelstrukturierten Institution Justizvollzug mit Sanktionierung nach Zuwiderhandlungen ist ein absolut anonymer Umgang mit Informationen von Inhaftierten über brisante Inhalte wie z.B.

Drogenkonsum, Risikomanagement forschungsethisch verpflichtend. Authentische Informationen sind überdies auf der Basis von Angst und Sanktionsdruck nicht zu erhalten.

Die TeilnehmerInnen an der sozialwissenschaftlichen Begleitung sind über den weiteren Umgang mit den von ihnen erhaltenen Daten informiert und erklären ihr Einverständnis darüber, daß die Informationen kodiert per Datenverarbeitung wissenschaftlich bearbeitet und die erstellten Datenträger in einem Safe verschlossen aufbewahrt werden.

Im übrigen sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Carl von Ossietzky Universität in Absprache mit dem Datenschutzbeauftragten eingehalten.

4.2.4 Vorstellung in den Anstalten

Aufgrund einer langen gründlichen Vorbereitungsphase in den beiden Anstalten konnten sich sowohl Bedienstete als auch Inhaftierte auf die Installation des Modellprojektes einstellen. Die Rolle und Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war nicht klar wahrnehmbar auch aufgrund der räumlichen und personellen Distanz.

Deshalb haben sich die MitarbeiterInnen der wissenschaftlichen Begleitung persönlich und inhaltlich auf Personalversammlungen am 7.3.1996 in Vechta und am 11.6.1996 in Groß-Hesepe den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Anstalten vorgestellt. Von Interesse war insbesondere die Form des Einbezugs der Sicht der Bediensteten in die Erhebungen der wissenschaftlichen Begleitung. Es wurden die Themenkomplexe des schriftlich zu bearbeitenden Fragebogens, die selbständig von den Bediensteten vorzunehmende Anonymisierung ihres Fragebogens durch eigenständige Erstellung eines Codes, die Befragungszeiträume und die Verwertungsinteressen der Daten besprochen.

Für die Inhaftierten wurden ebenfalls Informationsveranstaltungen der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführt. Zusammen mit den InterviewerInnen, die über das Individualinterview ebenfalls direkten Gesprächskontakt zu den Inhaftierten aufbauen, wurde das Vorgehen, das Interesse und der Auftrag der sozialwissenschaftlichen Begleitung dargestellt. In der JVA für Frauen in Vechta wurde zu diesem Zweck eine außerordentliche Versammlung der GMV (Gefangenenmitverantwortung) am 9.3.1996 einberufen, die von ca. 60 Frauen mit Interesse und kritischen Fragestellungen besucht

wurde. In der Männerhaftanstalt Groß-Hesepe war die Resonanz der Inhaftierten sehr gering. 3 Inhaftierte besuchten die Informationsrunde am 11.6.1996. Als Reaktion auf die abwartende und reservierte Haltung der Inhaftierten hat ein Mitarbeiter wiederholt (3 Termine) in einzelnen Wohn- und Arbeitsbereichen in kleinen Gruppen über die begleitende wissenschaftliche Arbeit informiert und die Relevanz der Beteiligung der Inhaftierten herausgestellt.

Schriftliches Vorstellungsmaterial der wissenschaftlichen Begleitung stand darüber hinaus beiden Gruppen gesondert zur Verfügung.

4.2.5 Zusammenarbeit mit den Anstalten

Die internen infrastrukturellen Regelabläufe in den Anstalten sind so speziell und verbindlich, daß die externe wissenschaftliche Begleitung auf interne KooperationspartnerInnen angewiesen ist. Aufgrund gemeinsamer fachinhaltlicher Bezüge zum Modellprojekt hat sich eine tragfähige Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen der Suchtberatungsdienste und den Anstaltsärzten/medizinischen Dienste entwickelt.

Die MitarbeiterInnen der Suchtberatungsdienste sind die verantwortlichen ProjektleiterInnen der praktischen Umsetzung des Modellprojektes in den Anstalten. Die Durchführung der mündlichen Interviews mit den Inhaftierten unter anstaltsinternen organisatorischen, zeitlichen, räumlichen und infrastrukturellen Erfordernissen wird durch den Suchtberatungsdienst koordinierend unterstützt. Diese MitarbeiterInnen sind darüber hinaus Mittelspersonen zum internen/externen projektbezogenen Informationsaustausch. Ihre Unterstützung trägt wesentlich zur unmittelbaren Aktualisierung des Informationsstandes der wissenschaftlichen Begleitung entlang der Vorkommnisse und Verläufe der Projektpraxis in den Anstalten bei.

Die Zusammenarbeit mit den Anstaltsärzten/medizinischen Diensten läßt sich durch organisatorische und wissenschaftliche Verbindungslinien beschreiben. Beim medizinischen Dienst in der JVA für Frauen in Vechta liegt die Einverständniserklärung der sozialwissenschaftlichen Begleitung vor, weil sich dort die Inhaftierten zur Teilnahme am Modellprojekt anmelden müssen, die Teilnahmeberechtigung ärztlich bestätigt werden muß und die auf den medizinisch-wissenschaftlichen Untersuchungsplan abgestimmte medizinische Versorgung erfolgt. In diesem Ablauf werden die Inhaftierten auch nach ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an der sozial-wissenschaftlichen

Begleitung befragt. Die Positiventscheidungen, die in Form von unterschriebenen Einverständniserklärungen vorliegen, werden vom medizinischen Dienst an die MitarbeiterInnen der sozial-wissenschaftlichen Begleitung weitergeleitet. Diese Kooperation gestaltet die Zugangsmöglichkeit der extern arbeitenden sozialwissenschaftlichen Begleitung zu den ProjektteilnehmerInnen.

Aufgrund des differenten Vergabeverfahrens in der Männeranstalt Lingen I Abt. Groß-Hesepe als Hand-zu-Hand-Vergabe über den Suchtberatungsdienst, erfolgt das Einholen der Einverständniserklärung zur Teilnahme an der sozialwissenschaftlichen Begleitung über den Suchtberatungsdienst.

Die auf wissenschaftliche Fragen bezogene Zusammenarbeit mit den Anstaltsärzten bezieht sich auf Absprachen bezüglich der Erhebungsmodalitäten zu medizinischen Parametern, den abschließenden Austausch und der interdisziplinären Diskussion der gewonnenen Ergebnisse.

5.1 Präzisierung der Problem- und Fragestellung

Mit der vorliegenden Studie verbinden sich eine Reihe verschiedener hypothesenprüfender Fragestellungen, die Bedienstete und InsassInnen in Haftanstalten gleichermaßen oder mit spezifischen Fokussierungen betreffen. Die Forschungshypothesen richten sich sowohl auf die Analyse einzelner Meßzeitpunkte (vor und nach der Installation der Spritzenautomaten bzw. der Spritzenvergabe) als auch auf den Vergleich beider Meßzeitpunkte.

Unterschieden wird im folgenden zwischen *Statushypothesen*, die Tendenzen einzelner Variablen beschreiben, *Zusammenhangshypothesen*, die Interdependenzen bi- oder multivariat analysieren, *Unterschiedshypothesen*, die die Wirkung einzelner Treatments (Maßnahmen) prüfen und *Veränderungshypothesen*, die Veränderungen zwischen verschiedenen Meßzeitpunkten unterstellen.

5.1.1 Statushypothesen der Studie

a) Bediensteten-Gruppe (Vechta/Lingen) zum Meßzeitpunkt t_1 :

- Es wird erwartet, daß der überwiegende Teil der befragten Bediensteten spezielle Informationsangebote für Bedienstete und Gefangene befürwortet.
- Es wird erwartet, daß der überwiegende Teil der befragten Bediensteten zwar ein ausreichendes Wissen über HIV/AIDS und adäquate Schutzmöglichkeiten besitzt, aber ein vergleichsweise geringes über Übertragungswege, Krankheitssymptome und Schutzmaßnahmen der verschiedenen Hepatitisformen.

b) InsassInnen-Gruppe (Vechta/Lingen) zum Meßzeitpunkt t_1 :

- Es wird erwartet, daß die Wahrung von Anonymität und das Ausbleiben offensichtlicher Nachteile die wesentlichen Forderungen bei der Umsetzung und Durchführung des Modellprojekts für InsassInnen darstellen.
- Es wird erwartet, daß der überwiegende Teil der befragten InsassInnen zwar ein ausreichendes Wissen über HIV/AIDS und adäquate Schutzmöglichkeiten besitzt, aber ein vergleichsweise geringes über Übertra-

gungswege, Krankheitssymptome und Schutzmaßnahmen der verschiedenen Hepatitisformen.

5.1.2 Zusammenhangshypothesen der Studie

- a) Bediensteten-Gruppe (Vechta/Lingen) zum Meßzeitpunkt t_1 :
- Es besteht die Annahme, daß eine deutliche Homogenität innerhalb der konstruierten Aussagen über Erwartungen an das Modellprojekt besteht, unabhängig von der befragten Institution.
 - Es besteht die Annahme, daß eine deutliche Homogenität innerhalb der konstruierten Aussagen über Befürchtungen gegenüber dem Modellprojekt besteht, unabhängig von der befragten Institution.
 - Es wird erwartet, daß sich ein enger Zusammenhang zwischen der (vorherigen) Involviertheit im Modellprojekt und der Einstellung dazu nachweisen läßt.
- b) InsassInnen-Gruppe (Vechta/Lingen) zum Meßzeitpunkt t_1 :
- Es besteht die Annahme, daß nachteilig wirkende Konstellationen in der lebensgeschichtlichen Entwicklung in engem Zusammenhang mit infektionsprohylaktischem Verhalten stehen.

5.1.3 Unterschiedshypothesen der Studie

- a) Bediensteten-Gruppe (Vechta/Lingen) zum Meßzeitpunkt t_1 :
- Es besteht die Annahme, daß sich Unterschiede im Ausmaß an Wissen über HIV/AIDS und Hepatitis in Abhängigkeit vom Schulabschluß, Berufsausbildung und Beschäftigungsbereich ergeben.
 - Es besteht die Annahme, daß der aktuelle Beschäftigungsbereich einen Einfluß auf die Einschätzung des Modellprojekts und die möglicherweise entstehenden Risiken ausübt. Es wird zu prüfen sein, ob Abhängigkeiten bei der Beurteilung unter Berücksichtigung des direkten Kontaktes mit InsassInnen (z.B. beim allgemeinen Vollzugsdienst) bzw. nicht-direkten Kontaktes mit InsassInnen (z.B. Verwaltung) bestehen.
 - Es besteht die Annahme, daß derjenige Bedienstetenanteil, der zuvor in der JA Falkenrott/Jugendlager in Vechta bzw. in der JVA Lingen I gearbeitet hat, gegenüber der restlichen Stichprobe eine partiell abweichende Erwartungs- und Befürchtungshaltung bezüglich der Auswirkungen des Modellprojekts zeigt.

- b) InsassInnen-Gruppe (Vechta/Lingen) zum Meßzeitpunkt t_1 :
- Es wird erwartet, daß sich die wahrgenommene bzw. tatsächliche Anonymität bei der Spritzenvergabe entscheidend auf die Akzeptanz des Modellprojektes auswirkt.
- c) Vergleich der Anstalten Vechta und Lingen zum Meßzeitpunkt t_1 :
- Es besteht die Annahme, daß die verschiedenen Vergabemodalitäten (bei der Spritzenvergabe in den Anstalten) einen Einfluß auf die Akzeptanz bei Bediensteten und InsassInnen ausüben.

5.1.4 Veränderungshypothesen der Studie

- a) Bediensteten-Gruppe im Vergleich der Meßzeitpunkte t_1 und t_2 :
- Bei den Items der Erwartungsskala und einer (zum zweiten Meßzeitpunkt) nachfolgenden Einschätzungsskala wird ein signifikanter positiver Zusammenhang erwartet.
 - Bei den Items der Befürchtungsskala und einer (zum zweiten Meßzeitpunkt) nachfolgenden Einschätzungsskala wird ein signifikanter negativer Zusammenhang erwartet.
- b) InsassInnen-Gruppe (Vechta/Lingen) im Vergleich der Meßzeitpunkte t_1 und t_2 :
- Im Hinblick auf Drogengebrauchsmuster wird bei den InsassInnen mit einer Verringerung der konsumierten Substanzen (bzw. allgemeinen Dosisveränderungen) und mit einer abnehmenden Häufigkeit des Drogenkonsums gerechnet.
 - Es wird zudem erwartet, daß Veränderungen in den Applikationsformen (möglicherweise in Richtung eines erhöhten Spritzengebrauchs) eintreten.
 - Es wird erwartet, daß sich der Tausch von Spritzen unter den InsassInnen senkt und mit einer allgemeinen Veränderung des Risikoverhaltens einhergeht.
 - Es wird eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei den InsassInnen erwartet.

5.2 Definition der Grundgesamtheit

5.2.1 Charakterisierung der Population

Die Stichproben setzen sich aus Bediensteten, InsassInnen und Leitungspersonal der JVA für Frauen in Vechta und der JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe

zusammen. Die erwarteten/bekanntes Stichprobengrößen sind dabei direkt von der Größe der untersuchten Institution abhängig. Genauere Überlegungen über die Größe der zu erhebenden Stichprobe (sogenannte optimale Stichproben in Abhängigkeit von zu erzielenden Effekten) entfallen damit zwangsläufig, bedingt durch die Versuchsanlage und letztlich durch die örtlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen der Studie (vgl. 5.4.2 Stichprobenverfahren).

Die Teilnahme an der Studie erfolgt für alle Personengruppen auf freiwilliger Basis und setzt deren Teilnahmebereitschaft voraus. Eine explizite schriftliche Einwilligung wird bei der InsassInnengruppe zur Bedingung gemacht.

5.2.2 Räumliche Einschränkungen

Räumliche Einschränkungen gründen sich bei dieser Untersuchung vor allem auf die Tatsache, daß die Erhebungen an zwei abgeschlossenen Institutionen mit eigener innerer Struktur vorgenommen werden. Einer Übertragung auf andere Einrichtungen dieser Art ist zwar prinzipiell unproblematisch; doch wird zu prüfen sein, ob nicht institutionelle Rahmenbedingungen, die sicherlich auch die JVA's in Vechta und Lingen voneinander unterscheiden, zu differenzierteren Ergebnissen führen. Aus diesen Erkenntnissen werden ggf. Anpassungen abzuleiten sein, die einer besseren Übertragbarkeit und Optimierung des Modellprojekts nützlich sein können.

Tab. 5.1: (Erwartete) Stichprobengrößen, Untersuchungsformen und Meßzeitpunkte des schriftlichen Befragungsteils zur Studie „Infektionsprophylaxe im Nds. Justizvollzug“

Institution	Gruppe	Stichprobenumfang	Untersuchungsform	t1	t2
JVA Vechta	Bedienst.	n = 57 (von 100)	Standardisierter Fragebogen (schriftlich erhoben)	bis 15.04.96	ab 15.04.97
JVA Lingen	Bedienst.	n = 47 (von 79)	Standardisierter Fragebogen (schriftlich erhoben)	bis 15.07.96	ab 15.07.97
JVA Vechta	Drogenabhängige Insass.	n ≈ 80 (geschätzt)	Teilstandardisierter Fragebogen (mündlich von geschulten Interviewerinnen erhoben)	bis 15.04.96	mindestens 3 Monate nachträgl.
JVA Lingen	Drogenabhängige Insassen	n ≈ 80 (geschätzt)	Teilstandardisierter Fragebogen (mündlich von geschulten Interviewern erhoben)	bis 15.07.96	mindestens 3 Monate nachträgl.

5.2.3 Zeitliche Einschränkungen

Zeitliche Einschränkungen ergeben sich vor allem durch den *Zeitpunkt der Vergabe der sterilen Einwegspritzen* und dem *Beginn flankierender Informationsveranstaltungen*, die weitere Möglichkeiten einer Vorhermessung limitieren. Für die Bediensteten bedeutet das, die Vorhermessung quasi zeitgleich für alle infragekommenden Personen durchzuführen. Die Tatsache eines gesonderten Zeitintervalls im Zuge einer Neuaufnahme bei den InsassInnen erlaubt es, während dieser gesonderten Haftphase weiterhin (d.h. auch nach Vergabe von sterilen Einwegspritzen) Erhebungen durchführen zu können. Unterschieden werden daher bspw. in der JVA Vechta bei den InsassInnen vier Untergruppen:

- Untergruppe A, die bereits vor Beginn des Modellprojektes inhaftiert und interviewt wird (vor 15.04.96);
- Untergruppe B, die vor Beginn des Modellprojektes inhaftiert, aber erst nach dem 15.04.96 interviewt wird;
- Untergruppe C, die nach Beginn des Modellprojektes inhaftiert und nach dem 15.04.96 (auf der Aufnahmestation) interviewt wird und
- Untergruppe D, die nach Beginn des Modellprojektes inhaftiert und nach dem 15.04.96 (nicht auf der Aufnahmestation, sondern bereits auf der regulären Station) interviewt wird.

Für die Untersuchung in der JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe ergeben sich lediglich 3 Untergruppierungen, da dort keine Aufnahmestation eingerichtet ist.

5.2.4 Ausnahmefälle und Nebenbedingungen

Ausnahmefälle ergeben sich lediglich bei den InsassInnen, die vor der Phase einer Nachhermessung (ca. 3 Monate nach Beginn des Modellprojektes) entlassen oder in Substitutionsbehandlung aufgenommen werden. Diese Personen werden zumindest für den Bereich der Veränderungshypothesen aus der Stichprobe ausgeschlossen werden müssen.

5.3 Differenzierung und Operationalisierung der Variablen

5.3.1 Skalenkonstruktion des Erhebungsinstrumentes

Die Erhebungsinstrumente sind für die Gruppen der Bediensteten als *standardisierter Fragebogen* und für die Gruppen der InsassInnen als *teilstandardisierte Befragung* abgefaßt, unter Berücksichtigung weitgehender thematischer Vergleichbarkeit. Für den ersten Meßzeitpunkt strukturieren sich die Instrumente wie folgt:

- Teil 1 beinhaltet *soziodemographische Daten*, soweit sie für die jeweilige Untersuchungsgruppe relevant erscheinen. Dies führt zu einer intensiveren Befragung der InsassInnen nach lebensgeschichtlichen Entwicklungsaspekten. Alle Angaben werden als nominales Datum erhoben und dienen im wesentlichen der Charakterisierung der Stichprobe und als unabhängige Gruppierungsvariablen für differenzierte Einteilungen bei der Testung spezifischer Hypothesen.
- Teil 2 dient einer weiteren Differenzierung der InsassInnen im Rahmen persönlicher *Vollzugsdaten*. Diese Angaben sollen im einzelnen Auskunft über Art und Dauer der Verurteilung und die Ausgangsbedingungen in Haft geben. Hiermit wird sich im wesentlichen klären lassen, ob die Stichproben hinsichtlich dieser Angaben als homogen zu bezeichnen sind.
- Teil 3 versucht, Auskünfte über *persönliche Erwartungen* zu erfragen. Für die Gruppe der Bediensteten liegen dazu 15 Items mit einer jeweiligen 5er-Skala (zzgl. einer Kategorie „weiß nicht“) vor, die dieser Erfragung von Einstellungen mit einer expliziten Mittenkategorie angemessen erscheint. Die Skalen basieren auf semantischen Differentialen der Art „überhaupt nicht - kaum - möglicherweise - überwiegend - mit Sicherheit“ oder „keine Hoffnung - geringe Hoffnung - hin und wieder Hoffnung - große Hoffnung - sehr große Hoffnung“. Die Skalierung erlaubt statistische Berechnungen mindestens auf Ordinalskalen-Niveau bzw. unter Berücksichtigung entsprechender Voraussetzungen ggf. Intervallskalen-Niveau.

Für die Gruppe der InsassInnen ist aufgrund der persönlichen Interviewsituation eine Variante entwickelt worden, die auf Spontanantworten der befragten Person basiert, die in Teilen im Fragebogen vorgegeben oder aber (von den InterviewerInnen) nachkodiert werden müssen. Weitere Gründe für die Abwandlung liegen zudem in möglichen Sprach- bzw. Verständnisproblemen, die damit ausgeräumt werden sollen.

Ein Nachteil dieser Abwandlung liegt sicherlich in dem Verlust der direkten Vergleichbarkeit der Erwartungshaltungen beider Gruppen, bleibt aber der Untersuchungssituation angemessen.

- Im Teil 4 des Untersuchungsinstrumentes werden *konkrete Befürchtungen und Ängste* erfragt, die sich möglicherweise mit dem Modellprojekt verbinden. Für die Gruppe der Bediensteten liegen hierzu 26 Items vor, die vor allem die Aspekte des Widerspruchs zu anderen Maßnahmen und allgemeine Verhaltensunsicherheiten thematisieren. Die Skalen wurden aus Teil 3 übernommen und ggf. angepaßt. Für die InsassInnen liegt wiederum eine Variante mit Spontanantworten vor.
- Zentrales Thema des fünften Teil sind konkrete *Forderungen* für die Umsetzung und Durchführung des Modellprojekts, verbunden mit Vorschlägen für die praktische Umsetzung. Diese Angaben werden teilweise in offenen Antworten erhoben und entsprechend nachkodiert. Die daraus resultierenden Kategorialdaten sollen Aufschluß über das allgemeine Interesse am Modellprojekt geben und den Grad der Einbeziehung in die Vorbereitungen bzw. Planung des Projekts.
- Diese Themen leiten über zur *subjektiven Bewertung und Befindlichkeit* des Teils 6. Zum einen soll hier von beiden Gruppen eine persönliche Einschätzung zu den Zugangsmöglichkeiten zu sterilen Spritzen und eine Bewertung der zusätzlichen Informationsveranstaltungen erfragt werden. Darüber hinaus von Interesse sind mögliche Auswirkungen auf das Zusammenleben im Gefängnis. Die direkte Betroffenheit für die InsassInnen führt in diesem Teil zu vertiefenden Fragen nach den Bedingungen, die erfüllt sein müssen, um den Spritzenautomaten bzw. die Spritzenvergabe zu nutzen. Die Fragen nach Auswirkungen werden in beiden Gruppen auf einer 5er Skala erfragt („sehr negativ - eher negativ - unentschieden - eher positiv - sehr positiv“ + „weiß nicht“), die restlichen Angaben haben kategoriale Eigenschaften.
- Der Teil 7 über *Drogengebrauchsmuster* liegt wiederum nur den InsassInnen vor und soll detaillierte Informationen über die konsumierte Drogenart, die Konsumhäufigkeit und die Konsumart geben. Hierzu wurde unter drei Zeitperspektiven (aktuell - im Monat vor Eintritt - im vergangenen Monat) ein differenziertes Beurteilungssystem zu Häufigkeit und Art des Konsums entwickelt, das ein umfassendes Gebrauchsmuster bevorzugter Drogen und ihrer Kombination gibt. Alle Angaben werden in eine spezielle Kodierung transferiert, die zu Kategorialdaten führen. Der zweite

Meßzeitpunkt (nach Installation der Spritzenautomaten) wird somit Rückschlüsse auf eine Veränderung der konsumierten Drogen geben.

- Daran anknüpfend liegt für die InsassInnen ein spezieller Teil 8 zum *Vermeidungsverhalten risikoreichen Drogenkonsums* vor. Dieser recht umfangreiche Teil soll genauen Aufschluß über bisherige Konsumpraktiken und -techniken und mögliche Tauschsituationen bei Spritzen geben. Auch die bisherigen Bezugsquellen werden erfragt und in eine Rangordnung gebracht (häufigste Bezugsquelle bis seltenste Bezugsquelle). Schließlich geht es in diesem Teil auch um die Technik und das Wissen über effektive bzw. ineffektive Desinfektionspraktiken beim Spritzen. Mit der Wiederholungsmessung wird zu prüfen sein, ob sich die Konsumpraktiken zugunsten einer Risikovermeidung entwickelt haben bzw. die Tendenz zum Spritzentausch allgemein gesenkt werden konnte.
Die Bediensteten haben diesen Fragebogenteil in reduzierter Form vorliegen. Bezug genommen wird dabei vor allem die Aspekte der Bezugsquellen von sterilen Spritzen und das Wissen über (effektive) Desinfektionstechniken.
- Teil 9 liefert für beide Gruppen weitgehend identische Informationen zum *Wissen über Infektionskrankheiten* wie AIDS und Hepatitis. In distinkten Fragekomplexen werden Infektionsmöglichkeiten bei HIV allgemein und speziell bei Sexualkontakten erfragt. Eingebündelt in diesen Fragekomplex sind Aspekte eigener Erfahrung mit HIV-Tests. Der zweite Teil der Wissensfragen thematisiert das Wissen zu Übertragungswegen, Krankheitssymptomen und Prävention bei Hepatitis. Die zumeist kategorial abgefaßten Wissensfragen („ja - nein - u.U.“ + „weiß nicht“) werden für die bessere statistische Verwertbarkeit zu Summenscores verrechnet.
- Der abschließende zehnte Teil thematisiert verschiedene *Präventionsmöglichkeiten* zur Vermeidung riskanter Sexualkontakte. Dieser bei den Bediensteten auf Wissensfragen beschränkte Teil erfährt bei den InsassInnen eine Erweiterung auf Beziehungsmuster bzw. wechselnde SexualpartnerInnen.

5.3.2 Unabhängige Variablen

Zwischen den beiden Meßzeitpunkten (vor und nach der Vergabe von sterilen Einwegspritzen) erfolgen zwei wesentliche Treatments (Maßnahmen im

Sinne von Einflußgrößen), die auf Ihre (unabhängige) Wirkung hin überprüft werden sollen. Dabei stellen sich folgende, daraus abgeleitete Fragen:

1. Welchen Einfluß üben die zusätzlichen und flankierenden Informationsveranstaltungen auf das allgemeine Wissen über Infektionskrankheiten aus. Lassen sich hierüber nachweislich Wissenslücken z.B. über Hepatitis schließen?
2. Welche Auswirkungen hat die Installation und Nutzung der Spritzenautomaten bzw. Vergabe von sterilen Spritzen auf das Zusammenleben im Gefängnis bzw. auf Praktiken (risikoreichen) Drogenkonsums? Führt die freie Zugänglichkeit gegenüber Spritzen zu einer Senkung des Drogenkonsums bzw. zu einer Veränderung der Umstände des Drogengebrauchs?

5.3.3 Stör- bzw. Kovariablen und Kontrollbedingungen

Grundsätzlich lassen sich verschiedene Faktoren unterscheiden, die als sog. Störvariablen auf die abhängigen Variablen (erhobenen Daten) einen Einfluß ausüben können. Zunächst können diese Störvariablen mit der eigentlichen *Untersuchungssituation* auftreten, in der die Daten erhoben werden. So besteht ein Problem bei der Untersuchung der Bediensteten darin, eine standardisierte Situation z.B. in Form einer Gruppenuntersuchung zu schaffen. Die statt dessen erfolgte quasi „private“ Erhebungssituation erlaubt zwar u.U. eine bewußtere Auseinandersetzung mit den Erwartungs- und Befürchtungsskalen, hat aber u.U. unkontrollierbare Auswirkungen auf die Beantwortung der Wissensfragen (z.B. durch Nachschlagen unbekannter Begriffe in verfügbaren Lexika). Diese validitätseinschränkende Einflußgrößen müssen sicherlich bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden und schränken detaillierte Angaben über den „objektiven“ Wissensstand der untersuchten Personengruppe ein.

Bei der Gruppe der InsassInnen wird durch ein intensives InterviewerInnen-Training darauf hingewirkt, möglichst gut vergleichbare Untersuchungsbedingungen zu schaffen und typische *VersuchsleiterInneneffekte* zu vermeiden. Dazu durchlaufen alle InterviewerInnen ein Training, das detailliert alle Aspekte des Erhebungsinstrumentes diskutiert. Daran schließt sich eine Übungsphase an, die mit einer Endbesprechung neu aufgetauchter Probleme endet.

Eine mögliche *Konfundierung* (Vermengung) bzw. spezifische Dependenz von Effekten wird in der vorliegenden Befragung durch ausführliche soziodemographische Daten kontrolliert, mit denen sich in der späteren Analyse tieferliegende Abhängigkeiten aufdecken lassen.

Sollten darüber hinaus institutionsspezifische Besonderheiten eine Generalisierung der Ergebnisse einschränken, wird zu prüfen sein, in welchen Bereichen diese Einschränkungen liegen und ob sie essentielle Limitationen der Repräsentativität zur Folge haben.

5.3.4 Metrik der Skalen

Die Metrik der Daten entscheidet letztendlich über die Verwendbarkeit verschiedener Testverfahren. Sämtliche Daten lassen sich als kategoriale Daten über Häufigkeitsvergleiche auswerten bzw. testen. Offen gestellte Fragen werden hier bei Bedarf nachkodiert. Die infragekommenden statistischen Verfahren sind Prüfverfahren für Daten mit Nominalskalen-Niveau, vornehmlich basierend auf der Chi-Quadrat-Statistik und daraus abgeleiteten Koeffizienten.

Eine Ausnahme stellen Fragen mit differenzierten Skalen dar. Diese sind vorherrschend in Teil 3 und 4 und vereinzelt in den Teilen 6, 8 und 9 der Fragebögen zu finden. Metrische Prüfungen werden hier zeigen, ob für diese Skalen Intervallskalen-Niveau unterstellt werden kann. In diesem Fall kommen Prüfverfahren mit Intervallskalen-Niveau infrage, die auf t - oder F -Verteilungen basieren. Sollten sich bei diesen Daten massive Voraussetzungsverletzungen ergeben, wird auf nonparametrische (d.h. verteilungsfreie) Verfahren ausgewichen.

5.3.5 Verrechnungsvorschriften

Eine Verrechnungsvorschrift betrifft Teil 9 des Fragebogens, der sich mit Wissensaspekten über AIDS und Hepatitis beschäftigt. Um eine bessere Vergleichbarkeit der Gruppen zu erreichen, sollen die Ergebnisse verschiedener HIV-Infektionsmöglichkeiten durch Addition zu einem Summenscore verrechnet werden. Richtige Antworten ergeben einen Punkt, falsche Antworten führen zu einem Punktabzug und eine fehlende oder "weiß nicht" Antwort bleibt ohne Punktgewinn.

5.4 Untersuchungsplanung

5.4.1 Versuchsanlage und Design

Die Untersuchung basiert versuchstechnisch auf einem *Mehr-Gruppenplan* mit *Meßwiederholung*. Dabei werden pro Institution drei verschiedene Personengruppen mit spezifischen Erhebungsinstrumenten untersucht und Daten zu zwei verschiedenen Zeitpunkten im Sinne einer *Vorher-Nachhermessung* erhoben. Statistische Vergleiche werden sowohl zum Zeitpunkt t_1 z.B. zwischen der Gruppe der Bediensteten und InsassInnen durchgeführt, als auch zwischen den zwei Meßzeitpunkten. Die nachfolgende Abbildung 5.1 veranschaulicht das Design.

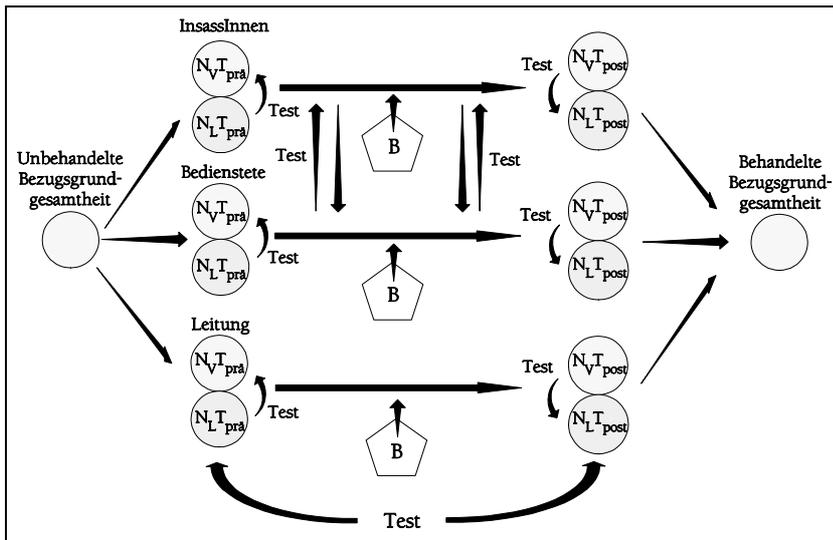


Abb. 5.1: Test-Retest Design der Untersuchungsplanung. Die Abkürzungen bedeuten im einzelnen: N bezeichnet eine Stichprobe bestimmten Umfangs; V steht für JVA Vechta, L für JVA Lingen; T -prä bezeichnet die Vorhermessung, T -post die Nachhermessung, B kennzeichnet das bzw. die Treatment(s)

5.4.2 Stichprobenverfahren

Die Gesamtstichprobe der vorliegenden Studie stellt weder eine repräsentative noch eine Zufallsstichprobe dar, sondern setzt sich aus mehreren Teil-

stichproben zweier Institutionen zusammen. Diese einzelnen „Personenschichten“ unterscheiden sich vor allem in ihren Rollen und Funktionen, die sie in der Institution übernehmen. Da es sich hier um vorgegebene zusammenhängende Teilkollektive handelt, kann von einem *cluster sampling* (*Klumpenstichprobe*) gesprochen werden. Das *cluster sampling* setzt dabei voraus, daß eine vollständige Liste aller Einzelstichproben (Klumpen) bekannt ist und keine wechselseitigen Überlagerungen möglich sind. Weiter wird vorausgesetzt, daß die Klumpen untereinander möglichst homogen, aber in Teilaspekten heterogen sein können. Von diesen Annahmen kann ausgegangen werden.

Einschränkungen ergeben sich allerdings bei der Vollständigkeit der erhobenen Gruppen. Diese kann nur bei den Bediensteten und dem Leitungspersonal angenommen werden, da hier alle Personen des jeweiligen Clusters mit dem Erhebungsinstrument angesprochen werden. Bei der InsassInnengruppe nehmen hingegen nur die Personen an der Untersuchung teil, die (zwar freiwillig, aber ggf. mit einer besonderen Motivation) an der Studie interessiert sind. Hier erfolgt also weder eine vollständige Erfassung noch eine Zufallsauswahl, da nicht alle InsassInnen die gleiche Wahrscheinlichkeit besitzen, an der Studie teilzunehmen. Es ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, daß es sich hier u.U. um eine „besondere“ Auswahl von (betroffenen) Personen handelt, die das Ergebnis determinieren.

Zentral bei dieser sozialwissenschaftlichen Studie ist die Evaluation verhaltens- und einstellungsändernder Maßnahmen anhand spezifischer Treatments, die zwischen zwei Zeitpunkten auftreten. Die wiederholt befragten Stichproben, die auch als *Panel* bezeichnet werden können, müssen daher daraufhin kontrolliert werden, ob sie im Laufe der Zeit ihre Aussagekraft bzw. Repräsentativität behalten. Zu verhindern sind dabei Tendenzen, das Resultat der wiederholten Befragung in eine als erstrebenswert erachtete Richtung (z.B. Erfolg des Modellprojekts) zu lenken.

5.4.3 Planung des Datenflusses

Alle schriftlichen Erhebungsinstrumente werden entweder von den Personen selber (Gruppe der Bediensteten) oder von geschulten InterviewerInnen (Gruppe der InsassInnen) ausgefüllt. Alle Erhebungsinstrumente berücksichtigen eine rechnergestützte Auswertung (vgl. 5.4.4 Datenaufbereitung für rechnergestützte Datenanalyse). Nach Übertragung der Daten in die EDV

werden die Fragebögen und Datenträger in einem Safe der Universität Oldenburg verwahrt.

Ein entsprechendes Genehmigungsverfahren für automatisierte Dateien nach § 8 Abs. 1 des Nds. Datenschutzgesetzes (NDSG) ist eingeleitet und dem Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen übermittelt worden.

5.4.4 Datenaufbereitung für rechnergestützte Datenanalyse

Bei der Konstruktion der Fragebögen ist eine rechnergestützte Aufbereitung der Daten explizit durch spezielle Kodierungsleisten mit vordefinierten Variablenbezeichnungen berücksichtigt. Parallel zu den Erhebungsinstrumenten liegen mehrere Daten-Spreadsheet (pro Erhebungsinstrument) vor, die eine komplette Definition aller Variablen beinhalten und der vereinfachten Datenübertragung dienen. Ein Datentransfer zwischen verschiedenen Statistik-Softwaresystemen ist somit möglich.

5.5 Planung der statistischen Verfahren

Die Auswahl adäquater statistischer Verfahren gründet sich im wesentlichen auf vier Entscheidungsregeln, die für die vorliegende Untersuchung zur Strukturierung der infrage kommenden Verfahren dient (vgl. Pospeschill 1996):

1. *Anzahl der Stichproben:* Zweistichprobentests werden eingesetzt, um die Bedienstetengruppe mit der InsassInnengruppe zu vergleichen (u.a. t -Test, U -Test, Wilcoxon-Test, χ^2 -Test, McNemar-Test, Pearson/Spearman Korrelation, Phi-Koeffizient, Lambda, Kontingenzkoeffizient). Mehrstichprobenverfahren werden eingesetzt, um tieferliegende Abhängigkeiten zwischen soziodemographischen Daten und spezifischen Einschätzungen zum Modellprojekt zu untersuchen (u.a. Varianzanalyse, Kovarianzanalyse, Kruskal-Wallis Test, Friedman Test, Cochran's Q -Test). Alle Formen von Anpassungstests bzw. Voraussetzungstests sind als Einzelstichprobenverfahren konzipiert (Kolmogorov-Smirnov Test, χ^2 -Anpassungstest).
2. *Art der Forschungshypothese:* Mit Zusammenhangshypothesen können korrelative Beziehungen der Einzelgruppen bzw. zwischen den Gruppen aufgedeckt (vgl. 5.1.1.2 Zusammenhangshypothesen der Studie) und über entsprechende Korrelationskoeffizienten bestimmt werden. Unterschiedshypothesen werden demgegenüber dazu verwendet, Einflußgrö-

Ben zu differenzieren, die eine Messung beeinflussen (vgl. 5.1.3 Unterschiedshypothesen der Studie).

3. *Skalenniveau*: Eine grundsätzliche Trennung unterscheidet parametrische von nonparametrischen Niveaus. Ausschlaggebend für die Wahl der entsprechenden Verfahren ist die Metrik der Skalen, die beim jeweiligen Item des Fragebogens verwendet wird (vgl. 5.3.4 Metrik der Skalen).

Beziehung zwischen Stichproben: Finden in der Statistik Vergleiche zwischen unterschiedlichen Personengruppen statt (z.B. zwischen Bediensteten und InsassInnen) sind die Stichproben voneinander unabhängig. Bei Vergleichen derselben Personengruppen zwischen zwei Meßzeitpunkten sind die Stichproben voneinander abhängig. Für alle statistischen Testverfahren liegen grundsätzlich Varianten vor, die diese beiden Möglichkeiten berücksichtigen bzw. entsprechend korrigieren (z.B. durch Halbierung der Freiheitsgrade bei Abhängigkeit etc.).

5.6 Statistische Voraussetzungsprüfungen

Ausschlaggebend für die sinnvolle Anwendung statistischer Prüfverfahren ist die vorherige Prüfung bestimmter Voraussetzungen von empirischen Daten, wenn deren theoretische Verteilung unbekannt ist. Voraussetzungen dieser Art sind z.B. bestimmte Mindestgrößen für Stichprobenumfänge, die sicherstellen, daß statistische Kennwerte normalverteilten Merkmalen entstammen. Während hier für praktische Zwecke eine hinreichende Normalität der Merkmalsverteilung bereits bei einem $n \geq 30$ angenommen wird (eine Voraussetzung, die in dieser Untersuchung erfüllt ist), müssen andere Voraussetzungsprüfungen separat erfolgen (vgl. Pospeschill 1996).

Darüber hinaus muß aber im einzelnen geprüft werden, ob bei Voraussetzungsverletzungen nicht auf Testverfahren zurückgegriffen werden kann, die gegenüber diesen Verletzungen als robust gelten bzw. diese Voraussetzungen nicht besitzen (z.B. nonparametrische Verfahren).

5.6.1 Prüfung der Reliabilität

Eine Reliabilitätsprüfung fokussiert die Genauigkeit der erhobenen Daten in Bezug auf ihre innere Konsistenz. Von dieser Prüfung betroffen sind vornehmlich die von den UntersucherInnen konstruierten Skalen aus den Be-

dienstetenfragebögen zu Erwartungen und Befürchtungen gegenüber dem Modellprojekt. Für eine erste Konsistenzprüfung geben Item-Korrelationen und Reliabilitätskoeffizienten Auskunft, die aus den Daten des Bedienstetenfragebogens der JVA Vechta stammen ($n = 57$).

Tab. 5.2: Matrix der Inter-Item Korrelationen aller 15 Variablen der Erwartungsskalen (BE-Skalen) aus dem standardisierten Fragebogen für Bedienstete der JVA Vechta (Berücksichtigte Fälle $n = 55$).

	BE211	BE212	BE213	BE214	BE215	BE216	BE217
BE211	1,0000						
BE212	,6703**	1,0000					
BE213	,4918**	,4566**	1,0000				
BS214	,3631**	,3746**	,3996**	1,0000			
BE215	,2564*	,3898**	,2329*	,2817*	1,0000		
BE216	,3693**	,2765*	,4045**	,0853	,3837**	1,0000	
BE217	,4111**	,3478**	,3010*	,3664**	,2791*	,4655**	1,0000
BE218	,3379*	,3502**	,3948**	,2508*	,4295**	,4163**	,5507**
BE219	-,0875	-,0628	,0023	,1525	-,0352	,1690	,3844**
BE220	,1512	,2073	,2600*	,0878	,0870	,2169	,1485
BE221	,3142**	,1777	,3223**	,2859**	,1929	,1936	,2350
BE222	,3871**	,1988	,4014**	,2792**	,2844*	,4190**	,4842**
BE223	,5570**	,5108**	,4857**	,4452**	,3924**	,4056**	,2930*
BE224	,3850**	,3172**	,3470**	,2320*	,1498	,1825	,1643
BE225	,4276**	,3708**	,4232**	,2954*	,3329**	,3698**	,3189**

wird fortgesetzt ...

	BE218	BE219	BE220	BE221	BE222	BE223	BE224
BE218	1,0000						
BE219	,2290*	1,0000					
BE220	,1662	,1863	1,0000				
BE221	,5362**	,0295	,2483*	1,0000			
BE222	,3280*	,1837	,0888	,2918*	1,0000		
BE223	,3644**	-,0595	,1206	,4415**	,4863**	1,0000	
BE224	,2369*	-,0972	,3674**	,2371*	,3585**	,5719**	1,0000
BE225	,3224*	,0156	,2864*	,2469*	,3177**	,6702**	,5985**

(Signifikanzprüfung nach Pearsons R, * $p < .05$, ** $p < .01$)

Die Tabelle 5.2 zeigt für die Erwartungsskalen die durchschnittlichen Item-Interkorrelationen. Der Koeffizient zeigt den linearen Zusammenhang jeweils zwischen einem Paar von Variablen. Der Wert für die Korrelationskoeffizienten liegt grundsätzlich zwischen -1 (vollkommener, deterministischer, negativer Zusammenhang, so daß alle Punkte auf einer Geraden mit negativer Steigung liegen) und +1 (vollkommener positiver Zusammenhang, so daß alle Punkte auf einer Geraden mit positiver Steigung liegen). Ein Wert von 0 sagt aus, daß keine Korrelation zwischen den Items vorliegt.

Die zahlreichen signifikanten Korrelationen der Variablen der Erwartungsskalen deuten auf eine gute Reliabilität hin, so daß davon ausgegangen werden kann, daß das Konstrukt „Erwartung“ eindeutig und genau erfaßt wird. Lediglich zwei Variablen (*BE219* und *BE220*) zeigen geringere Anzahl signifikanter Korrelationen. Da beide Variablen Aspekte der Verhaltensregelung ansprechen („... größere Kontrolle über ... benutzte Spritzen“ bzw. „... klare Regelung, wie mit Spritzenbefunden verfahren werden soll“), deutet dies möglicherweise auf eine inkonsistente bzw. unsichere Haltung der Bedienstetengruppe der JVA Vechta bezüglich dieses Aspektes hin. Ein ähnlicher Effekt ließ sich allerdings bei den Daten der JVA Lingen nicht nachweisen. Dieser Besonderheit wird in weiteren Analysen nachgegangen werden.

Eine direkte Reliabilitätsprüfung über alle 15 Items der Daten der JVA Vechta führt zu einem Koeffizienten für Cronbachs Alpha von $\alpha = .86$ ($n = 55$). Für die Daten der JVA Lingen liegt Cronbachs Alpha mit $\alpha = .92$ ($n = 46$) etwas höher. Dieser Reliabilitäts-Koeffizient prüft direkt die Konsistenz der Items. Er liegt ebenfalls im Bereich von 0 bis 1 und kann ähnlich einer Korrelation interpretiert werden. Auch diese Koeffizienten sprechen für eine gute Reliabilität.

Tab. 5.3: Matrix der Inter-Item Korrelationen aller 26 Variablen der Befürchtungsskalen (BF-Skalen) aus dem standardisierten Fragebogen für Bedienstete der JVA Vechta (Berücksichtigte Fälle n = 53).

	BF311	BF312	BF313	BF314	BF315	BF316	BF317A
BF311	1,0000						
BF312	,4815**	1,0000					
BF313	,4177**	,2457*	1,0000				
BF314	,3085*	,3553**	,7353**	1,0000			
BF315	,3860**	,3872**	,1333	,2229	1,0000		
BF316	,3554**	,2497*	,1597	,1718	,5301**	1,0000	
BF317A	,3015*	,4278**	,2445*	,1543	,2866*	,2385*	1,0000
BF317B	,1441	,3791*	,1090	-,0162	,1777*	,2073	,5968**
BF317C	,1945*	,2744*	,1397	,1601	,1519	,0415	,5561**
BF317D	,1705	,2207*	,1002	,0040	,0232	-,0470	,4277**
BF318A	,4651**	,1999	,4163**	,4013**	,3463**	,1558	,4059**
BF318B	,3885**	,3950**	,4936**	,4805**	,2980**	,1764	,3995**
BF319A	,2148	,2234	,4756**	,3991**	,1936	,2164*	,3863**
BF319B	,1421	,3526**	,1849	,1607	,5498**	,4447**	,3824**
BF319C	,0589	,1851	,2172**	,2840*	,3500**	,3761**	,2815*
BF319D	,1712	,2379*	,3240**	,3179*	,3542**	,4339**	,1824
BF319E	,1784	,2561*	,0727	,1103	,2937*	,2013	,3420**
BF319F	,0167	,1128	,0660	,1078	,1478	,3969**	-,0405
BF320	-,0172	-,1599	-,1933	-,1765	-,1279	,1403	,0081
BF321	,2377*	,2925*	,1183	,0961	,2433	,2343*	,3411**
BF322	,4054**	,5427**	,3630**	,3842**	,2302	,2457*	,3839**
BF323	,5032**	,5647**	,3680**	,4244**	,1512	,3236**	,3461**
BF324	,1485	,1521	,1193	,1446	,0361	,1255	,4251**
BF325	,2255*	,3628**	,2588*	,2788*	,4482**	,3006**	,3277**
BF326	,1678	,2419*	,2867**	,3158**	,4198**	,2359*	,4986**
BF327	,2229*	,3895**	,1390	,2694*	,4012**	,2540*	,3785** ...
	BF317B	BF317C	BF317D	BF318A	BF318B	BF319A	BF319B
BF317B	1,0000						
BF317C	,6832**	1,0000					
BF317D	,5399**	,5517**	1,0000				
BF318A	,1025	,2004*	,0727	1,0000			
BF318B	,2913*	,3566**	,1735	,5461**	1,0000		
BF319A	,2523*	,2424*	,1383	,6786**	,5811**	1,0000	
BF319B	,3594**	,1952	,1152	,3663**	,3829**	,6185**	1,0000
BF319C	,1858	,0882	,0108	,3550**	,2592*	,6032**	,7942**
BF319D	,2195	-,0157	,0310	,4628**	,3367**	,7251**	,7319**
BF319E	,2939*	,2693*	,1993*	,5993**	,4751**	,6945**	,5896**
BF319F	,0958	-,1622	-,0839	,1201	-,0004	,3897**	,5609**

BF320	-.0163	-.0046	.1390	-.0542	-.2392*	-.1565	-.0859
BF321	.3169*	.2408	.1827	.1668	.1847	.3210*	.4068**
BF322	.1870	.1210	.1745	.2240	.4194**	.2619*	.2823*
BF323	.2726*	.2294*	.0703	.3107**	.5772**	.3807**	.3390**
BF324	.3490**	.1803	.1894	.3998**	.2750*	.4350**	.3952**
BF325	.2411	.0643	.1235	.4532**	.3235**	.5012**	.6649**
BF326	.2650	.2589*	.0836	.5142**	.4409**	.3887**	.5450**
BF327	.2357	.2257	.0901	.3538**	.3605**	.3972**	.3012**
BF319C	BF319D	BF319E	BF319F	BF320	BF321	BF322	
BF319C	1,0000						
BF319D	.7516**	1,0000					
BF319E	.4729**	.5104**	1,0000				
BF319F	.6638**	.7034**	.4285**	1,0000			
BF320	-.0648	-.0356	-.0315	.0034	1,0000		
BF321	.4198**	.2936**	.2467*	.0194	-.1425	1,0000	
BF322	.2216*	.2162	.2120	.1745	-.1431	.3059**	1,0000
BF323	.3426**	.4010**	.2453	.2876*	-.1715	.2705*	.5388**
BF324	.4421**	.4463**	.3977**	.3186**	-.1066	.5673**	.3255**
BF325	.5210**	.5116**	.4604**	.3035**	-.1463	.4943**	.4300**
BF326	.4928**	.4208**	.3011*	.0949	-.0868	.4325**	.3735**
BF327	.3516**	.3434**	.2148	.1475	-.1451	.3527**	.5023**
wird fortgesetzt ...							
BF323	BF324	BF325	BF326				
BF323	1,0000						
BF324	.4995**	1,0000					
BF325	.3608**	.3991**	1,0000				
BF326	.4244**	.4968**	.5843**	1,0000			
BF327	.5378**	.3522**	.3416**	.3892**			

(Signifikanzprüfung nach Pearsons R, * p < .05, ** p < .01)

Die Tabelle 5.3 zeigt für die Befürchtungsskalen die durchschnittlichen Item-Interkorrelationen. Die ebenfalls zahlreichen signifikanten Korrelationen deuten auch hier auf eine gute Konsistenz der Skalen hin. Nur wenige Skalen folgen diesem Trend nicht. Dazu gehört zum einen die Variable *BF317D*, die nach dem „Widerspruch zu anderen Maßnahmen“ unter dem Aspekt „Selbstheilungskräfte“ fragt und wahrscheinlich mit dieser Begrifflichkeit zu uneindeutig formuliert worden ist. Zum anderen gehört dazu die

Variable *BF320*, die nach einer Meinung über die „Situation der Bediensteten im Projektverlauf“ und nicht nach einer Befürchtung fragt. Daraus resultieren auch die fast ausschließlich negativen Marginal-Korrelationen. Diese Variable wäre von der Fragestellung her eher den Erwartungsskalen zuzuordnen. Der gleiche Eindruck ergibt sich ebenfalls bei den Daten der JVA Lingen.

Alle 26 Items lassen sich wiederum mit der Reliabilitätsprüfung über Cronbachs Alpha für die Daten der JVA Vechta zum einem Wert von $\alpha = .91$ ($n = 53$) zusammenfassen. Für die Daten der JVA Lingen ergibt sich hier ein etwas geringerer Wert für Cronbachs Alpha von $\alpha = .88$ ($n = 42$), der auf geringere Korrelationen bei den *BF317*-Skalen zurückzuführen ist.

Ein weiterer Schritt zur Reliabilitätsprüfung soll die Frage der Trennschärfe beider Skalen klären. Dazu wird zunächst als klassifizierendes Verfahren eine hierarchische Clusteranalyse eingesetzt. Die Clusteranalyse ist eine statistische Prozedur, die (relativ) homogene Gruppen erzeugt, basierend auf den Werten der Beobachtungsvektoren, nach denen geclustert werden soll. Als Variablen werden die Erwartungs- und Befürchtungsskalen gemeinsam in der Clusteranalyse verrechnet. Dabei sind die Ausgangsdaten zunächst in eine Unähnlichkeits- bzw. Abstandsmatrix zu überführen. Verwendet wird hier die quadrierte Euklidische Distanz, die den Abstand zwischen zwei Items als die Summe der quadrierten Differenzen zwischen den Werten für die Items ermittelt. Daraufhin ist das eigentliche Clusterverfahren zu wählen, nach dem die Gruppen aufgebaut werden sollen. Verwendet wird hier ein Linkage-Verfahren zwischen den Gruppen, das Cluster kombiniert, um die Durchschnittsdistanz zwischen allen Itempaaren zu verkleinern, in denen ein Teil des Paares aus jeweils einem Cluster stammt. Dabei werden Informationen über alle Distanzpaare hinweg berechnet.

Abbildung 5.2 zeigt ein sogenanntes Dendrogramm für die Daten der JVA Vechta, eine graphische Veranschaulichung der einzelnen Schritte in einer hierarchischen Clusterlösung. Die Grafik zeigt für jeden Schritt die Cluster, die zusammengeführt werden und die Werte der Distanzkoeffizienten. Verbundene vertikale Linien zeigen zusammengeführte Cluster an. Im Dendrogramm werden nicht die tatsächlichen Distanzen angegeben, sondern Werte zwischen 0 und 25. Das Verhältnis zwischen den einzelnen Stufen bleibt erhalten. Die Skala, die oberhalb der Grafik angegeben wird, entspricht den normierten Werten.

Als ideales Ergebnis der vorgegebenen Skalen müßten zwei Cluster entstehen, die die Erwartungs- von den Befürchtungsskalen trennen. Die Grafik zeigt die behauptete Trennung in fast perfekter Weise. Lediglich eine Variable, die bereits bei den Inter-Korrelationen als nicht zugehörig deklariert wurde, fällt in das Cluster der Erwartungsvariablen (*BF320*). Die Clusteranalyse zeigt ebenso die problematischen Variablen im Cluster der Erwartungsvariablen, vornehmlich *BE219* und *BE220*, die relativ spät in das Cluster mit aufgenommen werden.

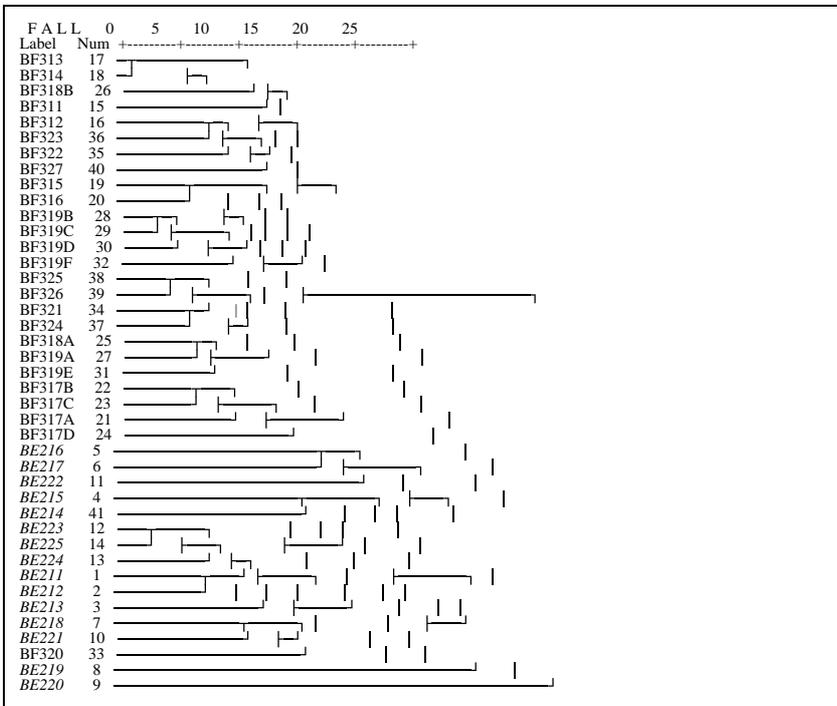


Abb. 5.2: Dendrogramm einer hierarchischen Clusteranalyse mit 41 Items der Erwartungs- und Befürchtungsskalen aus dem Bedienstetenfragebogen der JVA Vechta (Berücksichtigte Fälle $n = 51$)

Zur besseren Absicherung dieses Befundes soll als letzte Reliabilitätskontrolle das Ergebnis einer Faktorenanalyse vorgestellt werden, mit der Variablen nach ihren korrelativen Beziehungen in voneinander unabhängige Gruppen klassifiziert werden.

Die Faktorenanalyse liefert Indexzahlen (Faktorladungen), die darüber Auskunft geben, wie gut eine Variable zu einer Variablengruppe paßt. Dabei wird bei dem Verfahren davon ausgegangen, daß die Korrelationen der Ausgangsdaten durch einen oder mehrere hinter den Variablen stehenden Faktoren beschreibbar sind und sucht diese Faktoren durch mathematisch-statistische Behandlung der Ausgangsinformationen aufzudecken. Die Ausgangsfrage ist also auch hier, ob diese statistische Analyse aus den ungruppierten Daten die Faktoren extrahiert, die in die Konstruktion der Skalen „hineingedacht“ wurde. Die Faktorenanalyse bietet aber darüber hinaus auch die Möglichkeit, die Bedeutung der Faktoren anhand einer Gewichtungszahl auszudrücken, die die bereits erwähnte Faktorladung darstellt. Eine Faktorladung ist demnach eine Maßgröße für den Zusammenhang zwischen Variablen und Faktoren.

Verfeinern läßt sich die Faktorenanalyse durch bestimmte Rotationsmethoden. Verwendet wird hier die Varimax Rotation, eine orthogonale Rotationsmethode, die die Anzahl Variablen mit hohen Ladungen auf jeden Faktor minimiert. Sie vereinfacht die Interpretation der Faktoren.

Die (vorgegebene) 2-Faktorenlösung ordnet die Befürchtungsskalen dem ersten Faktor zu (Ausnahmen sind die bereits bekannten Variablen *BF317D* und *BF320*) und die Erwartungsskalen dem zweiten Faktor (exklusive der ebenfalls bekannten Variable *BE219* bei der Daten der JVA Vechta). Obwohl die Variable *BE220* vom Verfahren nicht umgruppiert wird, besitzt sie doch bei den Erwartungsvariablen der JVA Vechta die niedrigste Faktorladung mit .35.

Varimax-rotierte Faktoren-Matrix:				
	Vechta		Lingen	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
	BE211	-,10779	,68753	-,33489
BE212	-,01298	,66668	-,27167	,58030
BE213	-,09256	,63967	-,19794	,65018
BE214	-,12765	,51497	-,18416	,43831
BE215	,10824	,43813	-,32592	,43831
BE216	,26466	,49567	-, 41416	,08969
BE217	,26759	,56868	-,22849	,58802
BE218	,26931	,62666	-,11629	,67363
BE219	,45717	,11903	-,27208	,67434
BE220	,15876	,36010	-,57919	,58570
BE221	-,09839	,58971	-,38537	,60478
BE222	-,02339	,55814	-,18989	,48246
BE223	-,24777	,80981	-,40530	,64286
BE224	-,27958	,51259	-,18292	,75448
BE225	-,29596	,57453	-,08335	,51321
BF311	,38816	-,34787	,47751	-,31817
BF312	,53891	-,01969	,26576	-,23723
BF313	,45281	-,33934	,31505	-,34640
BF314	,45900	-,36079	,41526	-,23793
BF315	,49963	-,06781	,49483	-,48930
BF316	,43740	-,19809	,16781	-,14542
BF317A	,64480	,20543	-, 25651	-, 50336
BF317B	,49554	,27080	-, 23552	-, 70526
BF317C	,35992	,16591	-, 23714	-, 66669
BF317D	,26934	,38332	-,23704	-, 57683
BF318A	,62102	-,13786	,34093	-,73150
BF318B	,63865	-,31766	,10135	-,37782
BF319A	,75818	-,12216	,82656	-,05460
BF319B	,82567	,10399	,86139	-,15732
BF319C	,73888	,01817	,78677	-,22289
BF319D	,74193	-,06673	,85656	-,16817
BF319E	,66367	,17089	,86705	-,16817
BF319F	,44669	-,02996	,64446	,05835
BF320	-,13453	,35439	-,26443	,70787
BF321	,52672	,08183	-,16078	-, 50247
BF322	,53658	-,27794	,31072	-,32277
BF323	,60459	-,46362	,32225	-,35754
BF324	,58933	-,03119	,64721	-,02499
BF325	,70901	,02484	,67110	,06300
BF326	,69646	-,01634	,60335	-,02019
BF327	,52767	-,22133	,41148	-,50830

Tab. 5.4: Varimax-rotierte Faktorladungsmatrix bei Vorgabe von zwei Faktoren mit 41 Items der Erwartungs- und Befürchtungsskalen aus dem Bedienstetenfragebogen der JVA Vechta (Anteil erklärter Varianz: 37,6%) und JVA Lingen (Anteil erklärter Varianz: 42,9%)

Dieser Trend spiegelt sich in den Daten der JVA Lingen nicht wieder. Statt dessen zeigt sich hier eine Besonderheit bei den *BF317*-Variablen, die auf beiden Faktoren negative Ladungen aufweisen. Dieser Variablenkomplex spricht mögliche „Widersprüche zu anderen Maßnahmen“ an (einschließlich der oben erwähnten Variable *BF317D*) und scheint demnach als gesonderter Themenbereich behandelt zu werden. Der negative Bezug zu den beiden anderen Faktoren deutet auf die Notwendigkeit eines eigenen Faktors hin (vgl. Tabelle 5.4). Auch diesem Aspekt wird in weiteren Analysen nachgegangen werden.

Zusammenfassend kann als prototypische Erwartungsvariable die Variable *BE223* („Ich habe die Hoffnung, daß das Modellprojekt ein Erfolg wird.“) extrahiert werden. Als kennzeichnend für die Befürchtungsskala können hingegen die *BF319*-Variablen gelten („Ich befürchte Verhaltensunsicherheiten im eigenen Verantwortungsbereich ...“).

5.6.2 Prüfung der Verteilung

Das Prüfen einer spezifischen Verteilungsannahme gilt als Voraussetzung für metrische Testverfahren. Dabei wird die Hypothese geprüft, ob die Daten der Stichprobe z.B. einer Normalverteilung entsprechen. Eine Möglichkeit diese Annahme zu testen, bietet der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest. Der Wert der Kolmogorov-Smirnov Z-Statistik basiert auf der größten absoluten Differenz zwischen der beobachteten empirischen (kumulativen) und der theoretischen Verteilungsfunktion.

Obwohl ernsthafte Zweifel an der Normalverteilungsannahme nur bei kleineren Stichproben zum Tragen kommen ($n < 30$), soll das Geburtsjahr bzw. daraus abgeleitet das Alter als demographische Prüfvariable aus den Daten der Bediensteten der JVA Vechta und Lingen herangezogen werden (vgl. Tabelle 5.5).

Tab. 5.5: Test auf Normalität mittels des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests anhand der Altersvariablen der Fragebögen für Bedienstete der JVA Vechta und Lingen

Datensatz	Mittelwert	Standardabweichung	Umfang n	K-S Z	p
Bedienst. JVA Vechta	40,54	7,96	56	,7063	,7007
Bedienst. JVA Lingen	41,76	8,73	46	,8340	,4899

Die Ergebnisse führen eindeutig zu einer Bestätigung der Nullhypothese ($\alpha \geq .25$), daß die Stichproben normalverteilten Grundgesamtheiten entstammen. Ein ähnlicher optischer Eindruck ergibt sich durch die nachfolgenden Histogrammdarstellungen der Abbildungen 5.3 und 5.4.

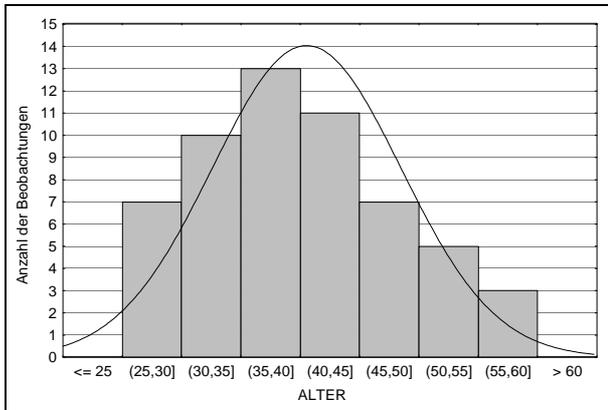


Abb. 5.3 Histogramm der Altersvariable mit eingezeichneter Normalverteilungskurve aus den Daten der Bedienstetengruppe der JVA Vechta

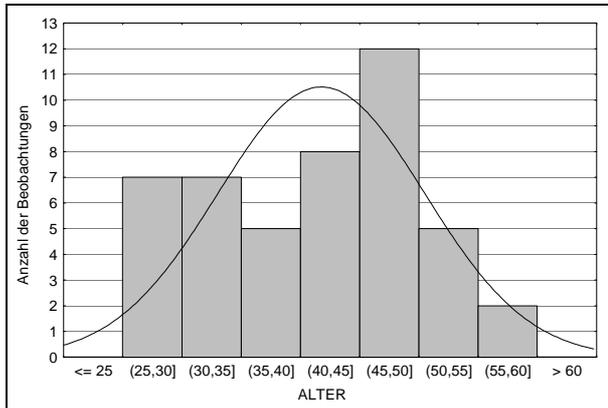


Abb. 5.4: Histogramm der Altersvariable mit eingezeichneter Normalverteilungskurve aus den Daten der Bedienstetengruppe der JVA Lingen

Differenzierte Überprüfungen der Normalverteilungsannahme werden den jeweiligen statistischen Testverfahren vorgeschaltet, da sie für jede Hypothese pro Treatmentstufe erfolgen müssen, auch wenn diese Prüfung nicht zwingend ist.

5.7 Zusammenfassung

Der Prüfplan des standardisierten Teils der Studie differenziert die wesentlichen methodischen Angaben zur Studie. Die Stichprobe, bestehend aus den drei Untergruppen Leitung, Bedienstete und InsassInnen, ist in ihrer Zusammensetzung und Größe direkt von den untersuchten Institutionen abhängig. Da sie zusammenhängende Teilkollektive bilden, kann von einer Klumpenstichprobe gesprochen werden. Die Untersuchung ist dabei als Mehr-Gruppenplan mit Meßwiederholung über zwei Zeitpunkte angelegt. Die Skalenkonstruktion des Erhebungsinstrumentes unterscheidet soziodemographische Angaben, Vollzugsdaten, Angaben zu Erwartungen, Befürchtungen und Forderungen, subjektive Bewertungen, Drogengebrauchsmuster und Wissen über Infektionskrankheiten. Als wesentliche unabhängige Variablen sollen zwischen den beiden Meßzeitpunkten der Einfluß von Informationsveranstaltungen und die Vergabe von sterilen Spritzen untersucht werden.

Die Reliabilitätsprüfung der konstruierten Erwartungs- und Befürchtungsskalen ergab eine gute Konsistenz von .86 bzw. .91 (JVA Vechta) und .92 bzw. .88 (JVA Lingen). Für die Altersangabe konnte eine Normalverteilung nachgewiesen werden.

6 *Methodischer Ansatz des qualitativen Teils der Studie*

Aufgrund der Anlage des Modellprojektes wird die sozialwissenschaftliche Begleitung mit der Vielschichtigkeit des Praxisfeldes „Justizvollzug“ und der Prozeßhaftigkeit einer 2-jährigen Projektpraxis konfrontiert, in die die unterschiedlichsten Statusgruppen involviert sind und gestaltend agieren.

Das Forschungsinteresse ist darauf gerichtet, neben einer beschreibenden 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, z.B.:

- 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?

Es geht also um die Exploration von *Komplexität*, von *Verhaltensmustern/-gewohnheiten*, von *Verlaufsstrukturen* und *Veränderungsprozessen*.

Diese Forschungsabsichten lassen einen qualitativen Anteil der Evaluationsstudie unverzichtbar werden, der den Prinzipien folgt (vgl. Lamnek 1993:29f):

- größtmögliche Offenheit gegenüber den Untersuchungspersonen durch weitgehenden Verzicht auf strukturelle Vorgaben eines engmaschigen Interviewleitfadens und damit Flexibilität in den Untersuchungssituationen;
- empirische Forschung als Kommunikation;
- Reflexivität in Gegenstand und Analyse;
- bewußter Umgang mit der Forschungsbeziehung ForscherIn/Beforschte/r.

6.1 Charakterisierung der Untersuchungspopulation nach Zugehörigkeit, Umfang und Forschungsabsichten

Untergruppen aus allen am Projektgeschehen beteiligten Akteuren werden mittels qualitativer tonträgergestützter Interviews einmal oder mehrfach in festgelegten Zeiträumen und zu zielgruppenspezifischen Themenbereichen befragt.

6.1.1 Inhaftierte/ProjektteilnehmerInnen

Drogenkonsumierende Inhaftierte, die per Einverständniserklärung an der wissenschaftlichen Begleitforschung mitwirken und sich nach der Durchführung des teilstandardisierten Interviews *t1* zu einem vertiefenden, themenoffeneren Gespräch bereit erklärt haben, nehmen im Verlauf des Projektes zusätzlich an einem qualitativ konzipierten Interview teil. Der zusätzliche empirische Zugang zur spezifischen, haftbedingten Lebenswelt der Zielgruppe erfolgt über kommunikative Methoden. Beabsichtigt wird damit, Alltagstheorien, Handlungsbegründungen und subjektive Sinnzusammenhänge zu explorieren und verstehend nachzuvollziehen:

- Strategien des „safer use“, safer sex“,
- individuelle Einschätzungen über Akzeptanz, Nutzen, Praktikabilität des Modellprojektes,
- subjektives Drogenkonsumverhalten und Risikomanagement,
- Risikobiographien,
- moderierende Effekte individueller Bewältigungsformen von Drogenkonsum unter Haftbedingungen,
- individuelles Gesundheitsbewußtsein und -handeln.

6.1.2 Nicht-drogenabhängige Inhaftierte

In einer Vechtaer Voruntersuchung des Suchtbeauftragten¹ befürwortet ein großer Teil der nicht-drogenabhängigen Gefangenen die Einführung eines Modellprojektes zur Infektionsprophylaxe. Das Meinungsbild orientierte sich an der Wahl einer positiv/negativ Einschätzung ohne die konkrete Erfahrung der Praxis der Vergabemodalitäten und der sozialen Konsequenzen des Modellprojektes für das Zusammenleben im Vollzugsalltag.

¹ Abgedruckt in: Mitglieder der Expertenkommission (1995).

Die Einschätzungen der Praxis des Modellprojektes, Befürchtungen, Erfahrungen im Kontakt mit drogenkonsumierenden Projektteilnehmern/innen, Wünsche, Kritik, Verbesserungsvorschläge sollen Gegenstand der qualitativen Befragung nach der Methode „Gruppendiskussion“ sein, um die Erfahrungen aus der Perspektive indirekt Betroffener zu qualifizieren und in den Projektprozeß produktiv einbeziehen zu können.

Ab September 1996 sind Gruppendiskussionen mit nicht-drogenabhängigen Gefangenen geplant. Die Beteiligungsmotivation und -bereitschaft wird über die letztendliche Gruppengröße bestimmen, als Maximum sind 6 TeilnehmerInnen vorgesehen.

6.1.3 Substituierte

Substituierte Inhaftierte sind von der Teilnahme am Modellprojekt ausgeschlossen. Abgesehen davon, daß Beikonsum von Spritzdrogen während der Substitution nach fachlichen Erkenntnissen vor allem in der Anfangsphase immer wieder vorkommt, bringt diese Gruppe kompetente Kenntnisse (vergangenen) Drogenkonsums und -verhaltens im Justizvollzug bei entsprechenden Infektionsrisiken mit und ist für den Gegenstand des Modellprojektes als erfahren ausgewiesen. Im Interesse von Vollständigkeit muß dieses Erfahrungswissen in den Prozeß der wissenschaftlichen Begleitung einfließen. Im Hinblick auf die Entwicklung der Gesundheitssituation Inhaftierter unter der Laufzeit des Modellprojektes ist die Akzeptanz des Ausschlusses vom Spritzentausch unter den Substituierten von Interesse sowie die Praxis des Spritzverhaltens bei möglichem Beikonsum.

Unter infektionsprophylaktischen Gesichtspunkten muß die Entwicklung innerhalb dieser Personengruppe mit besonderer Aufmerksamkeit beobachtet werden, da sie die aufgezeigten Widersprüche möglicherweise individuell und verdeckt austragen muß.

Außerdem wird die Entscheidung über den Projektausschluß der Substituierten weiterhin in der Fachöffentlichkeit kontrovers bewertet. An die qualitative Erhebung der subjektiven Sicht Betroffener ist der Anspruch gekoppelt, die sozialen und gesundheitspolitischen Konsequenzen der Ausschlußentscheidung zu überprüfen.

6.1.4 Bedienstete

Die Gruppe der Bediensteten sieht sich vor allem im Berufsalltag mit den Problemen und Bedürfnissen der Inhaftierten direkt und ständig konfrontiert. Ihrer Beteiligung an der Projektmaßnahme kommt eine zentrale Bedeutung zu. Von ihrer Akzeptanz, von dem Einbezug der Bedingungen ihres Arbeitsalltags hängt wesentlich eine erfolgreiche Umsetzung des Modellprojektes ab.

Perspektivisch ist davon auszugehen, daß die Projektergebnisse und die Machbarkeitsprüfung langfristig und grundlegend die Arbeitsplatzbedingungen der Bediensteten beeinflussen bzw. verändern werden. Deshalb gilt es, deren Positionen zu den Projektmaßnahmen und -auswirkungen zu sammeln, zu systematisieren und in die Prozeßbegleitung als ExpertInnenperspektive einzubringen.

Die umfangreiche Vorher/nachher-Befragung der Bediensteten findet schriftlich mit standardisiertem Material statt. Diese isoliert vollziehbare Meinungsäußerung korrespondiert mit dem Bedürfnis nach absoluter Anonymität zu Lasten eines wechselseitigen Kommunikationsprozesses. Deshalb ist die qualitative, mündlich-kommunikative Interviewsituation als Angebot eines offenen Forschungsgesprächs ergänzend konzipiert. Der sprachliche Austausch ist geeignet, Veränderungsprozesse zu artikulieren, komplexe Zusammenhänge aus der arbeitsplatzbezogenen Erfahrung abzuleiten und dem Forschungsprozeß zugänglich zu machen.

6.1.5 Personen der Leitungsebene

Nach dem Zugehörigkeitskriterium „projektrelevante Leitungsfunktion“ ergibt sich eine inhomogene Zusammensetzung der Personengruppe der Leitungsebene: Anstaltsleitungen, Anstaltsärzte, Suchtberatungsdienste (intern/extern).

Die qualitativen Erhebungen mittels ExpertInnengespräch sind der gewählte empirische Zugang zu dieser Zielgruppe, um die Unterschiedlichkeiten der Projektbeteiligung herauszuarbeiten. Inhaltlich relevant ist die Reflexion der Erwartungen, Befürchtungen, Entscheidungsgrundlagen und Umsetzungsformen und -probleme des Modellprojektes innerhalb dieser Personengruppe. Deren Informationen und Fachwissen haben repräsentativen Stellenwert, da sie stellvertretend und exemplarisch für den jeweiligen institutionellen Aufgabenbereich von Bedeutung sind. Außerdem erfüllen sie Verant-

wortungsfunktionen an Schnittstellen zwischen Öffentlichkeit und anstaltlichem Binnenraum (außen/innen), Fachöffentlichkeit/Anstaltsinterna (z.B. Anstaltsleiterkonferenz, Konferenz leitender Medizinalbeamter, Treffen der Suchtberatungsdienste).

Die VertreterInnen der Leitungsebene haben ein hohes Maß an Entscheidungs- und Gestaltungskompetenzen, vor allem was innovative Maßnahmen angeht. Sie sind gewöhnlich InitiatorInnen von Neuerungen, u.a. auch, weil sie in der Leitungsposition über notwendige Ressourcen disponieren können. Zudem können sie Entscheidungen treffen, die ggf. personalrechtliche Konsequenzen haben. Ihre Handlungsmotive spiegeln Bedingungen des Modellprojektes wieder. Die Befragung dieser Gruppe soll die Entstehungsvoraussetzungen, inhaltliche und vollzugliche Entwicklungen, Schlüsselsituationen, Problemmanagement im Zusammenhang mit dem Modellprojekt aus der Leitungsperspektive explorieren. Ein kommunikatives Vorgehen läßt umfassendere, authentischere Informationen erwarten, als es allein durch Aktenstudium (z.B. Protokolle) möglich wäre.

Im Interesse einer Prozeßbegleitung mit Informationsrückfluß an die Projektbeteiligten sind Befragungszeiträume im Rhythmus „vor Projektbeginn“ - „6-monatig im Projektverlauf“ - „abschließend“ erforderlich.

Die Befragungen lassen sich nicht anonymisiert durchführen. Trotz Kodierungen in den Transkripten können u.U. Rückschlüsse auf die Funktionen und Personen der Befragten gezogen werden. Die Befragungsinhalte beziehen sich allerdings auf institutionell vertretene Positionen, die möglicherweise von der Privatmeinung abweichen können. Die Befragten sind über diese Unvermeidbarkeit aufgeklärt.

6.1.6 Politische Verantwortung

Das Modellprojekt geht auf einen politischen Entscheidungsfindungsprozeß und ein entsprechendes Beschlußverfahren zurück. Die gesundheitspolitische Bedeutung der Präventionsziele steht im Mittelpunkt öffentlichen/politischen Interesses.

In diesem Zusammenhang kommt der wissenschaftlichen Begleitforschung u.a. eine Form der Politikberatung zu, der sie im prozeßbezogenen Austausch gerecht werden kann. Diesem Zweck dienen die Forschungsgespräche zum Zeitpunkt „vor der Maßnahme“ und „abschließend“ mit der Niedersächsischen Justizministerin als politisch Zuständige und Verantwortliche.

Das Erkenntnisinteresse der Begleitforschung setzt am Wechselwirkungsprozeß zwischen inhaltlichen Überzeugungen und Tatsachen der gesundheitlichen Situation drogenkonsumierender Inhaftierter und politischer Verantwortungsübernahme an. Der Prozeß der politischen Meinungsbildung auf den verschiedenen Ebenen ministerieller und politischer Gremien und die Rückführung in die Praxis des Strafvollzugs soll expliziert werden. Wird eine politische Breitenwirkung des Modellprojektes als z.T. umstrittene Innovation im In- und Ausland wahrgenommen? Stellt sich im Verlauf des Modellprojektes u.U. politischer Handlungsbedarf ein?

Die Forschungsgespräche mit der Niedersächsischen Justizministerin sind trotz Leitfadenorientierung weitgehend offen gestaltet.

6.1.7 Kriterien der Stichprobenwahl

Die Größe der Teil-Stichproben wird neben dem empirischen Informationsbedarf bestimmt durch die Bereitschaft zur erweiterten Mitarbeit an der wissenschaftlichen Begleitforschung (Freiwilligkeit), der Kapazität an zeitlichen und personellen Ressourcen zur Datensammlung und -auswertung. Mit der Forschungsabsicht „Erweiterung der Erkenntnismöglichkeiten“ gehen diese Machbarkeits-Bedingungen in die wissenschaftlich-methodischen Ansprüche des qualitativen Teils der Studie ein. Mit Ausnahme der vollständig befragten Personengruppe der Leitungsebene in beiden Anstalten kann bei den anderen Beteiligtegruppen nicht von *Repräsentativität* des Untersuchungskollektivs für die Gesamtgruppe ausgegangen werden. Allerdings ist eine offen gestaltete Forschungskommunikation einer qualitativen Erhebung geeignet, die *Informationshaltigkeit* der empirischen Daten zu maximieren und analytische Zusammenhänge zu verdichten. Das trifft für die Gruppe der Bediensteten und der am Projekt teilnehmenden Inhaftierten zu. Für die Personengruppen der nichtdrogenkonsumierenden Inhaftierten und der substituierten Inhaftierten ist das qualitative Verfahren einziger Informationszugang und läßt deshalb allenfalls Tendenzen und theoretisch nicht zugängliche Richtungen der spezifischen Betroffenheit in bezug auf das Modellprojekt deutlich werden.

In Kombination mit den zu den Meßzeitpunkten „vorher/nachher“ gewonnenen Erkenntnissen aus den standardisierten Erhebungsmethoden, gewinnt auch eine vergleichsweise geringe Stichprobengröße der qualitativen Daten in Bezug auf eine Verdichtung der *Längsschnittlichkeit* des Untersuchungs-

plans an Relevanz in Ergänzung zum quantitativen Datenmaterial und als eigenständiger Erkenntnisweg. Sowohl bei den Bediensteten als auch bei den beteiligten drogenkonsumierenden Inhaftierten deckt der qualitative Forschungsbezug einen Zeitraum zwischen t_1 und t_2 ab, der in die längsschnittliche Analyse einbezogen werden kann. Alle Datensammlungen, auch die qualitativen, werden nach einem einheitlichen Verfahren mit einem Kode anonymisiert und können so auf Inhalte aus den anderen Erhebungen bezogen und im Verlauf rekonstruiert werden. Veränderungs- und Stabilisierungsprozesse lassen sich auf Personen wie auf Settings beziehen und verfolgen.

6.2 Datenerhebung und Interviewverfahren

Die unterschiedlichen Erkenntnisinteressen und Zugangsvoraussetzungen zu den beschriebenen Teil-Stichproben sind die Motive für eine Auswahl differenter qualitativer Methoden der Datensammlung: Qualitatives ExpertInneninterview, fokussiertes Interview, Gruppendiskussion.

6.2.1 Qualitatives ExpertInnen-Interview

Bei der Methode des Qualitativen ExpertInneninterviews (vgl. Meuser/Nagel 1991) steht im Unterschied zu anderen Formen des offenen Interviews nicht die befragte Expertin/der Experte als Gesamtperson im Mittelpunkt der Analyse. Das Forschungs- und Erkenntnisinteresse zielt auf einen organisatorischen oder institutionellen Zusammenhang, in dem die Fachperson als Teil des Handlungsfeldes involviert ist. Der ExpertIn-Status wird nach folgenden Kriterien definiert:

- „Wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder
- wer einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“ (ebenda:443).

Nach diesem Verständnis sind die Personen der Leitungsebene als ExpertInnen ausgewiesen, da sie als RepräsentantInnen der Institution Justizvollzug die anstaltlichen Entscheidungsstrukturen und Problemlösestrategien vertreten. Aufgrund des Arbeitsauftrages ihrer jeweiligen Position und hier in Bezug auf das Modellprojekt, sind sie „FunktionsträgerInnen innerhalb eines organisatorischen und institutionellen Kontextes“. Die durch ihre berufliche

Position und ihre spezifische Fachkompetenz „gewonnenen exklusiven Erfahrungen und Wissensbestände sind die Gegenstände des ExpertInnen-interviews“ (ebenda:444).

Thematischer Schwerpunkt des Forschungsgesprächs sind nicht persönliche Einschätzungen der befragten ExpertInnen, sondern ihr Erfahrungswissen unter dem Aspekt des Betriebswissens. Ihre Informationen beziehen sich auf ihr eigenes Handlungsfeld im Kontext des Modellprojektes, auf konzeptionelle und theoretische Hintergründe ihres fachlichen Agierens unter Berücksichtigung der institutionellen Strukturen.

Die Themenschwerpunkte des *Interviewleitfadens* für die Personen der Leitungsebene sind nach diesen Einordnungskriterien ausgewählt:

- professionelle Motive für die Durchführung des Modellprojekts;
- initiale Beschäftigung mit dem Thema „Verbreitung viraler Infektionen und Drogengebrauch im Justizvollzug“;
- Forderungen, Umsetzungsgedanken, politische Rückendeckung, Herstellung von Akzeptanz bei Bediensteten, Fachkollegen, Regional- oder Kommunalvertretern etc., professioneller Beitrag, bzw. Anteile an diesen Folgen;
- Einbezug nachgeordneter Personalebene in den Prozeß der Vorbereitung/Implementation des Modellprojektes;
- Informationsübermittlung über Planung, Stand und Details des Modellprojektes an Gefangene bzw. deren VertreterInnen, gegenseitige Durchlässigkeit von Informationen und Vorschlägen zur konkreten Praxis;
- konkrete Entscheidungsgründe für die gewählte Projekt- und Abgabepaxis (konzeptionell, sachlich, räumlich, infrastrukturell);
- professionelle Erwartungen an das Modellprojekt allgemein;
- Erwartungen an das Modellprojekt in besonderen Arbeits- und Verantwortungsbereich;
- Notwendigkeit der Durchführung flankierender Präventionsmaßnahmen, Initiierung von Maßnahmen;
- Schwierigkeiten, Befürchtungen bezüglich der Umsetzung allgemein;
- Schwierigkeiten, Befürchtungen bezüglich der Umsetzung in bestimmter Eigenschaft bzw. im Arbeits- und Verantwortungsbereich;
- technisch und rechtliche Veränderungen zur Voraussetzung der Implementierung im Arbeits- und Verantwortungsbereich;
- technische und formal-juristische Umsetzung (Erlasse, Verfügungen, Weisungen);

- Ablehnung, Fragen, Befürchtungen, Verunsicherungen im Vollzug, in Fachgremien, Kooperationsbeziehungen.

Der Leitfaden des ExpertInneninterviews hat nicht die Funktion, einen starren Rahmen für einen strukturierten Fragebogen zu stecken. Er soll die theoretischen Zugänge des Forschungsteams thematisch ordnen. Darüber hinaus können die Themenschwerpunkte des Interviewleitfadens als vorläufige theoriegestützte Kategorien für den Auswertungsprozeß genutzt werden. Für den Gesprächsablauf sind sie als Orientierungshilfe für einen möglichen logischen Aufbau des Interviews vorgesehen, falls die Gesprächsinhalte der befragten Person keiner eigenen Logik folgen.

6.2.2 Das fokussierte Interview

Das fokussierte Interview ist zwischen qualitativer und quantitativer Methodologie angesiedelt. Der „quantitativen Forschungslogik“ folgend, geht es nicht um Hypothesengenerierung oder Theoriebildung, sondern darum, „...eine formulierte Hypothese an der Realität zu prüfen.“ (Lamnek 1993a:80) In Kenntnis der Bedingungen des Forschungsfeldes werden Forschungshypothesen entwickelt, die in einen themenzentrierten Leitfaden eingehen. Das Forschungsgespräch wird nicht direktiv geführt, die Orientierung an den aufgestellten Themenkomplexen erfolgt durch freie Anregungen und offene Fragen. Erzählende, assoziative Stellungnahmen der befragten Person zu den Gesprächsgegenständen werden unterstützt, d.h. als Befragungsmethode ist das fokussierte Interview qualitativ und interpretativ ausgerichtet.

Aufgrund der zwischen quantitativen und qualitativen Anteilen vermittelnden Wirkung des fokussierten Interviews eignet es sich zur Anwendung im Forschungsplan des Modellprojektes, um projektbezogene subjektive Realitätswahrnehmungen der Bediensteten und der InsassInnen zu überprüfen. In Anlehnung an ausgewählte theoretisch entwickelte Hypothesen der schriftlichen und mündlichen standardisierten Befragung werden im fokussierten Interview Fragenkomplexe spezifiziert. Die im quantitativen Befragungsteil vorgenommenen Beschreibungen nach Einschätzungsskalen werden zusätzlich mittels der Ergebnisse der fokussierten Interviews inhaltlich kommentiert, deren Variationsbreite erweitert und die Relevanzsysteme der Betroffenen ermittelt.

6.2.3 Die Gruppendiskussion

Die Methode der sozialwissenschaftlichen Gruppendiskussion wird im Forschungsverlauf der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt als ermittelndes Verfahren eingesetzt. Das Forschungsinteresse bezieht sich auf Meinungs- und Einstellungsäußerungen der am Gruppenprozeß beteiligten Mitglieder, sowohl bezogen auf das Meinungsprofil der einzelnen TeilnehmerInnen als auch auf „die „öffentlichen“ Meinungen und Einstellungen, die in der Gruppensituation aktualisiert werden“ (Lamnek 1993a:134). Die mit den Einstellungsmustern korrespondierenden Bewußtseinsphänomene und Handlungsintentionen sind in den Ermittlungsprozeß einbezogen. Es geht nicht darum, ein repräsentatives Meinungsspektrum zu erhalten, sondern darum, einen Einblick und ggf. Überblick über den unter den nicht-drogenabhängigen Inhaftierten geführten „öffentlichen“ Diskurs zu den Auswirkungen des Modellprojektes auf das gesamte innerinstitutionelle soziale Klima, die Akzeptanz und Relevanz der Präventionsmaßnahmen zu erhalten und in den Bewertungsprozeß zum Projektgeschehen einzubinden. Außerdem interessieren die informellen Inhalte der Alltagskommunikation unter den Inhaftierten, die Gruppenmeinungen ausbilden und verhaltens- und einstellungsprägend sind.

Diese Dynamik wirkt u.U. auch in der Situation der Gruppendiskussion selbst mit möglicherweise einhergehendem Gruppendruck und sozialem Kontrollaspekt als Effekt des Gruppenprozesses. Eine sensible Präsenz des Forschungsteams während der Diskussionssitzung und eine mehrdimensionale Interpretation der Ergebnisse tragen dazu bei, Bewußtseinsinhalte von Einzelpersonen von determinierenden Gruppenstandards differenzieren und bewerten zu können.

Ein weiterer Begleiteffekt kann sein, daß die Gruppensitzung als Möglichkeit der Meinungsbildung von den TeilnehmerInnen genutzt wird, indem individuelle Sichtweisen durch den Prozeß der sprachlichen Artikulation Kontur erhalten und bewußter zugänglich werden.

Der anregende Charakter der Gruppendiskussionsmethodik ist beabsichtigt, einmal um den nicht-drogenabhängigen Inhaftierten die Möglichkeit einer systematischen Auseinandersetzung mit den alltäglich erlebbaren Konsequenzen des Modellprojektes im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung zu ermöglichen. Zum anderen geht ein Interesse an Erkenntnismaximierung mit dem Aufforderungscharakter dieser methodischen Verfahrensweise einher, da über diesen Erkenntnisweg der einzige Zugang zu der spezifischen

Betroffenheit und Realitätswahrnehmung der Zielgruppe der nicht-drogenabhängigen Inhaftierten konzipiert ist.

Die inhaltlichen Entwicklungsprozesse der anstaltsinternen „Arbeitsgruppe (AG) Spritzentausch“ werden mit einer modifizierten Variante der Methode Gruppendiskussion erfaßt. Im 6-monatigen Rhythmus nehmen die MitarbeiterInnen der sozialwissenschaftlichen Begleitung an den Sitzungen der AG teil, um die aktuelle Situation des Modellprojektes aus der Sicht der durch ihre Teilnahme an der AG kontinuierlich involvierten MitarbeiterInnen aufzunehmen.

Die AG ist ein Forum zur Koordination von Fachinhalten und Vollzugspraxis, indem sie den anstaltsinternen Verlauf des Modellprojektes vor Ort begleitet und ggf. bei Störungen oder unerwünschten Begleiteffekten praktikable Veränderungen erarbeitet. In diesem Aufgabenspektrum ist sie für die sozialwissenschaftliche Begleitung zum einen eine Informationsquelle. Zum anderen ermöglicht sie als Ort der Rückmeldung und der kommunikativen Validierung einen im dynamischen Forschungsvorgehen beabsichtigten Austausch über die von den MitarbeiterInnen des Forschungsteams veröffentlichten Beobachtungen und Forschungsergebnisse.

6.3 Auswertungsverfahren

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Auswertungsmöglichkeiten/Interpretationsverfahren und den Sammlungsbedingungen des Datenmaterials. In der Methodik der Informationsgewinnung sind die Möglichkeiten der Ergebnisinterpretation potentiell angelegt, was in der Darstellung der gewählten Erhebungsverfahren bereits anklingt.

Nach Durchführung und Aufzeichnung der Interviews und anschließender Transkription liegt verschriftlichtes sprachliches Datenmaterial vor, das mit der Methode der „qualitativen Inhaltsanalyse“ systematisch aufbereitet und ausgewertet wird.

Diese Auswertungsmethodik bezieht sich auf subjektive Sinnstrukturen, die in der sprachlichen Äußerung der Untersuchten zum Ausdruck gebracht werden. Die Texte als zu analysierende Kommunikationsinhalte spiegeln authentische Sichtweisen lebensweltlicher sozialer Realität wieder. Die Textinhalte repräsentieren menschliches Verhalten, soziales Handeln, Einstellungen, Situationsdeutungen. Es ist Aufgabe der ForscherInnen, zu Sprache geronnene Ergebnisse von Interaktionen zu rekonstruieren und vor der Folie

soziokultureller und gesellschaftlicher Eingebundenheit der Befragten verstehend nachzuvollziehen. Eine Rekonstruktion der subjektiven Sicht entwickelt sich als gemeinsames Produkt von Forschenden und erforschter Umwelt. Das qualitative inhaltsanalytische Verfahren geht explikativ, die offenen und latenten Kommunikationsinhalte deutend, vor (vgl. Lamnek 1993a:201). Es ist dem interpretativ-verstehenden Paradigma verpflichtet.

Für die qualitative Forschungsarbeit mit den o.a. Personengruppen eröffnet sich entlang des wissenschaftlich-systematischen Interpretationsprozesses eine subjektzentrierte Perspektive, die authentische Ergebnisse zu dominanten Entwicklungslinien des Modellprojektes und zielgruppenspezifisch relevanten Ereignissen über die theoretisch vorstrukturierten und vom Forschungsteam vorab identifizierten Themenbündel hinausgehend liefern kann.

Eine thematische Skizzierung der Auswertungs- und Interpretationstätigkeit kann an dieser Stelle nicht erfolgen, weil zum Zeitpunkt der Verfassung der überwiegende Teil des Datenmaterials noch nicht vorlag.

Erste Auswertungsgänge der ExpertInnen-Interviews geben Einblick in die Dynamik der Vorbereitungsphase für die Modellprojekte in den beiden Anstalten aus Sicht der Personen der Leitungsebene. Die rekonstruierten Interaktionszusammenhänge sind in die Darstellung der Vorgeschichte (siehe Kap. 3) eingegangen.

III.
Ergebnisteil zur Anfangsphase
des Modellprojektes

7 *Demographische Daten zur Bedienstetengruppe*

Für eine statistische Analyse liegen gegenwärtig die Daten aus der Bedienstetenbefragung der JVA in Vechta und Lingen vor, die an dieser Stelle einer ersten zusammenfassenden Analyse über demographische Angaben unterzogen werden sollen.

7.1 Bedienstete der JVA für Frauen Vechta

Teilgenommen an dieser ersten Erhebung haben insgesamt 57 Personen. Ausgegeben wurden 100 Fragebögen, was einer Rücklaufquote von 57% entspricht. Die Stichprobe der Bediensteten setzt sich aus 36 (64,3%) weiblichen und 20 (35,7%) männlichen Personen zusammen. Der Altersdurchschnitt liegt bei 40,54 Jahren, bei einer Standardabweichung von 7,96 Jahren. Das Minimum liegt bei 27 Jahren, das Maximum bei 58 Jahren, was einer Spannweite von 31 Jahren entspricht (vgl. Abb. 5.3). 20 Personen geben an, einen Hauptschulabschluß erreicht zu haben, 19 Personen besitzen die mittlere Reife, 12 Personen haben erfolgreich das Gymnasium besucht und 6 Personen geben einen anderen Schulabschluß an (vgl. Abbildung 7.1). Bei der Berufsausbildung vermerken 36 Personen eine abgeschlossene Lehre, 19 haben eine Fachhochschule bzw. Universität besucht und 6 geben eine andere Berufsausbildung an, eine davon ohne Abschluß. 11 (20,0%) Personen bestätigen, in der JA Falkenrott bzw. im Jugendlager tätig gewesen zu sein, 44 (80,0%) Personen verneinen diese Frage und 2 Personen machen dazu keine Angabe (Missing). Bei den Beschäftigungsbereichen geben 32 (57,1%) Personen an, im allgemeinen Vollzugsdienst tätig zu sein, 6 (10,7%) Personen in der Verwaltung, 3 (5,4%) im medizinischen Bereich, 7 (12,5%) in der Sozialarbeit, 4 (7,1%) im pädagogischen Bereich und ebenfalls 4 (7,1%) in anderen Bereichen (vgl. Abbildung 7.2). Eine Person machte hier keine Angabe (Missing). 46 (86,8%) Personen arbeiten auf einer Vollzeitstelle, während 7 (13,2%) teilzeitbeschäftigt sind. 4 Personen enthielten sich der Angabe (Missing). Von den 7 teilzeitbeschäftigten Personen arbeitet 1 Person zu 45%, 3 Personen zu 50% und 2 Personen zu 75%. Die Angabe einer Person fehlt. Bei 30 (52,6%) Personen liegt eine Festanstellung vor, 6 (10,5%) Personen verweisen auf eine zeitlich befristete Stelle, während 21 (36,8%) Personen hierzu keine Angabe machen.

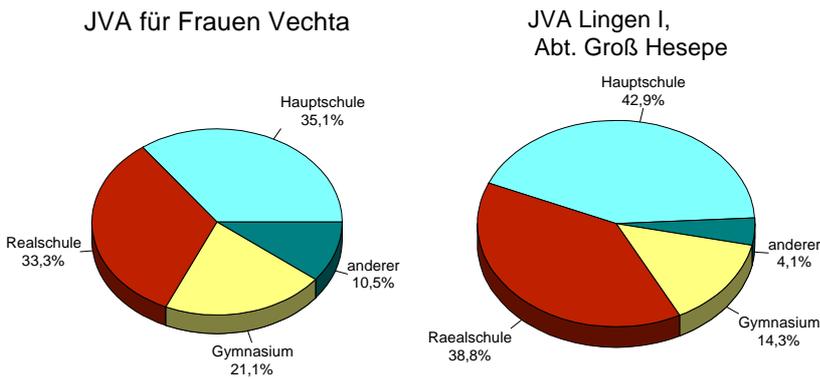


Abb. 7.1: Kreisdiagramm über den Schulabschluß der Bediensteten der beiden Anstalten Vechta und Lingen im Vergleich

7.2 Bedienstete der JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe

Teilgenommen haben hier insgesamt 47 Personen. Ausgegeben wurden 79 Fragebögen, was einer Rücklaufquote von 59,5% entspricht. 4 (8,5%) Personen der Stichprobe sind weiblich, 43 (91,5%) Personen sind männlich. Das Durchschnittsalter dieser Bedienstetengruppe liegt bei 41,76 Jahren, bei einer Standardabweichung von 8,73 Jahren. Das Minimum liegt bei 26 Jahren, das Maximum bei 59 Jahren, womit sich eine Spannweite von 33 Jahren ergibt (vgl. Abb. 5.4). 21 Personen geben einen Hauptschulabschluß an, 19 Personen die mittlere Reife, 7 Personen erreichten das Abitur und 2 Personen verweisen auf einen anderen Schulabschluß. Ein Vergleich beider Anstalten bezüglich des Schulabschlusses zeigt Abbildung 7.1. Im Rahmen der Berufsausbildung haben 43 Personen eine Lehre abgeschlossen, 9 Personen haben eine Fachhochschule/Universität besucht (2 davon ohne Abschluß) und 4 Personen geben eine andere Berufsausbildung an (Angaben einschließlich Mehrfachnennungen). 36 Personen (78,3%) verweisen auf eine Tätigkeit in der JVA Lingen I (Hauptanstalt), 10 (21,7%) Personen verneinen diese Frage und 1 Person enthält sich der Antwort (Missing). Die Be-

schäftigungsbereiche teilen sich wie folgt auf: 38 (80,9%) Personen arbeiten im allgemeinen Vollzugsdienst, 2 (4,3%) Personen in der Verwaltung, 1 (2,1%) Person im medizinischen Bereich, 4 (8,5%) Personen im pädagogischen Bereich und 2 (4,3%) Personen arbeiten in einem anderen Bereich. Ein Vergleich der prozentualen Anteile der Beschäftigungsbereiche beider Anstalten zeigt Abbildung 7.2. In der Stichprobe sind 44 (97,8%) Personen vollzeitbeschäftigt, 1 (2,2%) Person ist mit 50% teilzeitbeschäftigt, während 2 Personen dazu keine Angabe machen (Missing). Bei 27 (57,4%) Personen liegt eine Festanstellung vor, 2 (4,3%) Personen arbeiten in zeitlich befristeten Stellen, während bei 18 (38,3%) Personen hierzu keine Angabe vorliegt.

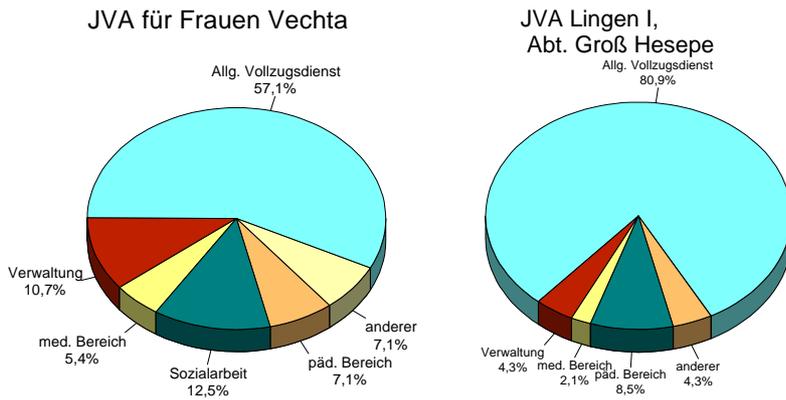


Abb. 7.2: Kreisdiagramm über den Beschäftigungsbereich der Bediensteten der beiden Anstalten Vechta und Lingen im Vergleich

8 *Dokumentation der flankierenden Präventionsmaßnahmen*

8.1 **JVA für Frauen Vechta**

8.1.1 **Regelmäßige Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen**

Auf der Aufnahmestation werden die Gefangenen durch den AIDS-Beauftragten des Landkreises beim Gesundheitsamt, der externen und der internen Suchtberatung über das Drogenhilfeangebot allgemein und speziell auch über das Spritzenaustauschprojekt informiert:

1. Der AIDS-Beauftragte des Landkreises beim Gesundheitsamt führt zweiwöchig Veranstaltungen zu den Themen: safer use/safer sex, Infektionswege, Tests etc. durch.
2. Zwei Mitarbeiterinnen der externen Suchtberatung des *Sozialdienstes Katholischer Männer (SKM)* geben zweiwöchig einen Überblick über das Drogenhilfe-System extern. Weiterhin geht es um die Problematisierung des eigenen Drogenkonsumverhaltens, Ursachen, Veränderungen etc.

Der interne Suchtberatungsdienst der Anstalt gibt zweiwöchig einen Überblick über Drogenhilfeangebote im Vollzug. Beratung, Therapievermittlung, Substitution, Spritzenaustauschprogramm (Modalitäten und Regeln), Naltrexon-Behandlung.

Die Inhalte dieser drei Beratungs- und Informationsangebote sind aufeinander abgestimmt. Thematische Schwerpunkte sind unter anderem: Darstellung und Nutzung des Suchthilfeangebots, Notwendigkeit und Ansatzpunkte der Auseinandersetzung mit dem eigenen - riskanten - Verhalten, Umgang untereinander, Regeln des Spritzenaustauschprogramms.

Einmal monatlich gibt es eine verlängerte Dienstbesprechung (3/4 - 1 Std.): Austausch aktueller Erfahrungen, Rückmeldungen, Sammlung von Fragen und Diskussionsergebnissen in den Abteilungen. Dieser Informationsteil für die monatliche Dienstbesprechung hat bislang am 21.5.96 stattgefunden. Aufgrund des Umbaus der Anstalt und der Einrichtung des zweiten Standortes fand das Thema „Spritzenprojekt“ auf den Dienstbesprechungen im

Juni, Juli, August keinen Platz. Für September steht es wieder auf der Tagesordnung.

Die Mitarbeiterinnen der internen und externen Sucht- und AIDS-Beratung sprechen Themen wie Drogenkonsum(geschichte) und infektionsriskantes Verhalten im Rahmen des Drogenkonsums und der Sexualität auf der Jugendstation an. Der Mitarbeiter der internen Suchtberatung führt das sucht- bzw. drogenbezogene Erstgespräch durch und verweist je nach Bedarf auf die Mitarbeiterinnen der externen Suchtberatung. Der AIDS-Beauftragte des Landkreises hat sich bereit erklärt, im Fall der Abkopplung der Jugendstation weitere Aufklärungsarbeit speziell für die Jugendlichen zu leisten.

Seitdem auch die Jugendlichen die Aufnahmestation durchlaufen, nehmen sie an den dortigen Informationssequenzen (siehe oben) teil¹.

Eine Einschränkung besteht für U-Häftlinge, da sie nicht die Aufnahmestation durchlaufen.

Monatlich einmal führt die *Oldenburger AIDS-Hilfe* zusammen mit *JES-Oldenburg* sog. Safer-Use-Kurse in der Frauenhaftanstalt Vechta durch und hat speziell für dieses Klientel eine Broschüre („Safer-Use Info“) erstellt.

Bisher haben die Veranstaltungen am 6.5.96, 10.6. und 15.7.1996 stattgefunden - sie wurden durchschnittlich von 12 Gefangenen besucht.

8.1.2 Unregelmäßige Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen

Vom 25.-27.3.96 führte ein Mitarbeiter der *Deutschen AIDS-Hilfe* und die Vorsitzende des *Bundesverbandes der Sozialarbeiter* eine Informationsveranstaltung mit dem Titel „Infektionsprophylaxe in Haft und Betreuungsansätze für Drogenabhängige“ für Bedienstete durch, die an drei Tagen (tägl. ca. 6 Stunden) für 3 Bediensteten-Gruppen angeboten wurde. Teilgenommen haben insgesamt ca. 60 Bedienstete.

Am 21.8. und 17.9. 1996 führt der *Malteser-Hilfsdienst* zwei Tagesseminare zum Thema „Notfallhilfe“ durch. Etwa 40 interessierte KollegInnen haben sich zu diesen Kursen angemeldet, so daß zwei Gruppen gebildet werden können (jeweils ganztägig à 20 Personen).

¹ Vgl. Protokoll der AG Spritzentausch v. 30.5.96.

Am 13./14.7.1996 hat der *Malteser-Hilfsdienst* eine ähnliche Veranstaltung mit dem Thema „Notfallhilfe“ für die Gefangenen angeboten: Hieran haben 15 Gefangene teilgenommen. Weitere Gefangene nutzten kurz vorher im Rahmen ihrer Schulmaßnahme eine vergleichbare Veranstaltung.

Vorgesehen sind insgesamt vier Trainings zum Thema „safer-use/safer sex, Vermittlung von Präventionsbotschaften“ mit einem erfahrenen Referenten der Entzugsklinik *Cleanok* in Lengerich/Westfalen. Am ersten Termin am 16.10.1996 werden ca. 20 Bedienstete aus allen Teams teilnehmen. Drei weitere Veranstaltungen sind im Jahre 1997 im Rahmen der Aus- und Fortbildung der MitarbeiterInnen geplant.

8.2 JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe

8.2.1 Regelmäßige Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen

Auf den Dienstbesprechungen der Anstalt wird einmal monatlich ein Sachstandsbericht über Stand und Verlauf des Modellprojektes durch den Projektleiter gegeben. Ein Kurzbericht wird auf der Gesamtkonferenz (Lingen I und Abt. Groß-Hesepe) ebenfalls einmal monatlich erläutert. Auf diesen Foren findet auch eine Sammlung möglicher Probleme statt.

Dazwischen wird auf den wöchentlichen Hauskonferenzen unregelmäßig über die Thematiken Spritzenaustausch, Drogenkonsum und mögliche Probleme berichtet.

Die AG Spritzenaustausch, die für die Anstalt in der Vorbereitungs- und Konzeptionsphase wöchentlich tagte, wird sich nun zusätzlich nach Bedarf beraten, um die geäußerten Probleme, Verbesserungsvorschläge und Weiterentwicklungen konzeptionell zu erfassen.

8.2.2 Unregelmäßige Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen

Bislang sind Informationen an alle Bedienstete auch über besondere Rundschreiben gegangen:

- über die Öffnungszeiten des Spritzenumtausches;
- über die Veränderung, daß die MitarbeiterInnen des Suchtberatungsdienstes in die ärztliche Schweigepflicht einbezogen wurden.

Die *AIDS-Hilfe Emsland* hat seit Projektbeginn ein „Info-Frühstück“ für Gefangene durchgeführt, das in der Anstaltskirche mit 15 Teilnehmern statt-

gefunden hat. Eine weitere Einbindung der *AIDS-Hilfe Emsland* ist mit der endgültigen Fertigstellung der Teestube Ende August 1996 vorgesehen.

Die *AIDS-Hilfe Emsland* hat ein „Safer-Use-Info“ erstellt und an die Gefangenen verteilt. Der Suchtberatungsdienst, die *AIDS-Hilfe Emsland* und das Justizvollzugskrankenhaus planen weitere Schulungen, Reanmiations- bzw. Erste-Hilfe-Kurse.

Die jährliche „Fachbesprechung Sucht“, die vom Suchtberatungsdienst für die regionale Fachöffentlichkeit organisiert wird, findet am 31.10.1996 ebenfalls zum Thema „Spritzenvergabe im Justizvollzug“ statt.

9 *Ergänzende Zusammenarbeit mit der medizinischen Untersuchung: medizinische Parameter*

Zur Erhebung serologischer Parameter und zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustandes der am Modellprojekt teilnehmenden Inhaftierten ist eine medizinisch-wissenschaftliche Erhebung vorgesehen. Da die beiden teilnehmenden Anstalten über die notwendigen Kapazitäten im medizinischen Bereich verfügen, findet eine medizinisch-wissenschaftliche Erhebung durch die anstaltsinternen Ärzte/Medizinischen Dienste statt. Es ist ein längsschnittliches Untersuchungsdesign entwickelt worden, um dem Forschungsziel weitgehend gerecht werden zu können, nämlich diagnostische Dunkelfelder, möglicherweise hervorgerufen durch krankheits- und individuenbezogene unterschiedliche Inkubationszeiten (z.B. von HIV und Hepatitiden), weitgehend einzugrenzen.

Nur mit diesem Vorgehen können Serokonversionen beider Infektionskrankheiten annähernd identifiziert werden. Unter der Perspektive, daß Justizvollzugseinrichtungen als Katalysatoren von Infektionskrankheiten gelten, ist es deshalb von großer Bedeutung für eine Erfolgskontrolle, mögliche Zusammenhänge zu erhellen.

Dieser Forschungsansatz verlangt kontinuierliche Erhebungen über einen längeren Zeitraum und ggf. mehrere Meßzeitpunkte angereichert durch personenbezogene Dokumentation medizinischer Daten im Verlauf. Zu wahren sind dabei forschungsethische und personenrechtliche Regeln wie Freiwilligkeit der Teilnahme und Anonymität der Untersuchten.

Der Gegenstand des Modellprojektes - Infektionsrisiken bei i.v. Drogenkonsum, Verbesserung bzw. Stabilisierung der Gesundheitssituation Inhaftierter - ist mit erheblicher gesellschaftlicher, politischer und justizvollzuglicher Brisanz belegt. Entsprechend wurden im Vorfeld Befürchtungen in die Diskussion um Infektionsprophylaxe im Justizvollzug einschließlich der Vergabe steriler Einwegspritzen eingebracht. Diese sollen in der Anlage der medizinischen Begleitforschung Beachtung finden und näher untersucht werden, welche Befürchtungen auszuschließen sind und welchen Relevanz zukommt:

1. Es soll geprüft werden, ob sich der Drogenkonsum im Laufe der Haftzeit verändert: Werden in Haft andere Substanzen konsumiert als außerhalb? Welche Konsummuster entwickeln sich unter Haftbedingungen (z.B. polytoxikomanes/monotoxikomanes Muster)?
2. Es soll geprüft werden, ob sich die allgemeingesundheitliche Situation der Inhaftierten im Laufe der Haftzeit im Untersuchungszeitraum verändert: Inwieweit verändern sich allgemeinmedizinische Parameter (z.B. Gewicht, BKS, Leukozytenzahlen)? Finden sich darüber hinaus Hinweise in der sonstigen medizinischen Betreuung auf einen veränderten Gesundheitszustand der PatientInnen?
3. Es soll geprüft werden, ob es im Laufe der Haftzeit im Untersuchungszeitraum zum Neueinstieg in Bezug auf intravenösen Drogenkonsum kommt.
4. Es soll geprüft werden, ob es im Verlauf der Haftzeit im Untersuchungszeitraum zu Serokonversionen für HIV, HBV und/oder HCV kommt.

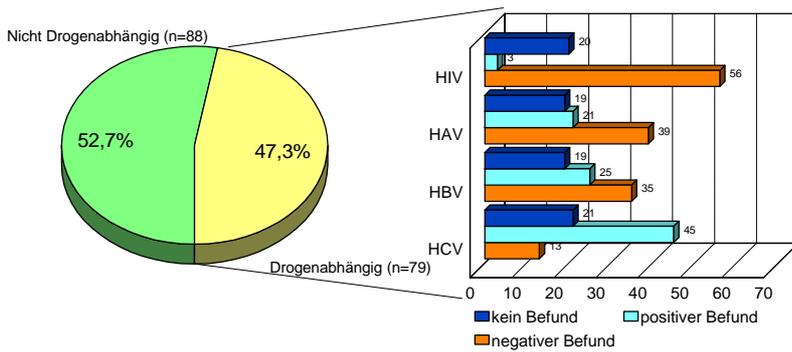
Die Erkenntnisse der sozialwissenschaftlichen Untersuchungen aus einzelnen Themenbereichen (insbesondere zum Drogenkonsum und zum Risikoverhalten Inhaftierter) werden zu ausgewählten Aspekten mit den medizinischen Befunden abgeglichen. Von Interesse in dieser Kooperation sind sowohl Daten zur allgemein-gesundheitlichen Lage, als auch im besonderen zum Serostatus und seiner Entwicklung bei den Untersuchten. Auch hier (siehe Kap. 2) werden querschnittlich erhobene Daten, wie die Serologiedarstellung unten, nur den Charakter einer Beschreibung der Morbiditätslast drogenabhängiger Gefangener haben: Es wird lediglich die Verteilung viraler Infektionskrankheiten unter Drogenabhängigen abgebildet, nicht jedoch deren spezifische Bedingungen (Haft) und Dynamiken (z.B. Serokonversionen). Diese sind ausschließlich im Verlauf von Einzelfallanalysen nachvollziehbar. Allgemeine Aussagen zu treffen, wird schließlich auch durch die hohe Fluktuation unter den Gefangenen, z.T. bedingt durch kurze Haftstrafen erschwert.

9.1 JVA für Frauen Vechta

Die Ärzte der beiden Modellanstalten haben sich in Kooperation mit dem Niedersächsischen Justizministerium auf einen bestimmten serologischen und allgemein-medizinischen Prüfplan verständigt. Der Bluttest der Gefangenen bleibt jedoch auch in der Modellprojektphase freiwillig - wenngleich den

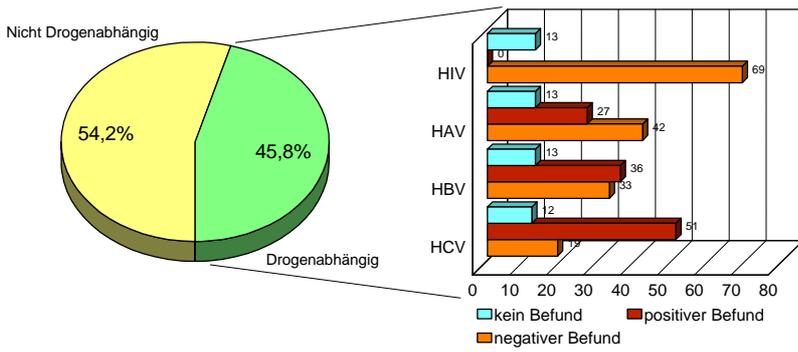
ProjektteilnehmerInnen auch eine Teilnahme an der medizinischen Untersuchung unter Einbeziehung einer wiederholten serologischen Untersuchung angeraten wird. „Kein Befund“ bedeutet, daß der/die Gefangene den Bluttest abgelehnt hat oder dieser nicht durchgeführt werden konnte. Die Kennzeichnung als „drogenabhängig“ bzw. „nicht-drogenabhängig“ bezieht sich auf medizinische Erkenntnisse, nicht auf die Aktenlage oder strafrechtliche Vorgeschichte der Gefangenen.

Die folgenden Abbildungen zum Zeitpunkt vor Projektbeginn (12.04.96) und nach viermonatiger Laufzeit des Modellprojektes (15.08.96) verdeutlichen lediglich die Entwicklung der Zahl von Serologiebefunden und der Verteilung viraler Infektionen unter i.v. Drogenkonsumentinnen in der JVA für Frauen Vechta.



Gesamtbelegung n = 167

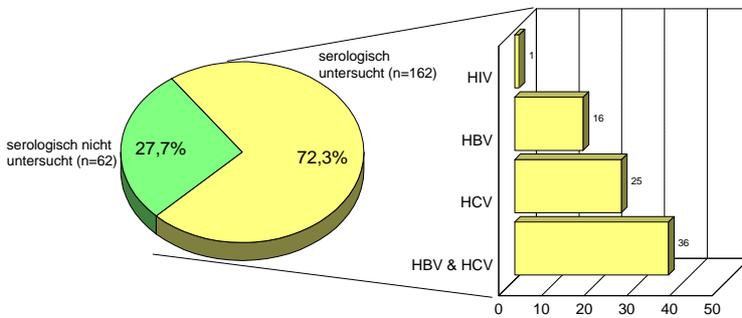
Abb. 9.1: Serologie bei drogenabhängigen Inhaftierten, Justizvollzugsanstalt für Frauen Vechta (Stichtag 12.04.1996)



Gesamtbelegung n = 179

Abb.9.2: Serologie bei drogenabhängigen Inhaftierten, Justizvollzugsanstalt für Frauen Vechta (Stichtag 15.08.1996)

9.2 JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe



Gesamtbelegung n = 224

Abb. 9.3: Serologie bei drogenabhängigen Inhaftierten, JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe (Stichtag 23.04.96)

Die Abbildung 9.3 zeigt den serologischen Stand der Gefangenen zum 23.4.96 an. Dies allerdings mit der Einschränkung, daß es sich anders als in

den Abbildungen aus Vechta, nicht um aktuelle serologische Befunde handelt, sondern um Werte, die in 51% der Fälle nicht älter als 6 Monate, in 33% nicht älter als 12 und in 16% älter als ein Jahr sind. Die Infektionsrate kann also unter Umständen noch höher als hier dargestellt sein.

9.3 Zahl der ProjektteilnehmerInnen und Frequentierung der Angebote

9.3.1 JVA für Frauen in Vechta

Zum Stichtag dieses Eröffnungsberichtes (15.8.96) befanden sich 62 Teilnehmerinnen im Spritzenaustauschprogramm, bzw. hatten eine Attrappe vom medizinischen Dienst erhalten. Wie die Abbildung 9.4 im Vergleich zeigt, hat sich die Zahl der Teilnehmerinnen seit dem Beginn des Projektes kontinuierlich erhöht. Die Hälfte der Frauen (31) hat bereits vom ersten Tag am Projekt teilgenommen. Durch eine längere Vorlaufphase hatten sich schon relativ früh Interessentinnen am Projekt im medizinischen Dienst gemeldet und dort eine Einverständniserklärung unterschrieben.

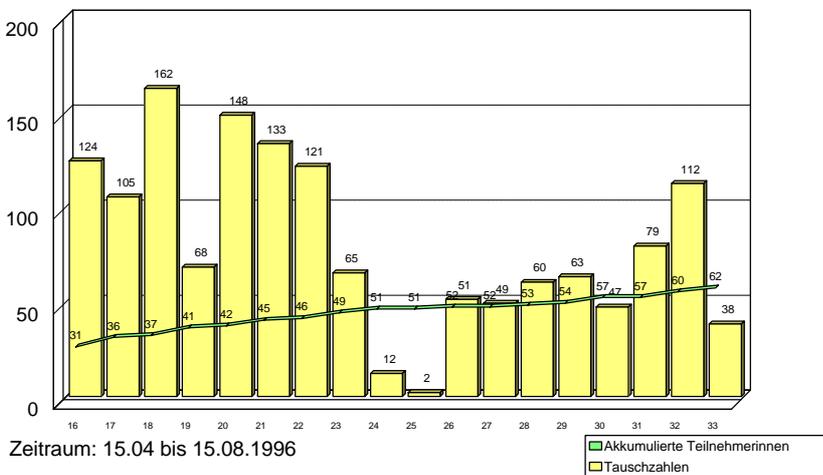
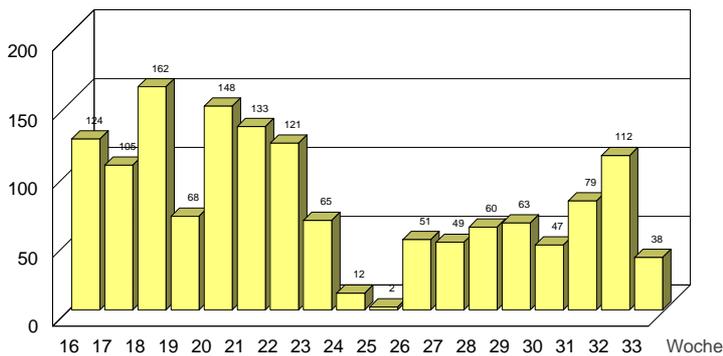


Abb. 9.4: Tausch- und Teilnehmerinnenzahlen im Vergleich

In Abbildung 9.5 wird die gesamte Nutzung der Spritzenaustauschautomaten während der ersten 18 Wochen der Projektlaufzeit dargestellt. Diese Periode

zerfällt in zwei unterschiedliche Abschnitte: eine relativ hohe Nutzung während der ersten 8 Wochen wird mit dem technischen Defekt der Spritzenaustauschautomaten (vgl. 3.3.7) beendet. Nachdem die notwendigen Reparaturen durchgeführt wurden, setzt sich die Frequentierung der Automaten in den letzten 8 Wochen auf niedrigerem Niveau fort. Erklärungen dafür mögen sein, daß es zunächst einen großen Bedarf gab, sich mit sterilen Spritzen zu versorgen, sowie der Reiz des Neuen, bisher nirgendwo vorhandenen Angebots. Da die Zahl der inhaftierten Drogengebraucherinnen in diesem Zeitraum relativ konstant blieb, ist nicht davon auszugehen, daß es eine erhöhte Nachfrage gab. Deutlich wird in dieser Darstellung, daß die Handvergabe durch den medizinischen Dienst in der Zeit, als die Automaten defekt waren, kaum genutzt wurde: insgesamt wurden in den 17 Tagen nur 22 Spritzen getauscht.

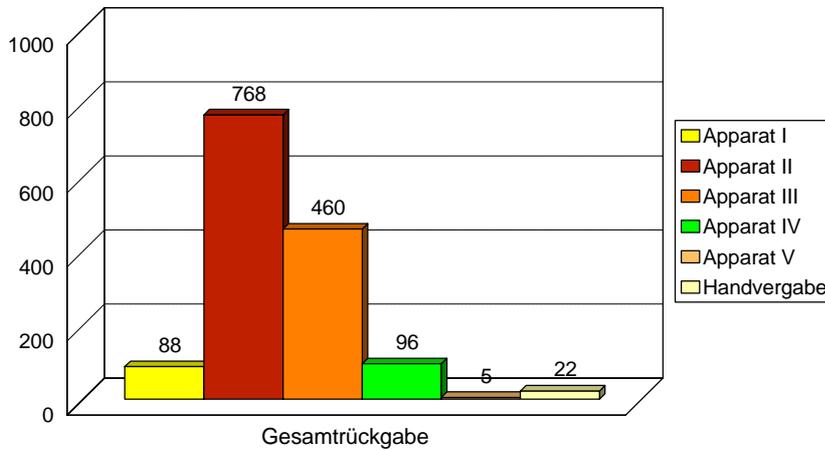


Zeitraum: 15.04 bis 15.08.1996
23. bis 25. Woche (06.06 - 23.06) Automatenausfall, daher ausschließlich Handvergabe

Abb. 9.5: Gesamtnutzung der Spritzenautomaten

In der folgenden Abbildung wird die Frequentierung der einzelnen Automaten dargestellt. Der Apparat V wurde erst am 25.7.96 installiert. Die Nutzung der übrigen Automaten ist charakterisiert durch zwei selten genutzte Apparate I (DII-Flur) und IV (Jugendabt.), einen häufig genutzten Apparat III (Dusche) und einen stark genutzten Apparat II (Flur, neben dem Getränke- und Süßwarenautomat). Erklärungen für die unterschiedlich starke Nutzung der Automaten ergeben sich aus praktischen Gründen: Apparat II ist in der überwiegenden Zeit des Tages zugänglich, während dies für andere Automaten nicht zutrifft, oder mit aufwendigem „Durchschließen“ verbunden ist.

Zudem können drogenabhängige Gefangene ihren sonstigen Automateinkauf mit dem Ziehen der Spritze verbinden. Verheimlichungs- und Anonymitätsgesichtspunkte scheinen hier eine eher untergeordnete Rolle zu spielen.



Zeitraum: 15.04 bis 15.08.1996

Abb. 9.6: Nutzung der einzelnen Spritzenautomaten

Von den 50 Gefangenen, die am 31.7.96 im Projekt waren, sind eine in den Maßregelvollzug, drei in Substitutionsbehandlungen und drei in stationäre drogenfreie Langzeittherapien gewechselt und haben entsprechend ihre Aufbewahrungskästchen an den Stationsdienst zurückgegeben.

9.3.2 JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe

In der JVA für Männer Lingen I Abt. Groß-Hesepe gab es vor Beginn der Maßnahme am 15.07.96 nur drei Gefangene, die sich zur Teilnahme am Projekt entschlossen hatten. Eine größere Anzahl von Gefangenen hat zunächst abgewartet. Zu Beginn des Projektes war das Interesse allerdings schnell recht groß. Nach einem Monat Laufzeit (15.8.96) befinden sich gegenwärtig 26 Gefangene im Projekt. Vermutet werden darf, angesichts der hohen Zahl von drogenabhängigen Gefangenen, von denen ein großer Teil auch in Haft Spritzdrogen verwendet (vgl. Kap. 2.2.1.), daß noch ein Teil der Gefangenen

abwarten wird, ob sich ihre Befürchtungen hinsichtlich vollzuglicher Nachteile bestätigen oder nicht. Alle im Projekt involvierten MitarbeiterInnen sind der Auffassung, daß sich die Teilnahme am Projekt vom jetzigen Stand sehr langsam entwickeln wird. Erst wenn Erfahrungen seitens der Gefangenen gemacht werden können, daß ihnen durch eine Teilnahme am Projekt weder Nachteile beim Vollzug ihrer jetzigen Strafe, noch bei der Entscheidung über Vollzugslockerungen oder über vorzeitige Haftentlassung entstehen, kann mit einer hohen Zielgruppenerfassung gerechnet werden.

Abb. 9.7 zeigt die Tausch- und Teilnehmerzahlen im Vergleich. Deutlich wird, daß sich offenbar die Tauschzahlen nicht parallel zu erhöhten Teilnehmerzahlen entwickeln.

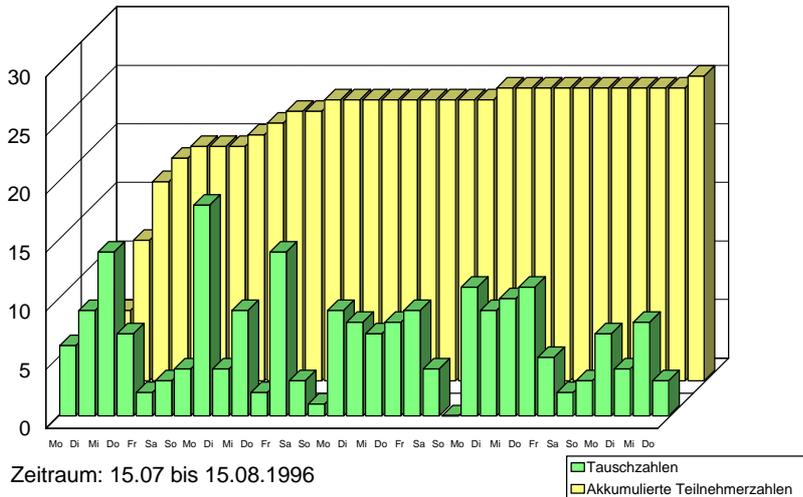
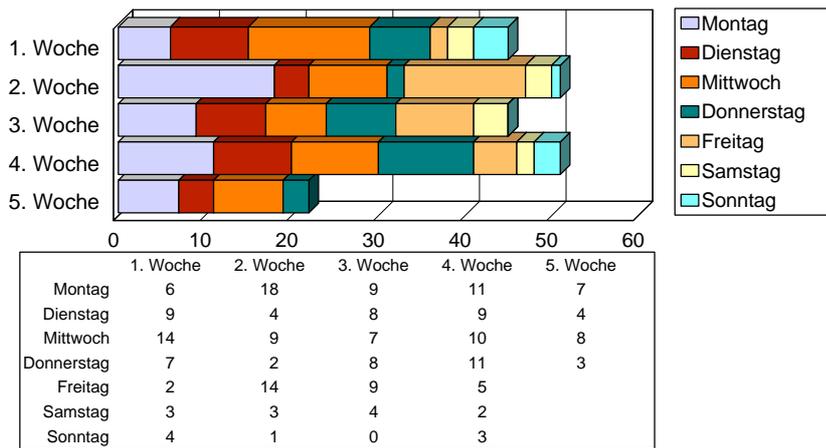


Abb. 9.7: Tausch- und Teilnehmerzahlen im Vergleich

Untersucht man die Tauschzahlen etwas genauer (Abb. 9.8), stellt man fest, daß die Spritzenabgabe an Wochenenden, an denen nicht der Suchtberatungsdienst, sondern Mitarbeiter des medizinischen Dienstes Spritzen tauschen, weniger genutzt wird. Es läßt sich gegenwärtig nicht sagen, ob der Bedarf an sterilen Spritzen am Wochenende geringer ist, ob die ausgebende Stelle von Bedeutung ist, oder ob weitere Gründe bei den Gefangenen für eine geringere Nutzung des Wochenendausches bestehen.



Anzahl der getauschten Spritzen insgesamt: 216 (vom 15.07 bis 15.08.1996)

Abb. 9.8: Tauschzahlen pro Tag

10.1 JVA für Frauen Vechta

Um besondere Vorkommnisse im Zusammenhang mit dem Spritzenaustauschprojekt gesondert festzuhalten, wurde vom Suchtbeauftragten ein spezieller Meldebogen entworfen, der eine Beschreibung des Vorkommnisses und der vollzughlichen Reaktion vorsieht. Diesen Meldebogen erhielten alle AbteilungsleiterInnen. „Besondere Vorkommnisse“ wurde für diesen Zweck folgendermaßen definiert:

1. Spritzenfund an untersagter Stelle (8)
2. Intoxikationsnotfall (z.B. Überdosierung) (0)
3. Bedrohung (0)/Verletzung mit einer Spritze (2)
4. Einzug einer Spritze aus besonderem Anlaß (0)
(z.B. Schmuggel von Spritzen, Suizidandrohung u.a.)
5. Manipulation am Spritzenautomaten (0)
6. Angezeigter Verlust einer Spritze/(n)attrappe (0)
7. Sonstiges (z.B. Spritzenfund bei einer substituierten Gefangenen) (1)

(Auswertung bis 15.8.96)

zu 1.): Die Zahl der Spritzenfunde an untersagten Stellen geht auf die überzählige Ausgabe der Spritzen während der Phase der technischen Unzuverlässigkeit der Automaten zurück. Nur ein Teil der Gefangenen gab die Spritzen freiwillig zurück, einige lagerten sie an weiteren Stellen in ihren Hafträumen.

Zunächst wurden Verweise erteilt. Dann wurde seitens des Suchtbeauftragten ein Gespräch mit der GMV anberaunt. Das Ergebnis dieses Gesprächs war, daß die GMV in einem Flugblatt die Regeln des Spritzenaustauschprojektes erneut erklärte und darauf hinwies, daß die „Schonfrist vorbei sei“.

Ab Mitte Mai 1996 wurden dann viertägige Freizeit-Sperren verfügt. Dies betraf vier Gefangene, die eine oder mehrere Spritzen in ihrem Haftraum an einer nicht erlaubten Stelle aufbewahrten.

zu 3.): Eine Hausarbeiterin gab an, sich am 18.4.96 zweimal während der Müllentsorgung mit Spritzen gestochen zu haben. Eine Mitarbeiterin des medizinischen Dienstes hat sich beim Zählen der Spritzen mit einer gebrauchten Nadel verletzt. Beide wurden dem Anstaltsarzt zur weiteren Betreuung vorgestellt.

zu 7.): Ein Spritzenfund bezog sich auf eine Substituierte (Juni 1996), die eine viertägige Freizeitsperre erhielt.

Die Zahl der Haftraumkontrollen ist im Zusammenhang mit dem Modellprojekt nicht erhöht worden. Insgesamt gab es mehr Kontrollen aufgrund besonderer Umstände und Vorfälle in anderen Haftanstalten.

Gleichzeitig wurden laut Sicherheitsdienstleiterin keine höheren Zahlen an Drogenfunden als üblich in diesem Zeitabschnitt festgestellt.

10.2 JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe

Angesichts einer einmonatigen Laufzeit des Projektes in Lingen I Abteilung Groß-Hesepe lassen sich nur wenige Aussagen treffen: Bislang sind keine besonderen Vorkommnisse eingetreten. Auch die Zahl der Drogenfunde waren nicht ungewöhnlich höher. Ebenso wie in Vechta gab es auch hier keine vermehrten Haftraumkontrollen, die im Zusammenhang mit dem Projekt stehen könnten.

11 *Reaktion der Presse auf die Einführung des Modellversuchs*

Die Pressemitteilungen zum Modellprojekt liegen der sozialwissenschaftlichen Begleitung nicht vollständig vor. Die Möglichkeit einer systematischen Medienanalyse ist auf der Basis des vorhandenen lücken- und ausschnitthaften Materials nicht möglich. Von daher sind die folgenden Ausführungen als begrenzte Tendenzbeobachtung zu verstehen.

Entgegen aller Vorerfahrungen zu pressemedialen Veröffentlichungen im Themenspektrum „Drogenkonsum im Justizvollzug“ und „Gesundheitsgefahren Inhaftierter“ erfährt das Thema „Infektionsprophylaxe im Justizvollzug“ zum Anlaß und am Beispiel des Niedersächsischen Modellprojektes eher zurückhaltende Beachtung in der vorliegenden Presse. Befürchtungen einer möglicherweise skandalisierenden und emotionalisierenden Berichterstattung haben sich in diesem Rahmen nicht bewahrheitet. Auf der Basis der im Pressespiegel der Pressestelle des Niedersächsischen Justizministeriums März - Juni 1996 zusammengestellten Presseberichte vermittelt sich der Eindruck, daß die Pressemeldungen das Spektrum von einer sachlichen Informationsvermittlung bis hin zu einer kritisch abwartenden Würdigung einer Innovation reicht.

Als inhaltlicher Begleiteffekt ist festzustellen, daß das Widerspruchspotential von abhängigem Drogenkonsum und Kriminalisierung, von gesundheitlichen und ordnungspolitischen Belangen bei Drogenkonsum in Haft differenzierter in den öffentlichen Meinungsbildungsprozeß eingeht.

Der Schwerpunkt des Modellprojektes „Infektionsprophylaxe“ trifft auf einen allgemeinen aktuellen Diskurs zur beobachtbaren Ausbreitung von viralen Hepatitisserkrankungen und wird in diesem Gesamtzusammenhang vermutlich als Thema öffentlicher Gesundheitsvorsorge wahrgenommen und akzeptiert.

12 Kooperation mit anderen Projekten innovativer infektionsprophylaktischer Praxis und Begleitforschung

Zwischen den Anstalten/Länderjustizverwaltungen, die neue infektionsprophylaktische Maßnahmen, unter Einbeziehung einer Abgabe von sterilen Einwegspritzen, eingeführt haben oder einzuführen beabsichtigen, bzw. Zwischen den Einrichtungen der wissenschaftlichen Begleitung, besteht ein fachlicher Austausch auf mehreren Ebenen. Es gibt einen Austausch unter den administrativ verantwortlichen MitarbeiterInnen der Landesjustizbehörden. Darüber hinaus haben sich intensive Kontakte unter den MitarbeiterInnen entwickelt, die an der Umsetzung und Praxis der Projekte in den jeweiligen Anstalten arbeiten: AnstaltsleiterInnen, AnstaltsärztInnen, MitarbeiterInnen der Suchtberatungsdienste etc.

Ein überregionaler z.T. internationaler inhaltlicher Austausch findet auf Fachkonferenzen statt, die sowohl übergeordnete Themen, als auch Detailfragestellungen erörtern. Diese haben als Veranstaltungen von der *Deutschen AIDS-Hilfe* in Berlin (9./10. November 1995) und vom Träger der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes in Hindelbank/Schweiz (Psychiatrische Universitätsklinik Bern) in Bern (28.2.-1.3.96) stattgefunden. Ergänzend wurde das Thema „Infektionsprophylaxe im Justizvollzug“ auch auf einer Tagung der *Evangelischen Akademie Loccum* (v. 17.-19.11.1995) diskutiert. Jeweils ein/e MitarbeiterIn der wissenschaftlichen Begleitung und/oder der Projektrealisation beider Anstalten waren auf diesen Tagungen vertreten, um einen fachlichen, sowohl praktischen als auch theoretischen Austausch anzustreben und Kooperationskontakte zu knüpfen. Diese bestehen seitdem:

- Zum Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands, Bonn (WIAD), das in einem europäischen Netzwerk an epidemiologischen Fragestellungen arbeitet,
- zum Niederländischen Institut für Alkohol und Drogen, Utrecht (NIAD), das alternative Präventionsstrategien unterstützt („peer support“ und „peer education“).

Um einen wissenschaftlichen Austausch anzustreben, wurde das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitforschung in relevanten deutschsprachigen

Fachzeitschriften vorgestellt: „Sucht“ (H. 3/96), „Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe“ (H. 2/96), „Neue Kriminalpolitik“ (H. 2/96), „AIDS-Infothek“/Schweiz (H. 2/96), „Sozialmagazin“ (H. 7-8/96), „Sozial Extra“ (H. 7-8/96).

Ferner wurden die MitarbeiterInnen der wissenschaftlichen Begleitung gebeten, ihre Evaluationsarbeit an der der Fachhochschule Osnabrück (4.6.96) und der Universität Hamburg (25.6.96) vorzustellen.

Im folgenden sollen kurz die Anstalten und Forschungsprojekte vorgestellt werden, mit denen Kontakte und ein fachlicher Austausch aufgebaut sind.

12.1 Spritzenvergabeprojekte in der Schweiz

Aufgrund ihrer exklusiven Rolle als weltweit erste Pilotprojekte der Prävention von Infektionsrisiken im Justizvollzug mittels Vergabe steriler Einwegspritzen, orientieren sich zwangsläufig alle weitergehenden infektionsprophylaktischen Bestrebungen im Vollzug an den praktischen und wissenschaftlichen Erfahrungen der Schweizer Anstalten. In der Männerhaftanstalt Oberschöngrün/Solothurn und in der Frauenhaftanstalt Hindelbank/Bern wurden erstmalig über den anstaltsärztlichen Dienst und via Automaten Spritzen an i.v. Drogenabhängige abgegeben (Nelles et al. 1995).

Für das Niedersächsische Modellprojekt zeigten sich fruchtbare und innovative Anstöße durch die Schweizer Praxis vor allem in der Entscheidungs- und Vorbereitungsphase zur Installation der Modellversuche in Vechta und Lingen I Abt. Groß-Hesepe. Sowohl die Mitglieder der Expertenkommission und politisch Verantwortliche, als auch MitarbeiterInnen der beiden Anstalten besuchten die Schweizer Projekte. Zwischen der JVA für Frauen Vechta und der Frauenanstalt Hindelbank/Bern entwickelte sich ein enger fachinhaltlicher Austausch durch gegenseitige Hospitationsaufenthalte von MitarbeiterInnen beider Institutionen. MitarbeiterInnen der JVA für Männer Lingen I Abt. Groß-Hesepe konnten während eines längeren Informationsaufenthaltes die Modellmodalitäten in Oberschöngrün kennenlernen. Beide Anstalten holten sich bei den Schweizer KollegInnen umsetzungspraktische Anregungen und fachliche Bestätigungen z.B. für die gewählten unterschiedlichen Spritzenvergabemodelle.

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. Drei wesentliche Ergebnisse waren bei der Umsetzung des Pilotprojektes von Bedeutung:

- Sowohl bei den Bediensteten als auch bei den (auch nichtdrogenabhängigen) 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.
- Der Zugang zu sterilen Spritzen sollte dezentral und anonym erfolgen können, für einen möglichst großen Zeitraum des Tages. Ob im Justizvollzug überhaupt eine vollständige Anonymität herstellbar ist, muß jedoch bezweifelt werden¹.
- 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 1995:21).

¹ 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.

Die Ergebnisse mit dem Hand-zu-Hand-Vergabeverfahren durch den Anstaltsarzt der halboffenen Männerhaftanstalt Oberschöngrün/Solothurn lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: 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 an dem wissenschaftlichen Erprobungsvorhaben der Originalstoffabgabe an Schwerstabhängige in der Schweiz (PROVE) 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.

Durch die vor Beginn des Niedersächsischen Modellprojektes vorliegenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung zum Pilotprojekt in Hindelbank und die Praxiserfahrungen in Oberschöngrün lag der sozial-wissenschaftlichen Begleitung empirisches Material vor, das als Strukturierungshilfe für die Entwicklung der Befragungsinstrumentarien für die Bediensteten und die Inhaftierten zur Verfügung stand.

12.2 Spritzenvergabe in der Freien und Hansestadt Hamburg - JVA Vierlande

Ab dem 26.6.1996 haben Gefangene des offenen Männervollzuges in der JVA Vierlande (370 Haftplätze) in Hamburg Gelegenheit, sich über sechs an verschiedenen Orten der Anstalt angebrachten Automaten mit sterilen Spritzen zu versorgen. Begleitet wird auch dieses Projekt von einem Fortbildungs-, Informations- und Bildungsprogramm, das die Gefangenen über gesundheitliche Gefahren des intravenösen Drogengebrauchs aufklären und eine Verhaltenssicherheit fördern soll. Die Bediensteten erhalten ebenfalls Fortbildungs- und Informationsangebote, mit denen Akzeptanz und Verhaltenssicherheit hergestellt werden sollen. Diese Angebote werden vom *Hamburger-Institut Drogen und AIDS (HIDA)* durchgeführt. Dieses Pilotprojekt ist bis zum Ende des Jahres 1997 befristet. Es wird wissenschaftlich begleitet vom *Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen, (KFN; sozialwissenschaftliche Untersuchung)* und dem *Institut für Rechtsmedizin der Uni-*

versität Hamburg (medizinische Untersuchung). Die Forschungsfragestellungen der wissenschaftlichen Begleitforschungen sind:

- ob eine bessere Infektionsprophylaxe durch den Spritzentausch erreicht wird,
- wie sich die Maßnahme auf das Drogenkonsumverhalten der Gefangenen auswirkt und
- welchen Einfluß die Maßnahme auf das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat, z.B. bei der Durchführung von Kontrollen“ (Freie und Hansestadt Hamburg 1996:3).

Eine enge Abstimmung dieses (ergänzenden) Pilotprojektes mit den beiden in Niedersachsen und den 1997 in Berlin beginnenden wird ausdrücklich vom Hamburger Justizsenator angestrebt (Freie und Hansestadt Hamburg, Justizbehörde 1996:1). Konzeptionell unterscheidet sich die Praxis dieses gesundheitsfördernden Angebots nicht wesentlich von dem bspw. in Vechta (Automatenvergabe 1:1 erstmalig über eine Attrappe). Zu vermerken ist, daß Substituierte ebenfalls Zugang zu den Spritzenautomaten haben, und daß Gefangene, die die Anstalt zu Lockerungen verlassen, am Haupttor Spritzen erhalten können. Auch hier will man bei der Entscheidung in der Vollzugsplanung für jeden Gefangenen aus der Tatsache des Spritzenbesitzes allein keine Rückschlüsse auf einen Drogenkonsum ziehen (AG zur Vorbereitung und Umsetzung 1996:11f). Die Planung und Umsetzung des Projektes wurde einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe übertragen.

In der Vorbereitungsphase der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprojektes in Hamburg, ausgeführt durch das *KFN*, lagen unsere Erhebungsinstrumentarien vor. Ein fachlicher Austausch über erste Resultate wird angestrebt.

12.3 Bestandsaufnahme der präventiven Maßnahmen in Deutschland

Im Rahmen unserer Untersuchung „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ haben wir im Frühjahr 1996 eine Umfrage über die in den einzelnen Ländern getroffenen infektionsprophylaktischen Maßnahmen begonnen. Mit einem achtseitigen Fragebogen haben wir uns an die Justizbehörden der 16 Länder mit der Bitte um Kooperation gewandt. Das Ziel dieser Untersuchung ist eine Bestandsaufnahme der Präventionsbemühungen,

die in den einzelnen Ländern und Anstalten zum Zweck der Vorbeugung vor Infektionskrankheiten (wie AIDS und Hepatitis) unternommen wurden. Diese Bestandsaufnahme soll durch das Zusammentragen von verwendeten Präventionsmaterialien (Printmedien, Videos, Haushaltsbleichmittel, sterile Einwegspritzen, Kondome), aber auch von Kommunikationsstrategien (Informationen in der Aufnahme, Schulungen für Bedienstete, infektionsprophylaktische Beratungen für Gefangene) einen Überblick geben, der zur Erweiterung der Kenntnisse und letztlich zu einer Verbesserung infektionsprophylaktischer Verhaltensweisen beitragen kann. Gleichzeitig haben wir mit dieser Umfrage einen Fachaustausch mit den Landesjustizbehörden angestrebt.

Leider wurden diese Fragebögen bislang lediglich von den Justizverwaltungen der Länder Niedersachsen und Sachsen an uns zurückgesandt; Bremen und Schleswig-Holstein haben ihre Mitwirkung signalisiert und werden den Fragebogen in Kürze zuschicken. Auch sind uns keine der angeforderten, bereits durchgeführten Untersuchungen (Studienergebnisse über Verbreitung von Infektionskrankheiten im Vollzug etc.) oder Musterexemplare von Präventionsmaterialien zugänglich gemacht worden. Die Mehrheit der Bundesländer hat sich nach Erörterung auf der 83. Tagung des Strafvollzugsausschusses der Länder, mit Hinweis auf den mit der Beantwortung verbundenen hohen Erhebungs- und Verwaltungsaufwand, zu einer wissenschaftlich anspruchsvollen Beantwortung nicht in der Lage gesehen. Gleichwohl findet unser Forschungsprojekt bei allen Ländern großes Interesse, so das Antwortschreiben des Ministeriums der Justiz des Landes Sachsen-Anhalt²: „Ihre Untersuchung kann möglicherweise einen wertvollen Beitrag zur Minderung des Infektionsrisikos in den Vollzugsanstalten und damit zur Fortentwicklung des Strafvollzuges leisten“.

Es ist geplant, in einem zweiten Anlauf mit einer längeren Beantwortungsfrist, erneut einen Versuch zu unternehmen, sowohl zu einer epidemiologisch genaueren Analyse von Drogenkonsum, Infektionskrankheiten, Behandlungen als auch zu einer Bestandsaufnahme der Präventionsbemühungen zu kommen.

2 Antwort im Namen der Mehrheit der Länder des Ministeriums der Justiz des Landes Sachsen-Anhalt v. 6.5.1996

- 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 1992-1993. In: AIFO, H. 3/1995, S. 127-132
- AMSEL-Forschungsprojekt, Projektgruppe Rauschmittelfragen (1991): Abschlußbericht Bd. 1 Jugendberatung und Jugendhilfe, Frankfurt: (Selbstverlag)
- AG zur Vorbereitung und Umsetzung des Pilotprojektes in der JVA Vierlande (6/96): Pilotprojekt zum Tausch steriler Einwegspritzen im Strafvollzug - Handreichung für Bedienstete der JVA Vierlande (Ms.)
- BMG/BMJ (1995): Dokumentation der Expertenanhörung zu dem Thema „Drogen und HIV-Prävention im Justizvollzug“. Bonn (Ms.), 22.2.1995
- BÜRKI, B. (1995). HIV-/Drogenprävention. Pilotprojekt in den Anstalten in Hindelbank. Schlußbericht des Projektrealisators zuhandes des Amtes für Freiheitsentzug und Betreuung der Polizei- und Militärdirektion des Kantons Bern
- BUNDESAMT FÜR JUSTIZ (1995): Informationen über den Straf- und Massnahmenvollzug 1/95. CH-3003 Bern
- DIETZEL, G.T.W./TROSCHKE, J. von (1988): Begleitforschung bei staatlich geförderten Modellprojekten - strukturelle und methodische Probleme. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln. (Schriftenreihe des BMJFFG, Bd. 216)
- FREIE UND HANSESTADT HAMBURG, Justizbehörde, Pressestelle (9.2.96): Pilotprojekt zum Tausch steriler Einwegspritzen im Strafvollzug wird in der JVA Vierlande umgesetzt.
- 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

- GÖTTINGER, G. (1994): AIDS und Justizvollzug - Modellprojekt zur Prophylaxe und Betreuungsarbeit im niedersächsischen Justizvollzug. Hannover (Ms.) Febr. 1994
- HÄMMIG, R. (1996): Heroinverschreibung und AIDS. In: Jäger, H.: AIDS und HIV-Infektionen - 17. Erg.Lfg. 4/96
- HAMOUDA, O.; VOB, 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
- HECKMANN, W. u.a. (1993): Drogennot- und -todesfälle- Band 28; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit: Nomos: Baden-Baden
- HIDA (1995): Fachtagung D.A.H. in Berlin 9./10.11.1995 in Berlin (Ms.)
- JACOB, J.; SCHAPER, G.; STÖVER, H. (1996): Verhalten und Verhältnisse: Präventionstheoretische und -praktische Aspekte der Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. In: Sozialextra, H. 7/8 1996
- JUSTIZMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG (1994): AIDS-Prävention bei i.v.-drogengefährdeten Gefangenen. Brief an die Herren Leiter der Justizvollzugsanstalten v. 21.2.1994
- JUSTIZVOLLZUGSANSTALT LINGEN I, Der Leiter (28.6.1996): Konzeption zur Vergabe von Einwegspritzen an i.v. drogenabhängige Inhaftierte in der Justizvollzugsanstalt Lingen I Abteilung Groß-Hesepe. Lingen: (Ms.)
- JUSTIZVOLLZUGSANSTALT LINGEN I, Der Leiter (o.J.): Konzeption zur Substitution mit L-Polamidon in der JVA Lingen I. Lingen (Ms.)
- JUSTIZVOLLZUGSANSTALT FÜR FRAUEN VECHTA, Der Leiter (13.3.1996): Konzeptionierung des Pilotprojektes „Spritzenaustauschprogramm“ in der JVA für Frauen Vechta (Stand v. 13.3.96), Vechta: (Selbstverlag)
- KEPPLER, K; NOLTE, F.; STÖVER, H. (1996): Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug - Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. In: Sucht 42, H. 2, 1996, S. 98-107
- KEPPLER, K. (1996): Daß nicht sein kann, was nicht sein darf. In: Infektions-epidemiologische Forschung II/96, S. 18-23
- KIRSCHNER, W. (1993): HIV-Surveillance. Inhaltliche und methodische Probleme bei der Bestimmung der Ausbreitung von HIV-Infektionen. Berlin: edition sigma

- 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. (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
- 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
- LAMNEK, S. (1993): Qualitative Sozialforschung, Bd. 1. Methodologie. Weinheim
- LAMNEK, S. (1993a): Qualitative Sozialforschung, Bd. 2. Methoden und Techniken.
- LAUFS, R. et al. (1994): Was bedeutet der Befund „HCV-Antikörper positiv“? In: Dt. Ärzteblatt 91, H. 5, 4.2.94, S. B-238-240
- MEUSER, M.; NAGEL, U. (1991): Experteninterviews - häufig verwendet, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Graz, D.; Kraimer, K. (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen, S. 341 -371
- MITGLIEDER DER EXPERTENKOMMISSION (1995): Aids- und Hepatitisprävention im Strafvollzug Niedersachsens. Empfehlungen der Expertenkommission. Hannover
- MÜLLER, R.; STARK, K.; GUGGENMOOS-HOLZMANN, I.; WIRTH, D.; BIENZLE, U. (1995): Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. In: AIDS, 9, S. 183-190

- 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.
- NIEDERSÄCHSISCHES JUSTIZMINISTERIUM, Referat für Öffentlichkeitsarbeit (o.J.): Frauen in Haft
- OLDENBURGER AIDS-HILFE; JES-OLDENBURG (1996): Safer-Use Info - Tu Dir was Gutes! Hrsg. vom AK „Drogen und Strafvollzug“ der Nieders. Aids-Hilfen, Landesverband e.V.
- POSPESCHILL, M. (1996). Praktische Statistik. Eine Einführung mit Anwendungsbeispielen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- RIEGER-NDAKORERWA, G. u.a. (1994): Infektionsepidemiologie - Analyse der Zunahme der infektiösen Hepatitis in Hamburg. In: Gesundh. Wes 56, S. 132-136
- SCHNEIDER, W. (1993): Methodische Defizite der Evaluationsforschung im Drogenbereich. In: Neue Praxis 3/93, S. 219 - 226
- STARK, K. et al. HIV-Infektion bei i.v. Drogenkonsumeten. Unveröff. Abschlußbericht an das BMFT. Berlin 1994
- 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
- STURM, G. (1994): Wie forschen Frauen? Überlegungen zur Entscheidung für qualitatives oder quantifizierendes Vorgehen. In: Diezinger, A. u.a. (Hg.): Erfahrung mit Methode. Freiburg i.Br.
- TAYLOR, A. u.a. (1994): Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison. Paper presented to the Tenth International Conference on AIDS/International Conference on STD, Programme No. 463C, Yokohama, Japan, Aug. 1994
- 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
- WOTTAWA, H.; THIERAU, H. (1990): Lehrbuch Evaluation. Bern, Stuttgart, Toronto

14 Anhang

A Konzept Spritzenaustauschprojekt in der JVA für Frauen in Vechta

A1 Handlungsorientierung für Bedienstete der JVA für Frauen

1. Am Spritzenaustausch teilnehmende Inhaftierte erhalten von der Krankenstation ein Kunststoffkästchen mit einer Spritzenattrappe. Dieses und die ggf. später eingetauschte funktionsfähige Spritze sind auf der Spiegelablage des jeweiligen Haftraumes zu verwahren.
 - Die Aufbewahrungskästchen auf der Spiegelablage sind auf Drogen zu kontrollieren.
 - Leere Spritzen bleiben unbeachtet.
 - Aufgezogene Spritzen sind einzuziehen und mit der üblichen Meldung über den zuständigen VAL der Sicherheitsdienstleitung zwecks Strafanzeige zuzuleiten. Der VAL verfügt ggf. Disziplinarmaßnahmen und informiert den Suchtbeauftragten per Formblatt.
2. Spritzen, die nicht im Kästchen auf der Spiegelablage liegen, sind einzuziehen und mit der üblichen Meldung dem VAL zuzuleiten. Dieser verfügt entsprechende Disziplinarmaßnahmen. Dieses gilt auch für Spritzen in den Kästchen die in Hafträumen von Inhaftierten gefunden werden, die offensichtlich nicht darüber verfügen dürfen (Inhaftierte auf der Aufnahmestation, im Mutter-Kind-Heim, im Freigängerbereich und substituierte Inhaftierte).
3. Die Inhaftierten sind angewiesen, die Aufbewahrungskästchen nur zum direkten Tausch am Automaten von der Spiegelablage zu entfernen. Bei Auffälligkeiten (z.B. beim Versuch, das Kästchen in den Arbeitsbereich, auf Transport oder in Vollzugslockerungen mitzunehmen) sind Kästchen und Spritze einzuziehen und der Krankenstation mit entsprechender Meldung zuzuleiten. Diese informiert den Suchtbeauftragten.
4. Keine Spritze darf aus der Anstalt mit hinausgegeben werden. Bei der Entlassung muß die Inhaftierte die Spritze und das Kästchen dem Arzt bei der Entlassungsuntersuchung zurückgeben. Bei sogenannten "Blitzentlassungen" (die es zu vermeiden gilt) sind das Kästchen mit der

Spritze dem Stationsdienst zur Weiterleitung an die Krankenstation namentlich abzugeben.

5. Während einer zeitlichen Abwesenheit einer Inhaftierten sind Kästchen mit Spritze beim zuständigen Stationsdienst zur Aufbewahrung abzugeben.
6. Der Zugang zum Spritzenaustausch (Vergabe der Spritzenattrappe) erfolgt erst nach der "Aufnahmezeit". Sollte eine Inhaftierte, die schon am Programm teilnimmt, vom Haus auf die Aufnahmestation verlegt werden, so hat sie Spritze und Kästchen in der Krankenabteilung abzugeben.

Jede Frage, Auffälligkeit, Problematik oder Unsicherheit, die sich aus der täglichen Praxis ergeben, sollten möglichst sofort und offen angesprochen werden. Dazu gibt es Gelegenheit in den Teams oder über die Mitglieder der Spritzenaustauschprojektarbeitsgruppe bzw. den Suchtberatungsdienst.

A2 *Erlaß des Niedersächsischen Justizministeriums zur Durchführung eines Modellversuchs „Spritzenaustausch“*

Bezug: a) Erlaß vom 16.1.1996 - 4558 I - 407.99
b) Erlaß vom 7.3.1996 - 4558 I - 401.91 -

Mit dem Beginn des zunächst für die Dauer von 2 Jahren befristeten Spritzenaustauschprogramms auf Grundlage der Konzeption vom 13.3.1996 bin ich einverstanden.

Die Vergabe steriler Einwegspritzen erfolgt im Rahmen der Gesundheitsprophylaxe namentlich der AIDS- und Hepatitis-Prävention. Sie wird wissenschaftlich begleitet. Die Zielsetzung, betäubungsmittelabhängige Inhaftierte durch geeignete Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen zur Drogenfreiheit zu motivieren, bleibt unberührt.

In Anlehnung an die vorgelegte Konzeption bitte ich, bei der Durchführung des Modellversuchs folgende Richtlinien zu berücksichtigen:

1. Der ärztliche Dienst vergibt an betäubungsmittelabhängige Inhaftierte auf deren Wunsch Spritzenattrappen, die an in der Anstalt aufgehängten Automaten gegen sterile Einwegspritzen getauscht werden können. Ge-

brauchte Spritzen können an den Automaten erneut gegen sterile Spritzen eingetauscht werden.

2. Die Ausgabe von Attrapen ist ebenso wie die zuvor festgestellte Betäubungsmittelabhängigkeit in den Krankenakten zu dokumentieren. Inhaftierte, die am Spritzenaustausch teilnehmen wollen, werden aufgefordert, ihr Einverständnis an der Mitwirkung der wissenschaftlichen Begleitung zu erklären.
3. Auszunehmen von der Spritzenvergabe sind Inhaftierte, die in der Aufnahmeabteilung, im Mutter-Kind-Heim und im Freigang untergebracht sind. Frauen, die substituiert werden, sind ebenfalls von der Vergabe auszuschließen. Bei minderjährigen Inhaftierten ist vor Aushändigung einer Attrappe das Einverständnis der Erziehungsberechtigten einzuholen.
4. Inhaftierte, die nicht gemeinsam mit Teilnehmerinnen am Spritzenaustausch untergebracht werden möchten, sind in entsprechenden Bereichen unterzubringen.
5. Die Spritzen müssen in einem speziellen Behältnis an einem von der Anstalt zu bestimmenden Platz im Haftraum aufbewahrt werden. Sie dürfen von Inhaftierten nur zum Zwecke des Spritzentauschs im Kästchen auf dem Wege zum Automaten mitgeführt werden. Inhaftierte, die die Anstalt aufgrund eines Transports, einer Vollzugslockerung oder eines Urlaubes verlassen, dürfen keine Spritzen mitnehmen. Spritzen, die an anderen als von der Anstalt bestimmten Orten aufgefunden werden, sind einzuziehen.
6. Mit Betäubungsmitteln gefüllte Spritzen sind einzuziehen und der Vorgang zur Anzeige zu bringen.
7. Bei besonderen Vorkommnissen im Zusammenhang mit dem Spritzenaustauschprojekt, insbesondere in Intoxikationsnotfällen, Bedrohungen und Verletzungen von Bediensteten und Inhaftierten durch Spritzen, Suiziden und Suizidversuchen mit Spritzen, bitte ich unverzüglich der Aufsichtsbehörde telefonisch voraus zu berichten. Die Berichtspflicht gemäß d. AV v. 30.11.1994 - 4430 - 402.18 bleibt unberührt. Im übrigen bitte ich, den vorgesehenen Maßnahmen der Beratung, Betreuung und Information der Inhaftierten sowie Schulungsmaßnahmen einschließlich Reanimationskursen für Bedienstete besondere Bedeutung beizumessen.

Im Auftrag: Hartmann

Beglaubigt: Henneberg, Angestellte.

A3 Konzeptionierung des Pilotprojektes "Spritzenaustauschprogramm" in der JVA für Frauen Vechta. (Stand vom 13.03.96)

Inhalt

1. *Drogenhilfekonzept*
2. *Spritzenaustauschgestützte Infektionsprophylaxe*
- 2.1 *Basisinformation und Spritzenattrappenvergabe*
- 2.2 *Binnendifferenzierung*
- 2.3 *Automatenaufstellung/Bestückung/Entsorgung/Wartung*
- 2.4 *Begleitende Information und Beratung*
- 2.5 *Vollzugliche Implikation*
3. *Leistungsstruktur und Aufgabenverteilung*

1. *Drogenhilfekonzept*

Die extrem inhomogene Struktur der Inhaftiertenpopulation erfordert differenzierte Suchtberatungs/Behandlungsangebote und eine effektive Binnendifferenzierung mit "Schonräumen" für nichtabhängige und abstinentzbereite Inhaftierte.

Der Schwerpunkt aller Beratung ist die Abstinenzorientierung und die Vermeidung negativer Folgen der Haftsituation, besonders für die nicht-drogenabhängigen Inhaftierten. Das Gesamtkonzept ist in eine intensive Betreuungsarbeit durch Stationsbedienstete und Fachbedienstete eingebettet. Das Spritzenaustauschprojekt ist nur ein kleiner Teil des breiten Drogenhilfeangebotes in der Anstalt und trägt dem Rechnung, daß nur max. 40 - 50% der Betroffenen durch abstinentzorientierte oder substituierende Maßnahmen erreichbar sind.

Die Primärprävention umfaßt:

- frühzeitige Information über Suchtmittelkonsum, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb des Vollzuges,
- Verhaltens- und Konfliktberatung für nicht-drogenabhängige Inhaftierte und Gefährdetenberatung,
- "safer-use/safer-sex" - Information als Infektionsprophylaxe.

Die Sekundärprävention umfasst:

- beratende Einzelgespräche (Orientierung, Förderung vertiefter Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft),
- Vermittlung in externe abstinenzorientierte Behandlungsmaßnahmen und Therapievorbereitung,
- Fortführung/Neuaufnahme substituierender Behandlungsmaßnahmen mit begleitender psychosozialer Betreuung (L-Polamidon-Programm),
- Fortführung/Neuaufnahme abstinenzorientierter, medikamentös gestützter Behandlungsmaßnahmen (Naltrexon-Programm),
- Durchführung eines infektionsprophylaktischen Projekts (Hepatitis/HIV-Vorbeugung) zur Einstellung/Verhaltensänderung von iv-Drogenkonsumentinnen (Verbindung einer intensiven Aufklärung über Risiken mit der Möglichkeit, sich sterile Spritzbestecke zu beschaffen) (Spritzenaustauschprojekt)
- Urinkontrollprogramme als Therapievorbereitung und als Selbstkontrollhilfe

"Tertiärpräventive Maßnahmen" umfassen neben beratenden Einzelgesprächen

- eine (freiwillige) räumliche Trennung mit dem Ziel des geordneten Entzuges,
- Angebot ggf. eines medikamentös gestützten Entzuges,
- Einbezug von HIV-Ambulanzen (Osnabrück/Hannover).

2. *Spritzenaustauschgestützte Infektionsprophylaxe*

Das Projekt hat eine Laufzeit von 2 Jahren und beginnt mit der Aufstellung von Spritzenautomaten ab März 1996. Geplant ist ein umfangreiches Aufklärungs- und Beratungskonzept zur Infektionsprophylaxe. In klar bestimmten Bereichen der Anstalt werden anonym sterile "Spritzbestecke" in Automaten zur Verfügung gestellt. Ziel ist die Verhinderung von Infektionskrankheiten und die Verminderung des Verletzungsrisikos für Bedienstete.

2.1 *Basisinformation, Attrappenvergabe*

Jede Inhaftierte wird frühzeitig durch ein zehnsprachiges Informationsblatt im Rahmen des Aufnahmeverfahrens in der Vollzugsgeschäftsstelle über die Möglichkeiten und Modalitäten des Spritzenaustauschprojektes informiert.

Die Vertiefung erfolgt im Rahmen des 14-tägigen Einweisungslehrganges in der Aufnahmestation.

Die Vergabe der für den Tausch notwendigen Spritzenattrappe erfolgt nur an iv-drogenabhängige Inhaftierte nach entsprechender Prüfung durch den Anstaltsarzt. In Zweifelsfällen kann die eine iv-Drogenabhängigkeit auch dann angenommen werden, wenn die Inhaftierte ihre Abhängigkeit ausdrücklich erklärt und keine gegenteiligen Anhaltspunkte vorliegen. Der Arzt dokumentiert dies in der Krankenakte.

Die Entscheidung über eine Teilnahme am Projekt (incl. der Unterzeichnung zweier Willenserklärungen bez. der Teilnahme an der medizinischen und der wissenschaftliche Auswertung des Projekts) kann sofort nach Haftbeginn oder zu einem beliebigen späteren Zeitpunkt freiwillig und in Sachkenntnis seitens der Betroffenen gefällt werden.

Maßnahmen:

- Aushändigung einer (mehrsprachigen) schriftlichen Information durch die Vollzuggeschäftsstelle,
- obligatorische Information im Zugangsgespräch auf der Station und bei der ärztlichen Zugangsuntersuchung.
- Neben einer Spritzenattrappe wird ein kleines, in der Tasche mitführbares, Kästchen ausgehändigt, in dem die zu tauschende Spritze auf der Konsole des Waschbeckens im Haftraum aufzubewahren ist.
- Über die diskret in Schränken untergebrachten, aber leicht zugänglich gemachten, Spritzenautomaten können die betroffenen Frauen jeweils erstmalig ihre Attrappe gegen eine funktionsfähige Spritze und danach die alte Spritze gegen eine neue eintauschen.

2.2 *Binnendifferenzierung*

Die erforderliche Binnendifferenzierung wird dazu führen, daß ein Spritzenaustausch per Automat nur eingeschränkt erfolgt. Die Aufnahmestation, der in die ehemalige Jugendanstalt Falkenrott ausgelagerte Bereich des Freiganges und des Mutter-Kind-Heimes sind von der Tauschmöglichkeit ausgenommen.

Die Einrichtung eines Flures für substituierte Inhaftierte und nicht-drogenabhängige Inhaftierte, in paritätischer Belegung, wird gleichfalls erstrebt. Substituierte Frauen sind von der Teilnahme am Austauschprojekt ausgenom-

men, denn obwohl einerseits bei ihnen ein besonders hohes Gefahrenpotential bzw. Infektionen besteht, haben sie sich andererseits zum generellen Konsumverzicht im Hinblick auf andere Drogen ("Beikonsum") verpflichtet. Während des Projekts wird dieser Aspekt weiter erforscht, um ggf. eine Gegensteuerung vornehmen zu können.

Bez. der im Neubaubereich - im Rahmen des Möglichen - separierten Jugendstation wird die Umsetzung des neuen, rein abstinenzorientierten pädagogischen Konzepts dazu führen, den Drogenkonsum der nahezu zu 95% manifest abhängigen, jungen Frauen zu minimieren. Trotzdem ist es notwendig, dieser Gruppe Zugang zu einem Spritzenautomaten zu eröffnen. Im anderen Fall wäre angesichts der unvermeidbaren Fülle von Kontakten zwischen jugendlichen und erwachsenen Inhaftierten ein unheilvoller Handel mit Spritzen zu erwarten. Darüber hinaus soll informativ gerade diese hochrisikobereite Gruppe zu nachhaltigen Verhaltensänderungen bez. ihres Applikationsverhaltens bewegt werden (öffentlicher Gesundheitsaspekt).

Bei minderjährigen, drogenabhängigen Inhaftierten wird seitens der Anstalt das schriftliche Einverständnis der Erziehungsberechtigten eingeholt. Solange diese Erklärung nicht vorliegt, ist eine Teilnahme am Spritzenaustausch ausgeschlossen und es erfolgt eine separierte Unterbringung in einem "geschützten" Bereich. Eine weitergehende Binnendifferenzierung werden die Umbaumaßnahmen der Anstalt 1996/97 ermöglichen.

2.3 Automatenaufstellung/Bestückung/Entsorgung/Wartung

In den übrigen Vollzugsbereichen werden an vier geeigneten Stellen Spritzenautomaten in diskreten Schränken (Sichtenzug) installiert:

- in den "Sportduschen" im Kellerbereich,
- im Treppenhaus zwischen Alt- und Neubau,
- in einem Verbindungsgang der Wohnflure,
- in einem Mehrzweckraum (Waschraum) der Jugendstation.

In den Schränken sollten ebenfalls verschweißte, kleine Alkoholtupfer vorrätig liegen, darüber hinaus Ascorbinsäure, Filter, Trockentupfer, Pflaster und Ersatzkappen.

Die Bestückung und Entsorgung der Automaten mit Spritzen erfolgt täglich und fachlich versiert über Kolleginnen der Krankenstation. Man kann in etwa von einem Gesamtarbeitsaufwand von 1 Stunde täglich ausgehen (incl. Dokumentation). Die Wartung wird über technisch versierte Mitarbeiter des

AVD erfolgen. Die Tatsache, einen funktionsfähigen Automaten in der Reserve zu haben, erlaubt es zudem, bei größeren Funktionsstörungen schnell einen Geräte austausch vornehmen zu können.

2.4 *Begleitende Information und Beratung*

Das Kernstück des Projekts ist der Bereich der Information und Beratung von Bediensteten und MitarbeiterInnen.

Unterweisung Beratung der Inhaftierten:

Neben der o.g. ersten Informationssequenz wird eine "safer use"-Information einerseits durch ausgelegtes Infomaterial, andererseits durch Informationseinheiten

- des Arztes,
- des Suchtbeauftragten,
- der Aidsfachkraft des Landkreises Vechta,
- der externen Suchtberaterinnen des SKM (Sozialdienst kath. Männer)

während des Einweisungslehrganges im Rahmen der Aufnahmestation erfolgen. Für die anderen Bereiche der Anstalt (U-Haft, Jugend) werden diese Veranstaltungen ebenfalls verpflichtend angeboten, soweit diese nicht auch am Einweisungslehrgang der Aufnahmeabteilung teilnehmen. Ziel ist u.a. die Informierung über die Risiken des iv-Suchtmittelgebrauchs (Überdosis-/ Infektions-Prophylaxe). Die Kenntnisnahme der vermittelten Informationen wird von den Inhaftierten schriftlich bestätigt. Der Suchtbeauftragte und die externen Suchtberaterinnen bieten Einzelberatung. In diesem Bereich können auch die ausgebildeten Suchtkrankenhelferinnen des AVD effektiv eingesetzt werden.

Langfristiges Ziel der Informationsvermittlung und der Beratungsangebote ist der Abbau der besonders gesundheitsgefährdeten Formen des Konsums und damit eine entsprechende Verhaltenskonditionierung für ein "safer use" in der Zeit nach einer Haftentlassung (Langzeiteffekt). Allerdings sollen auch diffuse Ängste genommen werden, die eine Projektteilnahme erschweren. Außerdem sollen projektkonforme Verhaltensweisen im Bewußtsein verankert werden.

Die Aidshilfe Oldenburg und die Selbsthilfeorganisation "JES" in Oldenburg werden einmal monatlich für interessierte Inhaftierte ein "safer use/safer sex"-Training innerhalb der Anstalt anbieten. Des weiteren wird fortlaufend

monatlich eine themenzentrierte Gruppenveranstaltung alternierend für Bedienstete und Inhaftierte angeboten. Ein Sorgen- und Anregungsbriefkasten, dessen inhaltliche Auswertung im Rahmen der Arbeitsgruppe erfolgen wird, soll allgemein zugänglich ausgehängt werden.

Unterweisung und Beratung der Bediensteten:

Vor dem Projektstart werden alle Vollzugsabteilungen erneut intensiv über die Rahmenbedingungen, die inhaltliche Ausgestaltung und einzelne Aspekte des Spritzenaustausches informiert. Es besteht das Bedürfnis nach einer kontinuierlichen Qualifizierung durch:

- Nutzung interner personeller Ressourcen,
- die Vergabe von Schulungsaufträgen zu Themen wie "Drogenabhängigkeit, Reanimation, safer use, safer sex" u.a.,
- Supervision,
- Rückgriff auf Ressourcen anderer Institutionen (z.B. BzgA).

Die Bediensteten können freiwillig an den monatlichen Informationsveranstaltungen zusammen mit den Inhaftierten teilnehmen, darüber hinaus werden 2x monatlich Fortbildungen für interessierte Bedienstete angeboten. Die Möglichkeit beratender Gespräche durch Anstaltsarzt und Suchtbeauftragten ist gegeben.

2.5 *Vollzugliche Implikationen*

Der Besitz von Rauschmitteln wird nach wie vor strikt verfolgt und Drogenfunde der zuständigen Staatsanwaltschaft mitgeteilt. Dieses betrifft auch Spritzen mit mutmaßlichem Drogeninhalt.

Die Teilnahme am Projekt führt nicht zu verstärkten Haftraumrevisionen und vermehrten Urinkontrollen (Akzeptanz). Jede (leere) Spritze im dafür vorgesehenen Kästchen wird dort belassen. Alle anderen sind einzuziehen und führen zu Disziplinarmaßnahmen, um Sicherheit schaffende Verhaltensmuster zu fördern.

Spritzen dürfen nicht aus der Anstalt mit hinausgenommen werden. Ein besonderes Urinkontrollprogramm im Rahmen des Projektes - über die bisher bez. der Feststellung der Lockerungseignetheit und bei "Auffälligkeit" genommenen Proben - wäre kontraproduktiv. Eine Mitteilung an die Vollstreckungsbehörde über die Teilnahme am Spritzenaustausch erfolgt nicht. Unverändert ist der Umgang mit der Drogenproblematik aber Teil der Stellung-

nahmen gem. § 57 StGB. Es ist sichergestellt, daß die MitarbeiterInnen außerhalb der Präsenzzeiten des Sanitätsdienstes in Notfallhilfe ausgebildet ist. Die entsprechenden Schulungen für Notfälle (z.B. Überdosierungen) sind ggf. aufzufrischen. Für nicht vor Ort behandelbare Notfälle befindet sich das örtliche Krankenhaus direkt gegenüber der Anstalt.

3. *Leistungsstruktur und Aufgabenverteilung während des Projektes*

Es gibt zwei trennbare Projektbereiche:

- Projektrealisation
- Projektevaluation (= die medizinische und die sozialwissenschaftliche Evaluation)

Die Realisation (Projektleitung) erfolgt in der JVA durch die Anstaltsleitung, den Anstaltsarzt, den Suchtbeauftragten und die eingesetzte Arbeitsgruppe. Dem Anstaltsarzt obliegt auch die medizinische Evaluation. Die sozialwissenschaftliche Begleitung wird von Mitarbeitern der Universität Oldenburg durchgeführt und dokumentiert.

Die Verbindung von beobachtender und beratender Position erlaubt der wissenschaftlichen Begleitung zur Handlungsoptimierung aller beteiligten "Statusgruppen" beizutragen. Das "Forschungsdesign" wird darauf ausgerichtet sein, Einstellungs-/Meinungs- und Verhaltensänderungen bei Bediensteten und Inhaftierten (dort auch Applikationsveränderungen) zu erfassen, mit der epidemiologischen Sanktionen, besondere Vorkommnisse u.a. zu vergleichen.

Einverständniserklärungen der am Projekt teilnehmenden Frauen sind ebenso selbstverständlich wie eine genaue Einhaltung datenrechtlicher Bestimmungen.

B Konzeption zur Vergabe von Einwegspritzen an i.v. drogenabhängige Inhaftierte in der JVA für Männer Lingen I Abt. Groß-Hesepe (Auszug)

B1 Modellversuch Spritzenvergabe in der Abteilung Groß-Hesepe - Informationsschrift für Bedienstete

1. Der Modellversuch Spritzenvergabe ist zeitlich begrenzt auf zwei Jahre und wird medizinisch und sozialwissenschaftlich begleitet.

2. Die Spritzenvergabe geschieht ausschließlich vor dem Hintergrund der Infektionsprophylaxe und ist eine gesundheitsfördernde Maßnahme. Es gilt, Ansteckungen mit Hepatitis und/oder dem HI-Virus (AIDS) zu verhindern.
3. Gefangene dürfen die Spritze nur in der dafür vorgesehenen Holzleiste aufbewahren. Bei Zellenkontrollen bleibt sie unbeachtet.
4. Zum Tausch muß die Spritze in einem Plastikbehältnis transportiert werden. Nur auf dem Transportweg bleibt die Spritze in dem Plastikbehältnis unbeachtet.
5. Eine Spritze, die an anderer Stelle aufbewahrt wird, ist einzuziehen. Hierüber fertigt der Bedienstete eine Meldung und leitet diese an den zuständigen VAL weiter. Eine Durchschrift der Meldung geht an den Suchtberatungsdienst.
6. Gefangene, die substituiert werden oder auf der drogenfreien Station (Haus II, C-Flur) untergebracht sind, erhalten keine Spritzen.
7. Spritzen dürfen grundsätzlich nicht mit in die Anstalt eingebracht werden. Das Ausführen von Spritzen bei Verlassen des Anstaltsgeländes ist ebenfalls untersagt.
8. Drogenbesitz und -konsum sind nach wie vor nicht erlaubt! Hierunter fallen auch Spritzen, die mit (mutmaßlichem) Drogeninhalt gefüllt sind.
9. Benutzte, leere Spritzen, die sogenannte Anhaftungen aufweisen, gelten nicht als Drogenbesitz und können unbeachtet bleiben, sofern sie entsprechend deponiert sind (vgl. Pkt. 3. und 4.).
10. Haftraumkontrollen, Revisionen, Personenkontrollen und Urinkontrollen werden weiterhin in dem üblichen Rahmen durchgeführt.
11. Sofern Sie Fragen haben, Probleme und Unsicherheiten verspüren, wenden Sie sich bitte möglichst zügig an den Suchtberatungsdienst und/oder die Mitglieder der Arbeitsgruppe Spritzenvergabe.
12. Zur sozialwissenschaftlichen Projektbegleitung sind die Mitarbeiter/innen der Universität Oldenburg auf ihre Mitarbeit angewiesen.

Ich bitte Sie, die Projektbegleitung zu unterstützen.

Lingen, den 28.06.1996ko.

Der Leiter der JVA Lingen I

Ebel

Regierungsdirektor

Beglaubigt

(Korte, Verw. Angestellte)

B2 *Konzept zur Vergabe von Einwegspritzen an i.v. drogenabhängige Inhaftierte in der JVA Lingen I Abt. Groß-Hesepe (Auszug)*

1. Anstaltsbeschreibung:

Die Justizvollzugsanstalt Lingen I ist eine Anstalt des geschlossenen Vollzugs für männliche erwachsene Gefangene.

An die Hauptanstalt im Stadtzentrum Lingen angegliedert ist das Justizvollzugskrankenhaus für die Länder Niedersachsen und Bremen sowie eine Abteilung für Untersuchungshaft und eine Sozialtherapeutische Abteilung.

Insgesamt verfügt die Hauptanstalt über eine Belegkapazität von 228 Haftplätzen.

Zur Justizvollzugsanstalt Lingen I gehört die Außenabteilung Groß-Hesepe, deren Standort ca. 20 km von der Hauptanstalt entfernt liegt.

Die Belegungsfähigkeit der Abteilung Groß-Hesepe beläuft sich auf 231 Haftplätze (nur Strafhäft). In insgesamt drei Vollzugshäusern mit je 77 Haftplätzen wird Wohngruppenvollzug praktiziert.

Das Differenzierungskonzept der Abteilung Groß-Hesepe beinhaltet besondere Betreuungsmaßnahmen, schulische und berufliche Ausbildungsmaßnahmen, besondere Vollzugsmaßnahmen sowie ein umfangreiches Angebot der sogenannten betreuten Freizeit.

Als derartige Maßnahmen wären u. a. zu nennen:

- Deutschkurs für Ausländer
- Ausbildungsmaßnahme zum Koch
- Pilotprojekt zur individuellen Betreuung Gefangener (Personal-Officer/ Vertrauensbeamter)
- Arbeitstherapie
- GRIBS-Kurs (Gezielte Reintegration in das berufliche und soziale Leben)
- Freigängerabteilung mit 25 Plätzen

2. Das Drogenhilfesystem in der Abteilung Groß-Hesepe

Vormerkung:

Es ist festzustellen, daß der Justizvollzug der seit mehreren Jahren zu beobachtenden qualitativen und quantitativen Veränderung der drogenabhängigen Klientel in den bisherigen Beratungs- und Betreuungsangeboten nicht in

ausreichendem Maße gerecht wird, da dieser Gesamtproblematik fast ausschließlich mit dem Angebot der klassischen, abstinenzorientierten Suchtarbeit entgegengetreten wird.

Das Drogenhilfesystem in der Abteilung Groß-Hesepe verfolgt grundsätzlich und vorrangig ebenfalls das Ziel, die drogenabhängigen Gefangenen an Hilfsangebote heranzuführen und unterstützend auf Therapie- oder Substitutionswünsche zu reagieren. Somit kann dem Betroffenen schon im Vollzug bei seinem Abstinenzwunsch Hilfestellung geleistet werden.

Gleichwohl folgt das hiesige Drogenhilfesystem einem Konzept der Überlebenshilfe und Schadensminimierung.

Das Gesamtkonzept der Drogenhilfe in der Abteilung Groß-Hesepe realisiert sich von daher in einem differenzierten Angebot, das Abstinenztherapien, Substitutionsbehandlungen, aber auch sucht- und haftbegleitende, niedrigschwellige Hilfen umfaßt.

Die Spritzenvergabe bzw. das Spritzenaustauschangebot stellt demnach nur einen Bestandteil des hiesigen Drogenhilfeangebotes dar, welches in keiner Weise als Abwertung drogenfreier Hilfsangebote interpretiert werden soll.

Die Spritzenvergabe bzw. das Spritzenaustauschangebot ist eine unter gesundheitlichen Aspekten betrachtete, infektionsprophylaktische Maßnahme, welche sich vorrangig an die Inhaftierten richtet, denen es innerhalb des Vollzuges nicht gelingt, drogenfrei zu leben.

2.1 Allgemeine Suchtberatung

Jeder Inhaftierte kann das Angebot der allgemeinen Suchtberatung auf Wunsch wahrnehmen. Die allgemeine Beratungsarbeit beinhaltet im wesentlichen:

- Information über Suchtmittelkonsum und dessen Auswirkungen;
- Information über weitergehende Beratungsmöglichkeiten (in- und extern) und Behandlungsangebote;
- Vermittlung an externe Beratungsstellen (Kontaktaufnahme und Koordination);
- Beratung und gegebenenfalls Hilfestellung bei vollzüglichen Problemen, sofern deren Ursache auf eine Suchtproblematik zurückzuführen ist;
- HIV- und AIDS-Beratung.

Die besonderen Gegebenheiten der Abteilung Groß-Hesepe (freie Bewegungsmöglichkeiten u.a. zum Suchtberatungsdienst) ermöglichen dem Inhaftierten einen raschen Zugang zum Suchtberatungsdienst. Dieser erfolgt in der Regel durch persönliches Erscheinen des Gefangenen. Ein schriftlicher Antrag auf ein Beratungsgespräch ist nicht erforderlich.

Der Kontakt zum Suchtberatungsdienst kann somit auf niedrigschwelliger Ebene realisiert werden.

2.2 Therapievorbereitung und -vermittlung

Das Therapievermittlungsangebot richtet sich an jene Gefangene, die die Durchführung einer stationären Drogenentwöhnungsbehandlung oder einer ambulanten Behandlungsmaßnahme anstreben.

Die Therapievorbereitung umfaßt im wesentlichen:

- Das Führen von Einzelgesprächen, welche u.a. motivationsfördernden Charakter haben;
- Das Vorbereiten und Beantragen von Therapieplätzen, Kostenübernahmeerklärungen und Strafzurückstellungsanträgen;
- Urinkontrollen aus therapeutischen Gründen (also der Schweigepflicht unterliegend), um
 - a) eine stationäre Entgiftung entbehrlich zu machen,
 - b) als unterstützendes Instrument des Gefangenen zur Selbstkontrolle zu dienen;
- Den methadongestützten Entzug im Justizvollzugskrankenhaus der Justizvollzugsanstalt Lingen I.

2.3 Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung in der Abteilung Groß-Hesepe orientiert sich an den NUB-Richtlinien, dem Rahmenplan zur Levo-methadongestützten Psychosozialtherapie und dem Erlaß zur Substitutionsbehandlung bei heroinabhängigen Gefangenen in den niedersächsischen Justizvollzugsanstalten vom 16.12.1992.

In der Abteilung Groß-Hesepe können 30 Gefangene substituiert werden. Die tatsächliche Anzahl der substituierten Gefangenen liegt zur Zeit bei durchschnittlich 10.

Die psycho-soziale Betreuung obliegt vorrangig dem Suchtberatungsdienst, wird jedoch hinsichtlich spezieller Aspekte (z.B. Entlassungsvorbereitung, psychische Instabilität etc.) auch von weiterem Fachpersonal durchgeführt (Anstaltspsychologen, Anstaltsgeistlicher, GRIBS-Team).

Neben behandlungsbegleitenden Einzelgesprächen werden angeboten:

- freizeitpädagogische Gruppenveranstaltungen (z.B. Kochen),
- Urinkontrollen aus therapeutischen Gründen,
- Unterstützung bei der Klärung vollzuglicher Belange.

Die detaillierte Durchführung der Substitutionsbehandlung regelt sich in der entsprechenden Konzeption vom 24.05.1994 (siehe Teil IV: Anhang).

3. Binnendifferenzierung:

Für die Beschreibung des Drogenhilfesystems sind zwei Maßnahmen des Differenzierungskonzepts der Abteilung Groß-Hesepe relevant.

3.1 Der behandlungsorientierte Bereich

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß es Inhaftierte gibt, die fähig, bereit und motiviert sind, ihr Suchtverhalten zu problematisieren, wurde mit dem behandlungsorientierten Bereich eine Wohneinheit geschaffen, die diesem Personenkreis eine Rückzugsmöglichkeit von Konsumzwang, erlernten suchtspezifischen Verhaltensweisen und der vollzugsinternen Drogenszene erleichtert.

In dem behandlungsorientierten Bereich finden Inhaftierte Aufnahme, die eine der folgenden Behandlungsmaßnahmen anstreben:

- (A) Durchführung einer stationären Drogenentwöhnungsbehandlung (Langzeittherapie);
- (B) Durchführung einer ambulanten Suchtbehandlung (auch teilstationäre Therapien, Krisenlösungstherapien und Kurzzeittherapien);
- (C) Teilnahme an, bzw. Durchführung einer Substitutionsbehandlung gemäß Pkt. 2.3 NUB-Richtlinien;
- (D) Behandlungswillige, die ihre Drogenabhängigkeit problematisieren wollen, aber aus rechtlichen Gründen keine der unter A. bis C. aufgeführten Maßnahmen durchführen können.

Die Aufnahme in den behandlungsorientierten Bereich unterliegt - wie sämtliche Angebote des Drogenhilfesystems - dem Freiwilligkeitsprinzip.

Durch fachlich qualifiziertes Personal wird in diesem geschützten Wohnbereich eine Intensivbetreuung gewährleistet, welche neben der Einzelbetreuung auch Gruppenveranstaltungen umfaßt.

Der behandlungsorientierte Bereich der Abteilung Groß-Hesepe befindet sich im Vollzugshaus I, B-Flur, und bietet Platz für 12 Inhaftierte. Der Zutritt für Gefangene anderer Stationen ist nicht gestattet.

3.2 Die drogenfreie Station

Die drogenfreie Station kennzeichnet sich durch tatsächliche Drogenfreiheit, da dort nur Gefangene Aufnahme finden, die keinen Kontakt zu illegalen Drogen haben/hatten. Selbst eine Verurteilung wegen Handel mit Betäubungsmitteln ist ein Ausschlußkriterium.

Der schützende Rahmen der drogenfreien Station bietet dem nichtabhängigen Gefangenen eine Rückzugsmöglichkeit von Konsumzwang, Unterdrückung und vollzugsinterner Beschaffungskriminalität.

Sie wird sozialpädagogisch betreut und befindet sich im Vollzugshaus II, C-Flur. Die drogenfreie Station bietet insgesamt 18 Haftplätze. Der Zutritt für Gefangene anderer Stationen ist nicht gestattet.

3.3 Weitere Planung

Im Rahmen der weitergehenden differenzierten Unterbringung soll in der Abteilung Groß-Hesepe ein weiterer Rückzugsbereich für Gefangene geschaffen werden, die eine gemeinsame Unterbringung mit anderen Inhaftierten, die am Spritzenaustausch teilnehmen, verweigern.

Dieser Bereich wird im Vollzugshaus II, D-Flur, eingerichtet und bietet 16 Haftplätze. Mit der Fertigstellung dieser zusätzlichen Unterbringungsmöglichkeit ist bis Dezember 1996 zu rechnen.

4. Spritzenvergabe als infektionsprophylaktische Maßnahme

Die Spritzenvergabe bzw. das Spritzenaustauschangebot stellt nur eine von mehreren infektionsprophylaktischen Maßnahmen dar.

Die Prävention umfaßt des weiteren:

- Persönliche HIV-/AIDS-Beratung durch den medizinischen Dienst, den Suchtberatungsdienst und die AIDS-Hilfe Emsland;
- Aushändigung mehrsprachiger Merkblätter über HIV/AIDS und safer-use sowie Aushang diverser Informationsposter;
- Informationsveranstaltungen über HIV/AIDS und Hepatitis;
- Safer-use-Beratung durch die AIDS-Hilfe Emsland.

Zur Abrundung des infektionsprophylaktischen Angebotes werden neben den Spritzen auch Pflaster, Ascorbinsäure, Trockentupfer und Filter an die Gefangenen ausgehändigt.

4.1 Zielsetzung:

Ziel der Spritzenvergabe ist es, die Übertragung von Infektionskrankheiten zu verhindern, die bei iv-Drogenabhängigen in der Regel durch das gemeinsame Benutzen eines Spritzbesteckes (needle-sharing) auftreten.

Durch das hier vorgesehene Vergabemodell kann außerdem das wichtige Ziel erreicht werden, eine Verhaltensänderung bei den iv-konsumierenden Gefangenen zu fördern bzw. zu erreichen. Der Drogenabhängige soll lernen, Risiken des intravenösen Drogengebrauchs zu minimieren, einen verantwortungsbewußten Umgang mit Drogenkonsum zu entwickeln und diesen auch beizubehalten.

Nicht zuletzt soll durch die Spritzenvergabe 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.

5. Allgemeine Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Modellversuch

Die Einwegspritzen werden in der Abteilung Groß-Hesepe nur an intravenös-drogenabhängige Inhaftierte ausgegeben.

Die Prüfung der Abhängigkeit erfolgt vorrangig durch den Anstaltsarzt oder aber durch den Suchtberatungsdienst.

Eine intravenöse Drogenabhängigkeit kann im Zweifelsfall auch dann angenommen werden, wenn der Gefangene seine Abhängigkeit ausdrücklich erklärt und gegenteilige Anhaltspunkte nicht bekannt sind.

Gefangene, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, werden von der Spritzenvergabe bzw. dem Spritzenaustauschangebot ausgeschlossen, da sie sich mit Unterzeichnung der entsprechenden Behandlungsvereinbarung zum Verzicht auf Beikonsum verpflichtet haben.

Gefangene, die auf drogenfreien Stationen oder auf dem noch zu schaffenden Bereich (vgl. Pkt. 3.3) untergebracht sind, werden ebenfalls von einer Teilnahme an dem Modellversuch ausgeschlossen.

Intravenös-drogenabhängige Gefangene können jederzeit das Spritzenvergabe- bzw. Spritzenaustauschangebot wahrnehmen. Zuvor sollten sie zwei Einverständniserklärungen unterzeichnen, durch die sie sich bereit erklären, an der medizinischen und wissenschaftlichen Projektbegleitung teilzunehmen (den datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird hierbei Rechnung getragen).

Es wird besonderer Wert darauf gelegt, die Inhaftierten für die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Begleitung zu sensibilisieren und sie über Aufgaben und Ziele der Begleitforschung zu informieren. Bei den Inhaftierten soll Akzeptanz und Bereitschaft für die Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitung gefördert werden.

Es können an Inhaftierte auch Spritzen ausgehändigt werden, wenn sie die Teilnahme an der sozialwissenschaftlichen Begleitung verweigern.

6. Vergabemodalitäten

Die Spritzenvergabe bzw. der Spritzentausch ist eingebettet in ein niedrigschwelliges Beratungsangebot und erfolgt in einer Teestube.

Diese Teestube grenzt unmittelbar an die Räumlichkeiten des Suchtberatungsdienstes und ist anonym über den Freizeitbereich zugänglich.

Durch die räumliche Angliederung der Teestube an den Suchtberatungsdienst kann eine spontane Beratung (sofern sie seitens des Gefangenen gewünscht wird) ermöglicht werden.

Die Teestube ist täglich geöffnet, so daß verbindlich festgelegte Tauschzeiten gewährleistet sind.

In Ausnahmefällen kann der Spritzentausch auch außerhalb der festgelegten Öffnungszeiten im Suchtberatungsdienst erfolgen.

Unter der Woche übernimmt der Suchtberatungsdienst die Durchführung der Spritzenvergabe, an Wochenenden und Feiertagen obliegt diese Aufgabe dem Sanitätspersonal.

6.1 Der Sprizentausch

Es wird das Tauschverfahren "alt gegen neu" angestrebt. Um den Rücklauf der gebrauchten Spritzen zu kontrollieren, wird der Sprizentausch dokumentiert.

Durch intensive Informationsarbeit soll dem Inhaftierten die Bedeutung des Rücklaufs verdeutlicht werden.

Dem Inhaftierten wird jeweils nur eine Spritze ausgehändigt.

Zusammen mit der ersten Spritze wird dem Gefangenen ein durchsichtiges Plastikbehältnis ausgehändigt, in dem die zu tauschenden Spritzen zu transportieren sind.

7. Aufbewahrung der Spritze

Die Spritze ist nur an einer Stelle zu deponieren:

Jeder Gefangene verfügt über einen eigenen Spind in seinem Haftraum. In der Innenseite der Spindtüren wird eine mit einer Bohrung versehene Holzleiste montiert. Diese Bohrung entspricht im Durchmesser dem einer Spritze.

Die Spritze ist in die Holzleiste einzustecken.

Sofern eine Spritze an einer anderen als der dafür vorgesehenen Stelle aufbewahrt wird, erfolgt die Einziehung der Spritze. Ein Disziplinarverfahren wird eingeleitet.

Bei Einziehung der Spritze fertigt der Bedienstete eine Meldung und leitet diese durchschriftlich dem Suchtberatungsdienst zu.

Im weiteren Tauschverfahren ersetzt diese Meldung eine gebrauchte Spritze.

8. Ein- und Ausführung von Spritzen

Das Einbringen von Spritzen durch Gefangene in die Anstalt ist nicht zulässig. Gegebenenfalls sind die Spritzen einzuziehen und zur Habe des Gefangenen zu geben.

Das Ausführen der Spritze bei Verlassen des Anstaltsgeländes ist ebenfalls nicht zulässig.

9. Sanktionierung bei Fehlverhalten

Fehlverhalten im Zusammenhang mit der Spritzenvergabe hat die Einleitung eines Disziplinarverfahrens zur Folge. Über das Disziplinarverfahren entscheidet der Vollzugsabteilungsleiter in eigener Zuständigkeit anhand der Bestimmungen der §§ 102, 103 StVollzG.

10. Umgang mit Drogenfunden

Rauschmittelbesitz ist verboten. Kontrollen und Revisionen werden nach den einschlägigen Bestimmungen und Dienstanweisungen durchgeführt. Der Modellversuch hat hierauf keinen Einfluß. Drogenfunde werden verfolgt und zur strafrechtlichen Überprüfung an die zuständige Staatsanwaltschaft weitergeleitet. Spritzenfunde mit Drogeninhalt (keine Anhaftungen) haben die gleiche Verfahrensweise zur Konsequenz.

Drogenfunde bzw. die allgemeine Suchtproblematik eines Inhaftierten werden weiterhin Gegenstand der Stellungnahmen gemäß § 57 StGB sein.

11. Weitergehende fachliche Beratung der Bediensteten:

Zu Beginn der zweijährigen Modellphase werden die Bediensteten intensiv über das Konzept der Spritzenvergabe bzw. des Spritzentausches informiert.

Im Rahmen der Dienstbesprechungen und Konferenzen werden sie regelmäßig über den Projektverlauf informiert.

Für interessierte Bedienstete bietet der Suchtberatungsdienst in unregelmäßigen Abständen Informationsveranstaltungen an. Die AIDS-Hilfe Emsland wird zudem Aus- und Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem Suchtberatungsdienst anbieten.

12. Einbindung externer Institutionen

Die AIDS-Hilfe Emsland ist als externe Institution in den Modellversuch eingebunden. Vorgesehen ist, daß ein/e Mitarbeiter/in in der AIDS-Hilfe als ehrenamtliche/r Mitarbeiter/in der Justizvollzugsanstalt Lingen I einmal wöchentlich in der Abteilung Groß-Hesepe präsent ist.

Folgende Maßnahmen sollten durch die AIDS-Hilfe Emsland angeboten werden:

- Safer-use-Beratung für Inhaftierte;
- Aus- und Fortbildung Bediensteter;
- Niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Frühstück für Drogenabhängige, Präsenz in der Teestube).

13. Projektrealisierung / Zuständigkeiten

Die Realisierung des Modellversuchs erfolgt in der Abteilung Groß-Hesepe durch den medizinischen Dienst und den Suchtberatungsdienst. Als externe Institution ist die AIDS-Hilfe Emsland in die praktische Umsetzung der konzeptionellen Vorgaben eingebunden.

Die medizinische Evaluation erfolgt durch den leitenden Anstaltsarzt. Die sozialwissenschaftliche Projektbegleitung obliegt der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg.

Die mit der Konzeptentwicklung beauftragte Arbeitsgruppe wird während der zweijährigen Modellphase fortbestehen und sich in regelmäßigen Abständen treffen. Die Arbeitsgruppenmitglieder stehen den Bediensteten der Abteilung Groß-Hesepe als Ansprechpartner für Fragen, Anregungen, Informationen etc. zur Verfügung.

Während des Projektverlaufes führen alle mit der Projektrealisierung beauftragten Personen/Fachdienste einen regelmäßigen Austausch miteinander. Eine enge Kooperation mit der wissenschaftlichen Begleitung und dem Niedersächsischen Justizministerium sind vorgesehen.

B3 Informationsblatt für Gefangene über den Modellversuch Spritzenvergabe in der Abteilung Groß-Hesepe

1. In der Abteilung Groß-Hesepe der Justizvollzugsanstalt Lingen I wird ein Modellversuch Spritzenvergabe durchgeführt. Die Projektphase ist zeitlich auf zwei Jahre begrenzt und soll am 15.07.1996 beginnen.
2. Drogenkonsum und Drogenbesitz sind nach wie vor strafbar und werden verfolgt!
3. Die Spritzenvergabe ist eine gesundheitsfördernde Maßnahme. Es gilt, Ansteckungen mit Hepatitis und dem HI-Virus (AIDS) zu verhindern.

4. Der Modellversuch wird sozialwissenschaftlich und medizinisch begleitet. Diese Projektbegleitung ist erforderlich, damit nach Ablauf der Modellphase u.a. auf folgende Fragen eine Antwort gefunden werden kann:
 - Sind Infektionen mit Hepatitis und/oder HIV rückläufig?
 - Wie verlief der Modellversuch im Allgemeinen?
 - Gehen die Gefangenen verantwortungsvoll mit den Spritzen um?
 - Kann die Spritzenvergabe auf andere Anstalten ausgeweitet werden oder ist sie wieder einzustellen?
5. Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Modellversuch
 - Die Abgabe der Spritzen erfolgt nur an i.v. drogenabhängige Gefangene.
 - Gefangene, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, können nicht am Modellversuch teilnehmen, da sie sich zum Verzicht auf Beikonsum verpflichtet haben.
 - Gefangene, die auf der drogenfreien Station oder dem noch zu schaffenden Bereich untergebracht sind (Haus II, C-Flur), können ebenfalls nicht an dem Modellversuch teilnehmen.
 - Intravenös-Drogenabhängige können Spritzen tauschen und sollten sich schriftlich bereit erklären, an der sozial- und medizinischen Projektbegleitung teilzunehmen.
 - Die Projektbegleitung ist unabhängig und anonym. Alle Angaben werden vertraulich behandelt, den datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird Rechnung getragen.
6. Die Praktische Umsetzung der Spritzenvergabe:
 - Die Spritzenvergabe erfolgt durch die Suchtberater und die Sanitäter in einer Teestube, die z. Zt. in der Schulbaracke eingerichtet wird.
 - Die Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes und die Sanitäter unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und geben keine Auskunft über die Teilnahme am Spritzentausch.
 - Die Teestube ist täglich geöffnet.
 - Montags bis freitags: 14.30 Uhr bis 16.30 Uhr (Vergabe durch den Suchtberatungsdienst)
 - An Wochenenden und Feiertagen: 10.00 Uhr bis 11.30 Uhr (Vergabe durch Sanitäter).
 - Grundsätzlich wird jeweils nur eine alte gegen eine neue Spritze getauscht.

Mit der ersten Spritze wird ein Plastikbehältnis ausgehändigt, in dem die zu tauschende Spritze zu transportieren ist.

- Die Spritze muß in der dafür vorgesehenen Holzleiste im Spind aufbewahrt werden.
Eine Aufbewahrung der Spritze an anderen Orten ist nicht zulässig und wird geahndet. Die Spritze wird mit entsprechender Meldung eingezogen; eine Durchschrift dieser Meldung geht an den Suchtberatungsdienst und ersetzt im weiteren Tauschverfahren die alte Spritze. Sofern die Spritze an der dafür vorgesehenen Stelle deponiert ist, bleibt sie bei Haftraumkontrollen unberücksichtigt.
- Spritzen dürfen nicht aus der Anstalt ausgeführt werden. Auch das Einbringen von Spritzen ist nicht zulässig.

Lingen, den 28.06.1996ko.

Der Leiter der JVA Lingen I

Ebel

Reg.Direktor

Beglaubigt

(Korte, Verw.Angestellte)

15 **Materialliste***

C Erhebungsinstrumente

- C.1 Fragebogen zur schriftlichen Befragung von Bediensteten. Beispiel: JVA für Frauen in Vechta
- C.2 Fragebogen zur persönlichen Befragung von Gefangenen. Beispiel: JVA für Männer Lingen I Abt. Groß-Hesepe
- C.3 Interview-Leitfaden für ExpertInnen-Interview
- C.4 Einverständniserklärungen zur Teilnahme an der sozialwissenschaftlichen Begleitung

D Fragebogen der „Umfrage zu infektionsprophylaktischen Maßnahmen in Bezug auf HIV und Hepatitis in den Justizvollzugsanstalten der Länder“

E Für das Modellprojekt konzipierte Printmedien

F Projektvorstellung

- F.1 Vorstellung der Arbeit der sozialwissenschaftlichen Begleitung für die Bediensteten
- F.2 Vorstellung der Arbeit der sozialwissenschaftlichen Begleitung für die Inhaftierten
- F.3 Internet home page (englisch)
- F.4 Internet home page (deutsch)

* Diese Materialien können gegen Einsendung von jeweils DM 4,- (in Briefmarken) zzgl. eines ebenso frankierten und adressierten Rückumschlages von den AutorInnen unter folgender Adresse angefordert werden:

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
„Infektionsprophylaxe im Nds. Strafvollzug“
FB 3 - Institut f. Politikwissenschaft II
Postfach 25 03
D-26111 Oldenburg