

Jutta Jacob / Heino Stöver

Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen - Eine theoretische Einführung

Einleitung

Trotz aller anstaltlichen Bemühungen, das Angebot an Drogen im Strafvollzug durch umfangreiche Sicherheitsmaßnahmen und haftinterne Drogenhilfe zu reduzieren, stellt der Konsum von Spritzdrogen eine Alltagsrealität für eine Gruppe von Inhaftierten dar, deren Größe von anstaltlichen und regionalen Bedingungen abhängig ist. Mit dem Drogenkonsum unter Haftbedingungen gehen neben sozialen Problemen vor allem auch gesundheitliche Risiken einher: Überdosierungen, existentiell bedrohliche Infektionskrankheiten, schlechter körperlicher Allgemeinzustand verbunden mit Belastungs- und Arbeitseinschränkungen etc.

Das Ziel der Drogenhilfe im Vollzug muß angesichts dieser gesundheitlichen Gefährdungen über die Drogenfreiheit hinaus realistischerweise auch eine Risikominimierung einschließen.

Das vorliegende Handbuch leistet für diese Zielsetzung einen praxisbezogenen Beitrag. Es werden Seminareinheiten und Arbeitsbeispiele vorgestellt, die die Risiken im Umgang mit 'Drogenkonsum' und 'Sexualität' in Haft thematisieren. Diese Arbeitseinheiten sind in der Vollzugspraxis von erfahrenen Präventionsfachkräften er-

probt und zum Transfer in andere vollzugliche Zusammenhänge weiterentwickelt worden. Bei der methodischen Konzeption und Gestaltung des Handbuches standen BenutzerInnenfreundlichkeit und Praktikabilität im Vordergrund; es ist ein leicht in die jeweilige Praxis übertragbares Curriculum entstanden.

Vorrangige AdressatInnen der Präventionsarbeit sind drogenabhängige Gefangene, deren durch gesundheitliche Risiken gekennzeichnete Lebenssituation einen akuten Präventionsbedarf signalisiert. Da auch die Gruppe der Vollzugsbediensteten sowohl in die Alltagsproblematiken von Drogenkonsum eingebunden, als auch selbst gesundheitlichen Gefährdungen an ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt sind, wird sie in der Fortbildungsarbeit in Bezug auf eine Kenntniserweiterung zu „safer use“-Praktiken und Drogennotfallhilfe berücksichtigt. Eine umfassende, eigenständige mitarbeiterorientierte Fortbildungsmaßnahme müßte neben einer vertiefenden Wissensvermittlung über Drogenwirkungen, Infektionserkrankungen und vollzugliche Handlungsmöglichkeiten ebenso Sozialkompetenz-erweiternde und -fördernde Maßnahmen zum Gegenstand der Vermittlung und des Trainings machen. Diese sinnvolle Fortbildungsvariante konnte in diesem

Praxisrahmen nicht untergebracht werden und erfordert eine eigene inhaltliche Akzentuierung und methodische Aufarbeitung der Thematik „Umgang mit Drogenkonsum und DrogenkonsumentInnen in Haft“.

Das tragende Arbeitsprinzip der angebotenen Trainingseinheiten besteht in der Förderung der Selbstbeteiligung und der vorhandenen Eigenkompetenzen der Beteiligten mit dem Ziel, tragfähige Unterstützungsnetzwerke zu entwickeln und eigenständig fortzuführen („peer support“).

Das Handbuch ist gegliedert in einen (gesundheits-)theoretischen und einen praxisorientierten Schwerpunkt. Teil I steckt den theoretischen Rahmen für eine auf Schadensminimierung ausgerichtete Präventionsarbeit in Haft ab. Über eine Darstellung der sozialen und gesundheitlichen Situation von DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug und deren Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Bediensteten wird die Basis für einen lebensweltbezogenen Zugang zu den Zielgruppen geschaffen. Es schließen sich gesundheitstheoretische und -praktische Überlegungen allgemein zum Präventionsansatz „peer support“ und speziell bezogen auf seine Übertragbarkeit auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen des Strafvollzuges an.

Im Teil II des Handbuches stellt die im Rahmen eines Europäischen Peer-Support-Projektes (EPSP) in Zusammenarbeit mit dem Trimbos Institut, Niederlande, in zwei deutschen Haftanstalten durchgeführten

Trainingseinheiten zur Risikominimierung bei Drogenkonsum für die Zielgruppen ‘Inhaftierte DrogenkonsumentInnen’, ‘Bedienstete’, ‘MediatorInnen’ (Schlüsselpersonen) der Gefangenen und ‘MultiplikatorInnen’ (MitarbeiterInnen aus externen Drogen- und AIDS-Hilfen oder Betroffenenorganisationen) vor. Die aufgeführten Arbeitseinheiten decken die gesundheitschutzrelevanten Themen- und Handlungsbereiche im Zusammenhang mit intramuralem Drogenkonsum ab: safer use, safer sex für Männer und Frauen und Drogennotfallhilfe. Für Bedienstete wird begleitend jeweils eine Schulungsmaßnahme zu „safer use“-Möglichkeiten und praktischer Drogennotfallhilfe durchgeführt. Die dargestellte Präventionspraxis wurde modellhaft in jeweils einem Durchlauf in einer Männer- und Frauenhaftanstalt erprobt. Die beteiligten externen Präventionsfachkräfte stellen ihre konzeptionellen Überlegungen und ihr konkretes Vorgehen einschließlich der Reflexion ihrer Arbeitserfahrungen vor. Die verwendeten Arbeitsmaterialien sind mit Angabe der Bezugsquellen aufgeführt bzw. als Kopiergrundlage im Text vorhanden. Die Beiträge von Kathrin Eßmann, Jan-Hendrik Heudtlass und Michael Siemer wurden als Praxisbeispiele für angewandte Prävention konzipiert, die aufgrund einer detaillierten inhaltlichen und methodisch-didaktischen Planung und abschließenden Auswertung und Reflexion nachvollziehbar und auf andere Haftanstalten und externe professionelle Trainingssettings anwendbar sind.

1 Zur Situation von DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug

1.1 Prävalenz von Drogenabhängigkeit im Strafvollzug

Die gesundheitliche und soziale Realität ist geprägt durch den gesellschaftlichen Status der Illegalität, der spezifische lebensweltlich belastende Bedingungen wie soziale und körperliche Verelendung, Obdachlosigkeit, Prostitution, Kriminalität etc. nach sich zieht. Ferner ist mit der staatlichen drogenpolitischen Strategie einer repressiven Drogenpolitik verbunden, daß eine zunehmende Kriminalisierungstendenz von DrogenkonsumentInnen Haftaufenthalte zur obligatorischen Lebensphase innerhalb einer Drogenbiographie werden läßt.

Mehrere Studien (Koch/Ehrenberg 1992; 53; Kleiber/Pant 1996; Hartmann u.a. 1994, S. 180) weisen übereinstimmend aus, daß die von ihnen befragten DrogengebraucherInnen zu etwa zwei Dritteln Haft Erfahrungen hatten - durchschnittlich mehr als 12 Monate. Weitere empirische Befunde zeigen auf, daß DrogengebraucherInnen längere Haft- als Therapiezeiten aufweisen (AMSEL-Studie 1991, 342 ff; Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1997).

Insgesamt geht man von einer Zahl von etwa 10-20.000 inhaftierten Drogenabhängigen aus, d.h. etwa jede/r dritte bis sechste Gefangene in Deutschlands Strafanstalten ist trotz scharfer Kontrollen entweder gegenwärtig noch (mit unterschiedlichen Konsummustern und -frequenzen, siehe unten) oder war bis vor kurzem KonsumentIn illegaler, und hier vor allem intravenös applizierter Drogen. Hinzu

kommt ein unbekannter Anteil von GebräucherInnen, die erst in der Haft mit ihrem Drogenkonsum beginnen.

Genauere Bestimmungen des Anteils Drogenabhängiger im Vollzug lassen sich aus unterschiedlichen Gründen nicht vornehmen. Zum einen ist unklar, wovon die Berechnungen in den Anstalten bzw. Justizministerien ausgehen: von der medizinischen Evidenz eines Drogenkonsums (welchen, mit welcher Häufigkeit und Intensität?) oder der Auswertung der Personalakten - die Daten müssen nicht notwendigerweise übereinstimmen (vgl. zu den Ergebnissen in einzelnen Anstalten: Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1996, S. 31f). Zum anderen gibt es keine kritisch reflektierte Zusammenschau aller Stichtags-Daten der einzelnen Bundesländer über die geschätzte bzw. ermittelte Zahl der Drogenabhängigen im Vollzug. Der Anteil Drogenabhängiger ist sehr unterschiedlich in den einzelnen Haftformen (Untersuchungshaft, Jugendhaft, Strafhaft für Erwachsene etc.), den Einzugsbereichen der Anstalten und in Hinblick auf Geschlechterspezifika - der Anteil drogenabhängiger Frauen in den Justizvollzugseinrichtungen macht oftmals über 50% aus, während der der Männer geringer zu sein scheint.

Was die Entwicklung der Zahl der Drogenabhängigen im Vollzug angeht, so zeigt bereits die Auswertung der ausschließlich aufgrund von Drogendelikten einsitzenden Personen eine erhebliche Zunahme in den letzten 20 Jahren: Dünkel (1996) errechnete, daß die Strafvollzugspopulation 1970 nur einen Anteil von 0,2% drogenabhängiger Inhaftierter aufwies, während 1990 bereits 10,2% der Inhaftierten nur aufgrund von Drogendelikten einsaß.

Quensel/Kolte/Nolte (1995, S. 44) fanden bei einer Untersuchung der Deliktstruktur im Bremer Strafvollzug (einschl. U-Häftlinge), daß bei 24% von 396 Gefangenen unterschiedliche BtMG-Delikte die Grundlage der Inhaftierung bildeten. Damit erreichten die BtM-Fälle fast die Zahl der Diebstähle (26%) und übertrafen sämtliche andere Deliktsbereiche. In Berlin geht man davon aus, daß sich annähernd 10% (d.h. etwa 600 bis 700) der Berliner Drogenabhängigen regelmäßig in Haft befinden. Mindestens ein Drittel der intravenös drogenabhängigen Gefangenen konsumiert langjährigen Beobachtungen von Vollzugsverläufen zufolge auch während des Vollzuges regelmäßig weiter (Peschel-Gutzeit 1997). Die Therapieeinrichtungen (nach § 35 BtMG) gehen in der Regel von der Fortsetzung des Drogengebrauchs aus: Sie verlangen eine Entzugsbehandlung vor Therapiebeginn.

Mehrere Indikatoren sprechen seit Mitte der 80er Jahre für eine Zunahme der Zahl der DrogenkonsumentInnen außerhalb des Vollzuges¹. Parallel dazu kann auch eine Zunahme der wegen Betäubungsmittel- oder Beschaffungsdelikten verurteilten DrogengebraucherInnen im Vollzug erwartet werden. Krumsiek (1992) weist darauf hin, daß sich die Zahl der Drogenabhängigen im nordrhein-westfälischen Strafvollzug innerhalb der letzten 10 Jahre verdoppelt hat. Eine Vielzahl der DrogengebraucherInnen kommt über kurz oder lang mit

dem Strafrecht und dem Strafvollzug in Berührung.

Ein erheblicher Teil der übrigen InsassInnen im Strafvollzug sind ebenfalls drogenabhängig, die dann wegen Drogenbeschaffungsdelikten (Diebstahl, Unterschlagung, Betrug, Urkundenfälschung, Raub, unerlaubte Prostitution etc.) einsitzen. Das im Betäubungsmittelgesetz verankerte Prinzip, das unter dem Motto „Therapie statt Strafe“ Drogenabhängige v.a. aus den Haftanstalten in die Therapieeinrichtungen verbringen sollte, konnte damit nur unzureichend in die Praxis umgesetzt werden.

Diese Entwicklung einer zunehmenden Verbreitung intramuralen Konsums illegaler Drogen verändert zunehmend die Gefängniswelt: Das auch durch die Haftbedingungen induzierte Drogenkonsumverhalten und -setting im Vollzug ist die Ursache für eine Vielzahl gesundheitlicher aber auch sozialer Probleme der DrogenkonsumentInnen. Die Bundesministerien für Gesundheit und der Justiz (1995) gehen sogar bis zu der Einschätzung, daß die Drogenproblematik die Grundsätze des Behandlungsvollzuges erschüttert. Der Hamburger Kommissionsbericht „Infektionsprophylaxe im Strafvollzug“ (1995) bestätigt diese Einschätzung und stellt fest, daß in vielen Anstalten das Drogenproblem so beherrschend ist, daß andere Vollzugsziele in den Hintergrund gedrängt werden. TOMASEVSKI (1992) schließlich ortet als Hauptprobleme des aktuellen Strafvollzuges in Europa die vier Problemkreise: Drogen, seelische Gesundheit, übertragbare Krankheiten und Tod im Gefängnis.

1 V.a. die Zahl der erstmalig auffällig gewordenen ErstkonsumentInnen, Zahl der polizeilich ermittelten Drogendelikte, Sicherstellungsmengen

1.2 Drogenkonsumbedingungen in Haft

Das Gefängnis bildet spiegelbildlich gesellschaftliche Probleme und individuelle Notlagen ab und muß im Rahmen seiner Möglichkeiten darauf reagieren. Z.B. auf die Verbreitung des Konsums illegaler Drogen mit all seinen Folgeerscheinungen: Drogentod, Drogennotfall, Zunahme der Zahl der DrogengebraucherInnen, Händlerhierarchien, Schulden, verunreinigte und gestreckte Stoffqualität mit unkalkulierbaren Reinheitsgehalten, Infektionsrisiken (HIV und die Hepatitiden) durch gemeinsamen Gebrauch insterilen Spritzbestecks, da in Deutschland offiziell - bis auf drei Modellprojekte (vgl. Übersicht in: Jacob/Keppeler/Stöver 1997) - keine sterilen Spritzen im Vollzug erhältlich sind. Das Gefängnisambiente unterstützt vor allem unsauberes Spritzverhalten: Insbesondere Neuzugänge scheinen, bevor sie im Haus Verbindungen aufgebaut haben, auf Spritzenaustausch angewiesen zu sein. Leudsen und Stark (1992, S. 715) berichteten, daß es unter dem Eindruck von AIDS bei vielen Drogenabhängigen zur signifikanten Risikoreduktion bei der Drogeninjektion gekommen sei. Allerdings bleibe als Problem, daß bei vielen i.v. Drogenabhängigen die präventiven Verhaltensweisen nicht konsequent durchgehalten würden. Von den Faktoren, die dabei zeitstabilen risikoarmen Verhaltensweisen entgegenstünden, treffen mehrere exakt auf die Situation zu Beginn der Inhaftierung zu: die Nichtverfügbarkeit von eigenem Spritzbesteck bei beginnenden Entzugserscheinungen, Nichtverfügbarkeit von Spritzbesteck zu Beginn der Haft, Angst vor Strafverfolgung bei Spritzenbesitz.

Inhaftierte DrogenkonsumentInnen weisen oft langjährige und intensive Drogenkarrieren auf, z.T. mit Phasen starker Verleumdung. Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill (1997) trafen in ihrer Untersuchung über Infektionsprophylaxe im Nds. Justizvollzug vor allem auf TeilnehmerInnen an Spritzenaustauschprogrammen in einer Haftanstalt für Frauen in Vechta und einer Männerhaftanstalt in Lingen I Abt. Groß Hesepe, die durchschnittlich am Ende ihres dritten Lebensjahrzehnts auf langjährigen regelmäßigen Konsum verschiedenster Substanzen zurückblickten (in hohem Maße Heroin, Alkohol, Kokain, Methadon, Codein, Benzodiazepine, Barbiturate). Erfahrungen mit Überdosen und ambulanten Behandlungen hatten 40-50% der InsassInnen, ein großer Teil litt unter starken gesundheitlichen Belastungen (Infektionskrankheiten). Viele verfügen über langjährige Lebenserfahrungen in totalen Institutionen (Haft, Psychiatrie, Maßregelvollzug) - Drogenkonsumerfahrungen unter diesen Bedingungen sind weit gestreut. So muß davon ausgegangen werden, daß der Mischgebrauch unter den Anstaltsbedingungen und nach langer Erfahrungen vor oder zwischen den Inhaftierungen bei vielen Gefangenen verbreitet ist. Dieser Mischkonsum als eine Form der Selbstmedikation zur Bewältigung der Anforderungen des Haftalltages, zur (Eigen-)Behandlung psychischer Probleme oder zur Linderung der Entzugssymptome, weist z.T. gesundheitsproblematische Muster auf. Weil die Zufuhr von bestimmten, bevorzugten oder bekannten Drogen entweder nicht immer oder nicht ununterbrochen erfolgt, wird häufig auf unbekannte, gerade verfügbare und finanzierbare Substanzen ausgewichen. Der permanente Wechsel von Ent-

zugerscheinungen und Drogenkonsumphasen wird als körperlich und psychisch sehr belastend erfahren. Der Konsum selbst muß als riskant in hygienischer Sicht beschrieben werden: needle sharing, selbstgebaute Spritzinstrumente, drug sharing, Resteverwertung aus Filtern.

Da der Schmuggel von Drogen in Kleinstmengen in Strafanstalten kaum zu unterbinden ist, besteht für die meisten drogenkonsumwilligen Inhaftierten vor allem das Problem, die Hilfsmittel für einen Konsum zu organisieren. Aus Berichten von Betroffenen ist bekannt (vgl. Stöver 1994, S. 18ff u. S. 41ff), daß der intravenöse Konsum mit Hilfe einer „Stationspumpe“ stattfindet, die dann bereits von mehreren KonsumentInnen benutzt wurde. Da diese Spritze in den meisten Anstalten aufgrund von mangelnden Möglichkeiten oder aufgrund suchtbedingter Dynamiken nicht adäquat desinfiziert wird, bestehen durch das „needle sharing“ hohe Infektionsrisiken für HIV und/oder Hepatitiden. Nur notdürftig werden oftmals die Spritzen mit Leitungswasser gereinigt, was allerdings den Ansprüchen einer effektiven Spritzen-desinfektion nicht genügt. Für einige Gefangene tritt die Notwendigkeit zum needle sharing überhaupt oder mit einer fremden Person das erste Mal in ihrer Karriere in Haft auf. Die Generation jüngerer aktiver HeroinkonsumentInnen ist mit dem selbstverständlichen Angebot der freien Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck draußen völlig vertraut - gerade sie erleben oftmals einen erstmaligen „Hygiene-Einbruch“.

Weitere Risiken ergeben sich durch das „drug sharing“, d.h. die unmittelbare, gemeinsame Benutzung der Spritzutensilien, wie Wasser, Filter, Löffel. Dieser Proble-

matik sind sich die meisten DrogenbenutzerInnen nicht bewußt - es existiert also auch kein Bewußtsein von Risiko (vgl. Koester u.a. 1991, S. 29).

Bisher liegt wenig empirisch gesichertes Material über das Drogengebrauchsverhalten und die konkreten Konsumbedingungen von drogenabhängigen InsassInnen in deutschen Strafanstalten vor. Im Rahmen des genannten Modellprojektes „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ wurden jedoch den InsassInnen unter anderem neben einer Reihe von Wissensfragen zu HIV/AIDS und Hepatitis, mehrere Fragen zum Drogenkonsum, -häufigkeiten und Applikationsformen in und vor der Haftzeit gestellt. Aus den bisher vorliegenden Ergebnissen des Zwischenberichtes sollen die vor Eintritt in das Spritzenumtauschprogramm erhobenen Daten als Basis herangezogen werden.

Die Gesamtstichprobe umfaßte 61 drogenabhängige Gefangene der JVA für Frauen in Vechta und 37 männliche Gefangene der JVA Lingen I Abt. Groß Heesepe mit einem Altersdurchschnitt von 28,2 Jahren. Die Antworten zu den Fragen² nach dem Konsum „...im Monat vor Eintritt in die JVA“ und „...im letzten Monat“ (d.h. in Haft) zeigen im Vergleich, daß der Konsum illegaler Drogen in der Regel fortgesetzt wird - wenn auch nicht ungebrochen - und bei den unterschiedli-

2 Bei allen Fragen zum Drogenkonsum muß angemerkt werden, daß nicht alle Befragten aus Mißtrauensgründen einer möglichen Weitergabe der persönlichen Daten an Dritte, Angaben zu ihrem Drogengebrauchsverhalten in der Haft gemacht haben. Der Drogenkonsum könnte ggf. auch höher sein.

chen Drogen zu mehr oder minder großen Konsumrückgängen führt: 75% der Frauen und 94,3% der Männer konsumierten nach Haftantritt weiter Heroin, 18,4% der Frauen und 37,6% der Männer gebrauchten weiterhin Kokain. Der Konsum von „Cocktails“ (Mischung aus Heroin und Kokain) ging bei den Frauen am stärksten zurück (nur 11,5%), während diese Drogen bei den Männern fast zur Hälfte weiter benutzt wurden (47,2%). Benzodiazepine wurden noch von 73,5% der Frauen und 58,5% der Männer benutzt, während Barbiturate etwa die Hälfte der Befragten weiterhin einnahmen (53,8% der Frauen und 47,2% der Männer). Der Cannabiskonsum blieb bei den Männern völlig stabil und stieg bei den Frauen sogar leicht an (um 7,5%).

Zusammenfassend kann man feststellen, daß in diesen beiden Strafvollzugsanstalten eher sedierende Substanzen präferiert werden (Heroin, Benzodiazepine, Barbiturate, auch Cannabis), während der Konsum von stimulierenden Drogen (Kokain und „Cocktails“) weniger weit verbreitet ist. Dies könnte als eine Anpassung an die Bedingungen und Möglichkeiten des Strafvollzugsalltags und damit als ein Bewältigungsversuch der Haftsituation gedeutet werden.

Die Ergebnisse zur Frage nach der Konsumhäufigkeit („...im Monat vor Eintritt in die JVA“ und „...im letzten Monat“) zeigen im Vergleich zum Monat vor Haftantritt insgesamt einen deutlichen Rückgang der Konsumhäufigkeit an: von „1x und mehrmals täglich“ hin zu „gelegentlichem“ oder „wöchentlichem/häufigem“ Konsum. Heroinkonsum in Haft wird ein Mal oder mehrmals täglich von 59,4% der Männer

und 14,7% der Frauen angegeben; Kokainkonsum von 13,5% der Männer und 3,3% der Frauen. Benzodiazepine nehmen 8,2% bei den befragten Frauen ein oder mehrmals täglich ein (8,1% der Männer) - „Cocktails“ und Barbiturate spielen in Bezug auf die Konsumhäufigkeit ebenfalls nur noch eine untergeordnete Rolle.

Die Ergebnisse belegen, daß zwar die typischen Applikationsformen und -varianten erhalten bleiben, sie büßen zu einem gewissen Teil ihre Vielfältigkeit ein: Vor allem infektionsriskante Applikationstechniken, wie der intravenöse Konsum von Heroin und Kokain bestimmen die Konsumgewohnheiten seit Haftantritt, während risikoärmere, alternative Formen, wie „rauchen“ oder „sniefen“ von Heroin abnehmen.

Betrachtet man die Drogenkonsumbedingungen und dabei besonders die Hygienevorkehrungen, dann wird deutlich, daß Situationen von Spriztens Austausch und direkter Übernahme von Spritzen in Haft (45 Nennungen) gegenüber dem Hygiene-spritzverhalten außerhalb (6 Nennungen) sehr weit verbreitet sind. Eine gemeinsame Benutzung von Spritzen seit der Inhaftierung bestätigen 76% der Frauen und 87% der männlichen Insassen; vielfach werden 1-3 Tauschpersonen angegeben. Auch die Weitergabe selbst genutzter Spritzen an andere DrogenkonsumentInnen zeigt, daß 61% der Insassinnen der JVA Vechta und 81% der Insassen der JVA Lingen schon einmal eine Spritze weitergegeben haben; der überwiegende Teil tat dies mehr als einmal (an 3-6 Personen). Diese Fragerichtung muß als hoch schambesetzt verstanden werden, möglicherweise liegt der Anteil noch darüber. Nach Anga-

ben der Befragten liegen die Gründe für die Gemeinsambenutzung in der Nicht-Beschaffbarkeit steriler Spritzbestecke, nicht etwa in vermuteten subkulturellen Ritualen.

Auch zeigt sich, daß die unverbindlichen Kontakte im Vollzug (oft auch durch häufige Verlegungen und Durchlaufen mehrerer Abteilungen gekennzeichnet) dazu führen, daß der Infektionsstatus des Tauschpartners/der Tauschpartnerin in Haft wesentlich häufiger unbekannt war (in 23 Fällen) als außerhalb, wo dauerhaftere soziale Kontakte und Freundschaften bestehen. 19 Situationsberichte über den letzten Druck außerhalb des Vollzuges beinhalteten die Nutzung einer desinfizierten (gebrauchten) Spritze, während dieser Weg der Spritzensäuberung in der Haft in 28 Fällen angegeben wurde. Betrachtet man die Desinfektionstechniken genauer, dann ergibt sich, daß mehr als drei Viertel der Befragten eine ineffektive Desinfektionsmethode anwenden. Identische Ergebnisse erbrachte die wohl größte bundesdeutsche sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. DrogenkonsumentInnen außerhalb des Vollzuges von Kleiber/Pant (1996, S. 257): „...bis heute nur etwa ein Viertel der ‘Needle sharer’ fremde Spritzuntensilien konsequent vor Gebrauch durch Auskochen (20%), Bleichsoda (3%) oder Alkohol (2%) desinfizieren; statt dessen dominierten noch immer ineffiziente Methoden wie das Durchspülen mit kaltem (3%) oder heißem Wasser (40%).“

Ein Großteil der Befragten teilt die Drogen mit anderen durch die Benutzung nur einer Spritze anhand von Teilstrichen auf,

was weitere Infektionsrisiken in sich bergen kann. Dies ist wesentlich häufiger innerhalb der Anstalt der Fall als außerhalb.

1.3 Sexualität in Haft

Ebensowenig wie der Strafvollzug eine drogenfreie Zone ist, ist er ein sexualfreier Lebensraum. Sexuelle, partnerInnenorientierte Bedürfnisse sind nach wie vor bei den Gefangenen vorhanden, können allerdings in der Regel nicht mehr ausgelebt werden. Der Strafvollzug hat auch in diesem Bereich von Lebensäußerung gesundheitsschädliche Wirkungen. Zwar existieren vereinzelt Modelle in Strafanstalten, die im Rahmen von Langzeitbesuchen auf eine Ermöglichung auch sexueller Kontakte unter (Ehe)PartnerInnen zielen (z.B. JVA Werl, JVA für Frauen Vechta) und lockerungsberechtigte Häftlinge können im Urlaub sexuelle Kontakte haben. Doch dies sind vereinzelte und isolierte Möglichkeiten, partnerInnenorientierte Sexualität zu leben. Neben der bedürfnisorientierten Sicht von Sexualität in Haft stellt sich auch die Frage nach dem Recht auf Erfüllung eines Kinderwunsches für Inhaftierte und deshalb die Unterstützung sexueller Kontakte zu ihren PartnerInnen.

In Haft ist Sexualität einem Tabu vergleichbar: Symbolisierungen sind allgegenwärtig, eine sachliche Verbalisierung findet kaum statt. In Ermangelung heterosexueller Kontakte im Strafvollzug sind nur gleichgeschlechtliche soziale Sexualkontakte lebbar. Diese sind z.T. noch stärker als das Phänomen Drogenkonsum tabuisiert und verdrängt. „Unterschwellig scheint das ‘Verbot’ der Ausübung von Sexualität nach wie vor als Teil der Strafe angesehen zu werden“ (Schwermer 1995, S. 55). Die

Gefangenen werden mit den gleichen Mechanismen konfrontiert wie die Gesamtgesellschaft: Einer Sexualisierung vor allem des weiblichen Körpers in den Medien wird hauptsächlich mit einer „offensiven Strategie“ der Thematisierung von Sexualität begegnet. Durch eine Verobjektivierung des weiblichen, z.T. auch des männlichen Körpers in Form von Postern an den Zellenwänden und einer starken Präsenz sexualitätsbezogener Gesprächsinhalte drückt sich der entfremdete Umgang mit den eigenen sexuellen Bedürfnissen aus. Der Objektstatus des sexualisierten Körpers reduziert wiederum die eigene Empfindungsspanne und verleugnet die mit partnerInbezogener Sexualität assoziierten Bedürfnisse nach Nähe, Gemeinsamkeit, Entspannung, Befriedigung. Das Dilemma, vor allem im Männervollzug, besteht in der Allgegenwärtigkeit von Sexualität im Alltag und der stark eingeschränkten Befriedigung und letztlich erzwungenen Milieuanpassung sexueller Bedürfnisse. Daraus erwachsen Spannungen, Frustrationen, Aggressionen, sexualisierte Gewaltphantasien. Vorhandene Probleme mit diesem Dilemma können nicht besprochen werden, weil weder informelle noch offizielle Foren im Vollzug zur Verfügung stehen.

Weil Sexualität individuell abgespalten werden muß und die Thematik Sexualität im Vollzug offiziell ausgeblendet wird, finden alle Formen gelebter sozialer Sexualität verdeckt statt. Es gibt eine Realität von Homosexualität, die kaum thematisierbar ist. Der Geheimhaltungsdruck verstärkt sich vor allem dann, wenn die in Haft gelebten homosexuellen Kontakte nicht dem eigenen sexuellen Selbstver-

ständnis „heterosexuell“ entsprechen, was bei vielen Inhaftierten der Fall sein wird, die in der Inhaftierungszeit in Ermangelung heterosexueller Möglichkeiten homosexuelle Kontakte als „Notlösung“ praktizieren. Sozio-kulturelle Barrieren einer Zwangsheterosexualität als gesellschaftliche Normalität und Homophobie wirken in dieser doppelten Realität der sexuellen Identität, die sich in der praktizierten Sexualität im Vollzug nicht wiederfindet. Wenn diese „Notlösungen“ über lange Zeit zur Gewohnheit sexueller Aktivität werden, repräsentieren sie Normalität unter den Inhaftierten, ohne offizielle Anerkennung und Verantwortungsübernahme. So entwickelt sich Homosexualität als Dunkelfeld, wo Prostitution z.B. zur Drogenbeschaffung oder Vergewaltigungen stattfinden ohne offen als Realität anerkannt zu werden.

Gerade unter dem Aspekt „Infektionsschutz“ erhält die Praxis verdeckter Homosexualität Relevanz. Während weibliche Homosexualität nach dem gegenwärtigen Forschungsstand als wenig infektionsrisikobehaftet gilt, ist männliche Homosexualität aufgrund hochriskanter Sexualpraktiken aus infektionsprophylaktischer Sicht als möglicher Transmissionszusammenhang zu bewerten. Selbst wenn Kondome in der Anstalt zur Verfügung stehen, was nicht durchgängig selbstverständlich und kostenlos erfolgt, läßt sich angesichts der abgespaltenen und häufig verleugneten Realität von gelebter Sexualität von den einzelnen Inhaftierten ein formulierter Bedarf an Kondomen nicht erwarten. Allein ein niedrigschwelliger und anonymisierter Zugang zu Kondomen könnte den individuellen Konflikt mildern und eine Annah-

mebereitschaft als Infektionsschutz steigern. Dieser Zugang ist jedoch in den meisten Anstalten nicht umgesetzt: vorwiegend sind Kondome beim Kaufmann erhältlich (in der Regel alle zwei Wochen), oder sie sind beim Arzt verfügbar (setzt Arzttermin voraus). Vereinzelt werden Kondome auch im Sozialdienst ausgelegt.

Personalkommunikative Präventionsmaßnahmen von z.B. safer-sex-Schulungen müssen sich zunächst mit der Barriere der Sprachlosigkeit über Sexualität und homosexuelle Praktiken vor allem im Männer-vollzug auseinandersetzen. Bevor infektionsschutzwirksame Maßnahmen von risikoarmen sexuellen Praktiken thematisiert und bekanntgemacht werden können, gilt es, eine Arbeitsatmosphäre herzustellen, in der sich Vertrauen, Offenheit und Annahmehbereitschaft entwickeln können. Dazu ist eine zielgruppenadäquate Sprache nötig, die nahe genug an die alltagspraktischen Erfahrungen der Inhaftierten heranhöhrt, gleichzeitig aber auch eine sachliche, themenzentrierte Distanz wahrt. Es ist eine sensible Integration von intimen, z.T. schambesetzten individuellen Anteilen und versachlichten Informationen zu safer-sex-Praktiken und Schutzmethoden zu leisten. Das Erfahrungsspektrum Sexualität bei inhaftierten Frauen durchzieht häufig, gerade bei Drogenkonsumentinnen, noch andere biographische Erlebnishintergründe: Prostitutionserfahrungen, sexuelle Gewalterlebnisse. Bei safer-sex-Angeboten ist immer davon auszugehen, daß diese Erlebensbereiche prägenden Einfluß auf die sexuellen Selbstverständnisse und Identitäten der betroffenen Frauen genommen haben und bei der Thematisierung von sexuellen Praktiken und Präfe-

renzen unter dem Schwerpunkt Infektionsschutz mitschwingen und reaktivierende Auswirkungen für die betroffenen Frauen haben können. Es gehört zum Verantwortungsbereich von safer-sex-Schulungen, diese Zusammenhänge konzeptionell zu berücksichtigen und Formen der Vermittlung zu entwickeln, die auffangende und stützende Anteile enthalten.

Die beschriebenen Hintergründe von gelebter Sexualität im Vollzug, auf die sich die Anforderungen an eine Infektionsprophylaxe beziehen müssen, verdeutlichen, daß eine Schulungs- und Sensibilisierungsarbeit für risikovermeidende, -arme sexuelle Verhaltensweisen effektiv nur durch MitarbeiterInnen externer Dienste zu gestalten ist.

1.4 Zur gesundheitlichen Lage inhaftierter DrogenkonsumentInnen

Bei der Darstellung der gesundheitlichen Lage beschränken wir uns auf die Verbreitung viraler Infektionen (HIV und Hepatitiden), weil vor allem an diesen existentiell bedrohenden Infektionskrankheiten gesundheitliche Belastungen und Veränderungsbedarfe deutlich werden. Außerdem liegen zur Mortalität und Morbidität drogenabhängiger Gefangener nur wenig Daten für Deutschland vor.

HIV/AIDS

Die Daten des AIDS-Fallregisters und Meldungen nach der Laborberichtsverordnung über HIV Infektionen beim Robert-Koch-Institut bestätigen sowohl eine Stabilisierung der HIV-, als auch der AIDS-Inzidenz unter i.v. DrogenkonsumentInnen in den letzten Jahren. Während es also bei einem großen Teil der i.v. DrogenkonsumentIn-

nen offenbar zu erheblichen Verhaltensänderungen gekommen ist, lebt und konsumiert gleichwohl ein nicht unbeträchtlicher Teil nach wie vor riskant, insbesondere an Orten, wo saubere Spritzbestecke nicht uneingeschränkt verfügbar sind (Hamouda et al. 1996, S. 12). Die im folgenden vorgestellte Datenlage über HIV-Prävalenz und HIV-Transmission im Vollzug ist jedoch widersprüchlich: Die Landesjustizverwaltungen gehen von einer überwiegend geringen bis rückläufigen Anzahl HIV-Antikörper-positiver Gefangener und einer geringen Dunkelziffer mit einigen wenigen bekannten Fällen von Serokonversionen aus. Demgegenüber kommen externe Untersuchungen bezüglich HIV-Infektion und Haftaufenthalt (bei dort fortgesetztem intravenösen Drogenkonsum) zu abweichenden empirischen Ergebnissen, mit eindeutig höheren Betroffenenzahlen und statistisch signifikanten Korrelationen von HIV-Infektion und Haftaufenthalt.

Die Zahl der mit HIV-infizierten Inhaftierten wird in Deutschland von offizieller Stelle (BMG 1995, S. 6) bei den Männern zwischen 0,12%-2,8% und bei den Frauen zwischen 0,48% und 8% der Gefängnisbelegung angegeben (am Stichtag: 31.12.93 bzw. 31.3.94 waren den Justizbehörden bekannt: 406 Männer, 55 Frauen als HIV-positiv und 42 Männer und 15 Frauen als an AIDS erkrankt; BMG/BMJ 1995, S. 6). Diese Zahlen müssen mit den oben skizzierten Einschränkungen bzgl. der Dunkelziffern versehen werden. Nur wenig empirische Befunde lassen sich zur Verbreitung von HIV in der Hauptbetroffenengruppe der drogenabhängigen Gefangenen anführen, die ebenso den oben ausgeführten Einschränkungen in der Aussagekraft un-

terliegen: Keppler/Nolte/Stöver (1996, S. 102) fanden bei 255 HIV-getesteten i.v. drogenabhängigen Gefangenen in der Frauenhaftanstalt in Vechta in 13 Fällen (5,1%) einen positiven Befund. Albota (1993, S. 8) fand in ihrer Analyse der HIV-Epidemiologie im Hamburger Strafvollzug eine HIV-Prävalenz von 2,2% (69/3194), in 4,2% der Fälle (34) wurde von den Befragten ein i.v. Drogenkonsum angegeben. Ein Jahresvergleich 1992-1993 der HIV-Prävalenz intravenös Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug wird ein Rückgang der HIV-Prävalenz der inhaftierten i.v. Drogenabhängigen von 4,3% (1992) auf 2,1% (1993) festgestellt. Begründet wird dieser Rückgang mit dem vermehrten Eintritt und der überproportionalen Repräsentanz von HIV-positiven Drogenabhängigen in Hamburger Substitutionsprogrammen (und durch deren geringere Straffälligkeit sind sie auch weniger im Strafvollzug vertreten), und dem jüngeren Altersdurchschnitt (Albota u.a. 1995, S. 131f). In Baden-Württemberg ist bei einer 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).

Mehrere Studien außerhalb des Strafvollzuges belegen eine enge Korrelation zwischen dem ehemaligen Aufenthalt im Strafvollzug und der Verbreitung o.g. Infektionskrankheiten (Kleiber 1991, S. 35; Müller u.a. 1995). Stark/Müller (1994, S. 2) weisen in ihrer Studie mit über 1.000

befragten Drogenabhängigen aus, daß „bei Personen, die während der Haft häufig fremde Spritzen benutzten, (war) das HIV-Infektionsrisiko um über das 10fache höher als bei denen, die niemals inhaftiert waren. Von denjenigen Fixern, die in Haft häufiger als 50mal fremde Spritzen benutzt hatten, waren 50% mit HIV und 97% mit dem Hepatitis C-Virus infiziert, während die entsprechenden Infektionsraten bei denjenigen, die nie inhaftiert gewesen waren, bei 5% bzw. 71% lagen“.

Kleiber (1991, S. 35) hat ebenfalls einen zwingenden Zusammenhang zwischen dem Aufenthalt im Strafvollzug und der Verbreitung der HIV-Infektion hergestellt: In seiner differentiell-epidemiologischen Untersuchung der HIV-Prävalenz bei DrogengebraucherInnen (N=1253) stellte er eine Prävalenzrate von 19,9% fest. Eine vertiefende Analyse ergab, daß DrogengebraucherInnen ohne Hafterfahrung (N=499) zu 10% HIV-AK-positiv waren, mit Hafterfahrungen waren bereits zu 26% und diejenigen, die darüber hinaus noch angaben, auch in der Haft intravenös appliziert zu haben, waren zu 33,7% HIV-positiv. Mit den Haftepisoden steigt die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion, bei den untersuchten Frauen war dies am ausgeprägtesten: „Über 40% (29/70) der mehr als dreimal inhaftierten Fixerinnen waren mit HIV infiziert. Dieses Ergebnis stellt den deutlichsten Einzelzusammenhang zwischen HIV und einer anderen Variable dar“ (Kleiber 1995, S. 16).

Diese Ergebnisse werden von Koch/Ehrenberg (1992, S. 48) in ihrer Untersuchung (N=660) bestätigt: Sie fanden eine doppelt so hohe HIV-Prävalenz bei Befragten i.v. DrogenkonsumentInnen mit

Hafterfahrung (23,7%) gegenüber Nicht-Hafterfahrenen (12,5%). Die HIV-Prävalenz von Frauen mit Hafterfahrung war dreimal höher als bei Frauen, die nie im Gefängnis waren.

Hepatitis

Hepatitis-Infektionen haben sich außerhalb des Vollzuges unter i.v. Drogenkonsumenten trotz bereitstehender infektionsprophylaktischer Hilfsangebote massiv verbreitet. Dies ist z.T. darauf zurückzuführen, daß die Hepatitis-Viren sehr viel resistenter gegenüber Umwelteinflüssen und demgemäß zeitlich längerfristig 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 (gemeinsame Benutzung von Spritzen oder Spritzutensilien bzw. Drogen, etc.). Zudem ist das Risiko einer Infektion schon bei vereinzelter oder auch einmaliger Unachtsamkeit bzgl. des hygienischen Verhaltens enorm hoch aufgrund der hohen Hepatitis-Durchseuchungsrate bei i.v. Drogenabhängigen. Einzelne in Deutschland ausgeführte Prävalenzstudien ermittelten in ihren Kollektiven eine Hepatitis-B-Verbreitung von 36,6% bis 58% (Heckmann 1993; Stark et al., 1995; Gößling 1997) und eine Hepatitis-C-Verbreitung zwischen 43,9% und 83% (Heckmann et al., 1993; Stark et al., 1995; Gößling 1997).

Bei einer Analyse der amtlich gemeldeten Hepatitisinfektionen außerhalb des Justizvollzuges stellten Rieger-Ndakorerwa et al. (1994) eine relative und absolute Zunahme vor allem der infektiösen Hepatitis

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

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

Mittlerweile ist auch der Strafvollzug für diese Infektionskrankheit sensibilisiert. Im Justizvollzug scheinen Hepatitis-Infektionen sehr viel stärker verbreitet zu sein als außerhalb. Zu dieser Einschätzung haben verschiedenen Forschungs- und Dokumentationsarbeiten über Prävalenz und Serokonversionen beigetragen.

Gaube et al. (1993) fanden in der JVA Wolfenbüttel eine 100-200fach erhöhte Häufigkeit der Verbreitung der drei Hepatitiden A, B und C im Justizvollzug als in der Normalbevölkerung.

Keppler/Nolte/Stöver (1996, S. 104) stellen bei einer Untersuchung in der niedersächsischen Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta Infektionsraten von 78% (Hep. B) und 74,8% (Hep. C) bei drogenkonsumierenden Frauen fest. 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.

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

Die bereits erwähnte schriftliche Befragung der Landesjustizbehörden (Weilandt/Rotily 1997) verdeutlichte, daß Eingangsuntersuchungen auf Hepatitiden entweder gar nicht oder nur bei medizinischer Indikation durchgeführt werden. Positive Hepatitis-Befunde werden bisher von keiner der Landesbehörden erfaßt. Eine Ausnahme bildet die Praxis in Baden-Württemberg: Auf Veranlassung des Justizministeriums Baden-Württembergs gehört seit 1995 die Hepatitis-C-Serologie grundsätzlich zur Eingangsuntersuchung der Gefangenen. Nach den vorliegenden Erkenntnissen weisen etwa 17% der Gefangenen einen positiven Hepatitis-C-Befund auf - der Anteil Drogenabhängiger darunter beträgt etwa 70%, wobei die Hälfte dieser Gefangener als infektiös eingestuft wird. Zwei Strafgefangenen haben sich wahrscheinlich während der Inhaftierung neu mit HCV infiziert³ (Goll 1997).

3 Der Justizminister berichtet von einer wahrscheinlichen HIV-Serokonversion aus der Justiz-

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

2 Die Arbeitsbedingungen von Bediensteten im Kontakt mit drogenkonsumierenden Inhaftierten

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Justizvollzuges sind in ihrem Arbeitsalltag mit dem im vorherigen Kapitel beschriebenen intramuralen Drogenkonsum und seinen sozialen und gesundheitlichen Folgeprozessen konfrontiert und in mehrfacher Hinsicht professionell gefordert: Integrationsleistungen von einerseits Kontrollauftrag und andererseits verständnis- und unterstützungsorientierten Anteilen ihrer Arbeit mit drogenkonsumierenden Inhaftierten, Auseinandersetzung mit hohen Morbiditäts- und Mortalitätsbelastungen z.T. langjährig bekannter betroffener Inhaftierter, Bewältigung arbeitsalltäglicher situativer Entscheidungsprozesse bei vollzuglichen Konsequenzen von Drogenkonsum in Haft oder bei Drogennotfällen. Darüber hinaus können sich persönliche Belastungen durch Unsicherheiten in Bezug auf die eigene Gesundheit und mögliche Infizierungsrisiken ergeben. Begründete und zum Teil unbegründete Infizierungsängste können in der Arbeit verunsichern

und möglicherweise zu irrationalen Strategien z.B. von Vermeidung direkter alltäglicher Kontakte mit potentiell von Infektionen betroffenen DrogenkonsumentInnen führen. Realistische Ängste und gesundheitliche Risiken können sich im Zusammenhang mit Stichverletzungen von gebrauchten Spritzen während Zellenrevisionen oder im medizinischen Dienst bestätigen. Werden die nachvollziehbaren Sicherheitsbedürfnisse der Bediensteten nicht immer wieder offiziell unterstützt und durch gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen und Aufklärungsarbeit kompensiert, entwickelt sich ein Arbeitsklima der allgemeinen Verunsicherung. In einer durch Verunsicherung beeinflussten Arbeitssituation sind Überforderung, Demotivierung, „burn-out-Syndrom“, Arbeitsbewältigungsstrategien im Spannungsfeld von Formalität bis Rigidität im Kontakt mit Inhaftierten als nachvollziehbare Konsequenzen möglich und erlauben insgesamt wenig produktive Entwicklungschancen für alle beteiligten Gruppen.

Innovative, schadensminimierende Ansätze in der vollzuglichen Drogenarbeit können nur dann ohne Polarisierungen⁴ und konfliktfähig realisiert werden, wenn diese von den Bediensteten mitgetragen werden. Daher ist es wichtig, diese Gruppe in Aus- und Fortbildungsangebote einzubeziehen, die ihnen mehr Informationen, ein verbessertes Verständnis der Problematik Drogenkonsum und Infektionskrankheiten und eine Standortbestimmung der persönlichen Tätigkeitsschwerpunkte und Zielorien-

vollzugsanstalt Bruchsal im Jahre 1996 (Goll 1997).

4 Vgl. die Konflikte um die Einführung eines Spritzenumtauschangebotes in Berliner Strafanstalten. In: Der Vollzugsdienst 3/97, S. 12ff

tierung einer möglichen Veränderung vermitteln könnten⁵.

Kenntnisse der Drogen- und Infektionsproblematik sollten vermittelt und zu einem weiteren Verständnis für die besondere Lage drogenabhängiger und möglicherweise HIV/Hepatitis-infizierter Gefangener und zu einem differenzierten Umgehen mit diesen Problematiken führen. Dabei scheint es insbesondere wichtig, neben der seit 10 Jahren stattfindenden Sensibilisierung gegenüber der Krankheit AIDS auch über die insbesondere unter Drogenabhängigen stark verbreiteten Infektionskrankheiten Hepatitis A, B und C aufzuklären.

Bei der Schulungsarbeit für Bedienstete läßt sich durchaus auf Kompetenzen und Erfahrungen im Umgang mit (legale und illegale) Drogen konsumierenden Gefangenen zurückgreifen, denn der Vollzugsalltag erfordert von den Bediensteten ständige Entscheidungskompetenzen. Wichtig erscheint eine Kenntnis des institutionellen externen Bezugs- und Unterstützungsrahmens für Drogenabhängige und das Betreuungsangebot der eigenen Institution. Gerade diese Kenntnis ist die Grundlage einer vernetzten und informierten Arbeit und entlastet die Bediensteten von Universalansprüchen und -erwartungen.

Ein in externen Arbeitsbezügen durchaus relevanter Ansatz der suchtbegleitenden Unterstützung erscheint angesichts oben

angeführter Zusammenhänge im Strafvollzug unter verschiedenen Gesichtspunkten begrenzt und z. T. realitätsfern:

- ⇒ Die Beachtung differenter psychosozialer Dynamiken verschiedener Drogen und Drogenkonsumsettings mit unterschiedlichen Abhängigkeits- bzw. Suchtverläufen bleibt unter Umständen aus.
- ⇒ Das in Quantität und Qualität herausragende Drogenproblem in Haft ist intravenöser Drogenkonsum gekoppelt mit spezifischen Infektionsrisiken.
- ⇒ Abstinenzorientierte Beratungs- und Betreuungsangebote sind im Strafvollzug i.d.R. durch interne Fachdienste (Suchtberatungsdienst, Medizinischer Dienst) und externe Einrichtungen (regionale Drogenberatung, Suchtberatung) abgedeckt.
- ⇒ Der Umgang mit inhaftierten DrogenkonsumentInnen im Arbeitsalltag ist nicht durch abstinenzorientierte Entwicklungsschritte Betroffener gekennzeichnet, sondern durch eine Realität von Drogengebrauch mit all seinen sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Folgeerscheinungen im täglichen Arbeitskontakt und mit entsprechenden Anforderungen an Bedienstete.
- ⇒ Die Unausweichlichkeit der anstattlichen Situation hat Auswirkungen auf die Arbeitsmethoden und -inhalte: Methodisch etwa sind Gruppenarbeiten oftmals problematisch, weil in ihnen nur bedingt Offenheit zugelassen werden kann. Inhaltlich können solche Themen nicht bearbeitet werden, die Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten erfordern.

5 Beispielhaft sei auf die Fortbildungsveranstaltung für Bedienstete des Justizvollzuges des Landes Bremen mit der einjährigen Fortbildung „Der Umgang mit Rauschmittelabhängigkeit im Strafvollzug“ hingewiesen; vgl. auch die Fortbildungsarbeit in der JVA Essen (Schwemer 1997)

Die Beachtung der angesprochenen Prämissen der Arbeitsanforderungen an Bedienstete läßt neben abstinenzunterstützenden vor allem die Notwendigkeit suchtbegleitender/akzeptanzorientierter/schadensminimierender Perspektiven in Bezug auf Drogenkonsum in Haft als Fortbildungsrichtung deutlich werden.

Ein Eingehen auf die beschriebenen komplexen sozialen Zusammenhänge erfordert eine mehrdimensionale Ausrichtung der Fortbildungsinhalte: Vermittlung von Kenntnissen und Fachwissen, Reflexion von Einstellungen und Haltungen, Handlungsoptimierung, Kompetenzerweiterung, Unterstützung von Entlastungsstrategien und Psychohygiene im Arbeitsalltag.

3 Gesundheitsförderung als Anspruch in der Präventionsarbeit mit drogenabhängigen Inhaftierten

Die Diskussion über Inhalte, Ziele, Methoden und Organisation einer Förderung von Gesundheit hat in der 1986, auf der „First International Conference on Health Promotion“ in Ottawa/Kanada verabschiedeten OTTAWA CHARTA eine Grundlage erhalten. Darin wurde der Grundgedanke von Gesundheitsförderung, folgendermaßen formuliert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl ein-

zelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinn ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. ... Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann wietestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können.“

Die Kernaussage lautet: Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluß auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen. Dieser Prozeß kann aber nicht ohne die Schaffung und Veränderung entsprechender sozialer, politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen erfolgen.

Wie kann nun dieser Gedanke einer umfassenden Gesundheitsförderung auf die Menschen in der Institution Strafvollzug übertragen werden?

Daß es grundsätzlicher Veränderungen bedarf, geht aus der im vorausgehenden Kapitel beschriebenen Ausgangslage der gesundheitlichen Verfassung drogenabhängiger Gefangener hervor. Die traditionellen Hilfen sind nicht ausreichend, den gesundheitlichen Risiken eines Drogenkonsums vor dem Hintergrund infektionsprophylaktischer Gefährdungen in Haft zu begegnen. Bislang dominieren in den Justizvollzugsanstalten eindeutig abstinenzorientierte Hilfen. Eine Erweiterung der Hilfe auf suchtbegleitende und suchtakzeptierende, auf Schadensminimierung abzielende Konzepte ist dringend nötig. Damit

würde eine Angleichung an die außerhalb seit über 10 Jahren bestehenden Standards einer effektiven Drogenhilfe vorgenommen werden.

Doch in dem oben beschriebenen Gesundheitsförderungskonzept der Ottawa-Charta wird eine noch umfassendere Perspektive eingenommen, die grundsätzliche, strukturelle Veränderungen erfordert. Für den Strafvollzug würde dieses umfassendere Konzept bedeuten, die Institution als ein System zu betrachten, in dem auf mehreren Ebenen verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Interessen und jeweils spezifischen Lebens- und Arbeitswelten zusammentreffen - in einer umgrenzten geschlossenen räumlichen Einheit aufgrund bestimmter normativer Vorgaben. Das heißt, es gilt unter einem Gesundheitsförderungsaspekt nicht nur die (drogenabhängigen) Gefangenen zu betrachten, sondern sämtliche Gefangenen und Statusgruppen (Bedienstete) in ihren Interaktionen und die physischen, zeitlichen und organisatorischen Bedingungen der Anstalt mit in Überlegungen der Gesundheitsförderung miteinzubeziehen. Schließlich geht es darum, die Institution Gefängnis als ein System unter vielen zu begreifen und Verbindungen mit anderen Institutionen herzustellen (kommunale/regionale Hilfeorganisationen, Familie, Arbeit etc.).

Die Schwierigkeit eines solchen „Healthy Prisons“-Konzeptes scheinen darin zu liegen, daß gerade die Kernelemente der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta formuliert werden, im Strafvollzug äußerst schwer realisierbar scheinen: Die Konzeption der Gesundheitsförderung, wie sie von der WHO vertreten

wird, betont die Elemente Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Selbsthilfe des Einzelnen oder größerer Kollektive, Partizipation und politische Einflußnahme. Die Lebensbedingungen für Strafgefangene, so wie sie in Kap. 2 beschrieben sind, müssen dagegen charakterisiert werden mit den Begriffen Fremdbestimmung, Unselbständigkeit, Passivität, Lethargie, Versorgungshaltung, Fremdhilfe, geringe Partizipationschancen an Veränderungsprozessen und politischer Einflußnahme. Gerade was die unmittelbar gesundheitlichen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten anbelangt, werden zentrale, Autonomie ausdrückende, Rechte den Gefangenen nicht zugestanden: z.B. die freie Arztwahl, nach Vertrauen und persönlicher Einschätzung der Fähigkeiten, ist im Vollzug nicht gegeben.

Nach Antonovsky (1979)⁶ tragen drei Faktoren maßgeblich zur Gesundheit bei:

„Individuen und Gruppen bleiben eher gesund, wenn

- Belastungen, Zumutungen und Anforderungen, mit denen sie konfrontiert werden, vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility)
- Möglichkeiten zur Reaktions- und Handlungsfähigkeit und zur Erzielung von Effekten auf diese Ereignisse gegeben sind (manageability), und
- die Möglichkeit besteht, daß individuelle oder kollektive Ziele angestrebt und/oder auch erreicht werden können (meaningfulness)“.

Wenn man diese drei Ebenen vor dem Hintergrund des Strafvollzuges diskutiert

6 zusammengefaßt bei Rosenbrock (1993, S. 6f)

wird deutlich, daß die (drogenabhängigen) Gefangenen grundsätzlich eingeschränkte Möglichkeiten zur Gesunderhaltung besitzen. Die im dritten Faktor geäußerte Kontrollüberzeugung wird im Strafvollzug nur gebrochen auffindbar sein. Und auch die Belastungen und den Reaktionsmöglichkeiten darauf sind bei längerer Inhaftierung weder vorhersehbar noch abwendbar. Zudem werden Gefangene aufgrund ihrer gesellschaftlichen Absonderung vermehrt über keine positiven Selbstkonzepte verfügen, die gesundheitsbezogene Verhaltensweisen nach sich ziehen, sie erzeugen oder sie unterstützen könnten.

Das auf Antonovskys Theorie der Salutogenese (1979) aufbauende von Becker (1992, 100) entworfene Konzept 'Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit und Krankheit' geht davon aus, daß Gesundheit des Individuums darüber definiert wird, welche externen und internen Ressourcen ihm zur Verfügung stehen, um Lebensanforderungen erfolgreich zu bewältigen. Unter externen Ressourcen werden die in der Umwelt vorhandenen psychosozialen und physischen Kapazitäten, wie z.B. günstige Bedingungen am Arbeitsplatz verstanden. Unter internen Ressourcen werden „psychische Ressourcen, wie eine hohe seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft, sowie physische Ressourcen im Sinne günstiger angeborener oder erworbener konstitutioneller Dispositionen gefaßt (nach Schönbach 1995, 10). Es muß davon ausgegangen werden, daß insgesamt diese protektiven Faktoren bei Gefangenen gering ausgeprägt sein werden.

Trotz aller Einschränkungen durch die Strafvollzugsrealität, ist zu prüfen, inwie-

weit das Konzept Gesundheitsförderung in modifizierter und eingeschränkter Form auf den Strafvollzug übertragbar ist und welche Konsequenzen das für die Organisation der Institution „Strafanstalt“ und damit verbundene Institutionen besitzt.

Ein anschaulicher Beweis für eine Annäherungsmöglichkeit an die in der Ottawa-Charta beschriebenen Ziele stellt die Spritzenvergabe für Gefangene dar. Mit der Bereitstellung derselben infektiöspröphylaktischen Schutzmöglichkeiten drinnen wie draußen, kommt man dem Ziel näher, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Es wäre zu untersuchen, welches gesundheitsförderliche Potential entsprechend den in der Ottawa-Charta formulierten Handlungsbereichen im gesamten System Strafvollzug entwickelt werden kann.

3.1 Gesundheitsfördernde Maßnahmen im Strafvollzug zwischen Glaubwürdigkeit und sozialer Kontrolle

Die Wirksamkeit einer gesundheitsfördernden (Präventions-)Praxis läßt sich nur vor dem Hintergrund der spezifischen gesellschaftlichen Realität beurteilen, auf die sie sich richtet. „Es gibt kein 'eigentlich' effektives Konzept, wenn es nicht unter den gegebenen sozialen Bedingungen in der angestrebten Weise effektiv ist.“ (Kühn 1993)

Ist Strafvollzug der Adressat von Präventionsvorhaben bzw. die Gruppe der drogenkonsumierenden Inhaftierten, müssen angesichts o.a. Aussage die Lebensbedingungen unter Haft berücksichtigt und der

spezifische Lebensweltbezug hergestellt werden. Ein solches Vorhaben ist nicht eindeutig vollziehbar, da antagonistische Interessen und entgegengesetzte Bedürfnisse der unterschiedlichen Statusgruppen des Strafvollzugs aufeinandertreffen. Der Vollzugsalltag ist geprägt von offenen und verdeckten Realitäten und Subkulturbildungen unter den Inhaftierten (z.B. Drogenkonsum in Haft findet verbunden mit Geheimhaltestrategien statt), haftinterne Hilfsmaßnahmen werden notwendigerweise unter dem grundsätzlichen Kontrollauftrag von Strafvollzug subsumiert (z.B. Maßnahmen der Drogenhilfe werden durch kontrollorientierte Interventionen, wie Urinkontrollprogramme, begleitet). Der mögliche Kontrolleffekt von Unterstützungsangeboten im differenzierten System 'Strafvollzug' ist allgegenwärtig, Mißtrauensbildungen und Scheinanpassungen beeinflussen das Verhalten und die Annahmefähigkeit von Unterstützung durch die Inhaftierten. Diese Dynamik wirkt auch bei Interaktionsprozessen unter gesundheitsförderlichen Absichten. Präventionsangebote verfolgen immer eine „Doppelfunktion von 'Hilfe und Kontrolle' für die Betroffenen“ (Kaupen-Haas/Rothmaler 1995, S. 5). Prävention bezieht sich vordergründig und intentional auf eine (positive) Beeinflussung dessen, was als gesundheits-schädigendes Verhalten ausgemacht wird. Ein möglicher gesundheitsfördernder Nutzen von Prävention, der eine Beeinflussung von individuellem Verhalten und sozialen Verhältnissen begründet, verstellt leicht den Blick auf die Kehrseite: Prävention bedient sich auch der Definitionsmacht über gesellschaftliche Normalität und Normabweichung und ihre Maßnahmen können zu Normierungs- und Anpassungs-

prozessen beitragen. „Hier können sich helfend-unterstützende oder schützende und repressiv-kontrollierende Maßnahmen bis zur Austauschbarkeit verwischen.“ (ebenda, S. 10) Aus dieser Perspektive wird Prävention zur Agentin sozialer Kontrolle.

Die beschriebenen Zusammenhänge sind für die Präventionsarbeit mit drogenabhängigen Inhaftierten evident: Drogenkonsum findet als illegale Handlung in einem System statt, das gerade für dieses, außerhalb praktizierte Verhalten bestrafen soll. Eine Initiierung von offenen Diskursen über gesundheitsschädigende Drogenkonsumpraktiken und safer-use Trainings wird immer von der Angst der Zielgruppe vor (sozialer) Kontrolle begleitet, auch wenn diese Präventionsarbeit von externen Fachleuten mit professioneller Distanz zum Vollzug angeboten wird. Die gegensätzlichen Aspekte von Prävention, Signale von Hilfe und Kontrolle gleichzeitig auszusenden, sind strukturell verankert und lassen sich nicht aufheben. Trojan stellt Bewertungen einseitiger KritikerInnen infrage, „die sich ganz ausschließlich auf die möglichen Kontrollaspekte jedweder präventiver Bemühungen konzentrieren, sich vor „Gesundheitsförderung“ mehr fürchten als vor Gesundheitsgefahren“ (Trojan 1995, S. 126). Angesichts der in Abschnitt 1.4 skizzierten weitreichenden gesundheitlichen, lebensbedrohenden Konsequenzen von Drogenkonsum in Haft dürfte zunächst ein in diesem Sinne pragmatischer Umgang mit gesundheitsfördernden Maßnahmen trotz begleitender Widersprüchlichkeiten gerechtfertigt erscheinen.

Ein Bewußtsein über die Wirkzusammenhänge und ein verantwortungsvoller Um-

gang mit den beschriebenen „Neben- und Umkehreffekten“ sind nicht zuletzt deshalb geboten, weil sie Fragen der Zielgruppenangemessenheit und Akzeptanz tangieren. Die Methodik der beabsichtigten Präventionsmaßnahmen ist auf ihre inhärenten Kontrolleffekte hin zu überprüfen und den Bedingungen der Zielgruppe anzupassen.

Der Ansatz des „peer support“, der von Eigenkompetenz ausgeht und eine Ablösung von professioneller Prävention bezweckt, vermag es, Fremdkontrolle einzuschränken und eine eher selbstbestimmte, glaubwürdige und kontinuierliche Prävention gerade unter den Bedingungen von Strafvollzug anzuregen.

3.2 Die Ansätze von peer support/ peer education in der Arbeit mit inhaftierten DrogengebraucherInnen zur Risikovermeidung und Risikomanagement

Drogengebrauch vollzieht sich mit einem bestimmten Set von Erfahrungen, Regeln, Normen, übermitteltem Alltagswissen und technischem Know-How, das von anderen DrogengebraucherInnen erlernt und durch eigene Erfahrungen, aber in beständiger Kommunikation mit dem Umfeld, erweitert und verändert wird. In der Kommunikation der DrogenkonsumentInnen untereinander werden wichtige und handlungsleitende Vorsichtsmaßregeln, Tips, schadensminimierende Ratschläge, die Drogenwirkung intensivierende Hinweise, aber auch Warnungen, Bewertungen und Mythen ausgesprochen, oder im Modelllernen anderweitig transportiert und für den eigenen Alltag übernommen oder abgewandelt bzw. zurückgewiesen.

Diese Interaktion und alltagspraktische Unterstützung Gleichgestellter/Gleichgesinnter/Gleichaltriger, d.h. von Menschen in ähnlicher psychosozialer Lebenslage, wird im folgenden mit dem Begriff „peer-support“ bezeichnet. Dieser Begriff unterscheidet sich von dem der „Drogensozialisation“ (vgl. Marzahn 1994, S. 20), der die Gesamtheit aller Einflüsse meint, „aus denen sich tagtäglich und über Jahre hinweg unser Wissen, unsere Bewertung und unser tatsächliches Verhalten gegenüber Drogen ergeben...“, weil er stärker individuelle und kognitive Prozesse beschreibt. Mit dem Interaktionsbegriff „peer-support“ wird stärker auf die soziale, kommunikative und kulturelle Dimension der Lebenswelt Betroffener Bezug genommen, d.h. auf die Bedeutung sozialer Beziehungen und Kommunikationsstrukturen, als zentrale Ressourcen zur Herstellung von Identität, Wohlbefinden und zur Streßbewältigung. Soziale Beziehungen sind darüber hinaus von grundlegender Bedeutung für Realitätskonstruktion, Gefühlsregulierung, Sinnstiftung und Verhaltensorientierung. Schließlich erhalten soziale Beziehungen auch eine „hohe instrumentelle Bedeutung für Lebensqualität und Überleben in einer potentiellen bedrohlichen, unter- oder überfordernden Umwelt“ (Badura 1993, S. 74).

Zusätzlich zu diesen genannten Qualitäten der sozialen Beziehungen sind sie für DrogengebraucherInnen doppelt wichtig: Sie bewegen sich in illegalen Lebensbereichen (illegalisierte Drogen, kriminelle Aktivitäten zur Beschaffung und Finanzierung von Drogen, Prostitution) und sie können angesichts der Pluralisierung auch von Lebenslagen, Konsumgewohnheiten Drogen-

abhängiger nicht (mehr) auf einen größeren gemeinsamen, (sub-)kulturellen Hintergrund rekurren. Vertrauen, Nähe, Übersichtlichkeit, Identitätsstiftung entsteht und besteht vor allem in kleineren, engen sozialen Beziehungen, die im Alltagsmanagement eine zentrale Rolle einnehmen.

Der Drogenkonsum wird in sozialen Bezügen erstmalig aufgenommen, erlernt, weiterentwickelt. Dabei entsteht in der peer-group das Wissen über Drogenwirkungen (Gefahrenbewertung und Wirkungen des Mischkonsums, Aufkochen welcher Mengen, Mischung eines Cocktails etc.) und die technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Abbinden, Venensuche, Einstichwinkel bei der Injektion, Spritzenwahl). Diese gegenseitige Informierung und Beeinflussung sind von entscheidender Bedeutung für die Bildung eines Risikobewußtseins und eines daraufhin entwickelten Risikomanagements. Dieser Wissenstransport ist nicht-institutionalisiert, sondern spielt sich im Alltagsleben Drogenabhängiger „von selbst“ ab, ist informeller Bestandteil von Alltagshandeln und nicht von „offizieller Seite“ zu erwarten.

Das bedeutet jedoch nicht, daß alle Informationen richtig sind, die auf diesem Wege transportiert werden: Mythen, Verklärungen, „Ideologien“, unbegründbare Behauptungen und Falschinformationen sind hier genauso vorhanden, wie in anderen kommunikativen und sozialen Zusammenhängen. Denn es handelt sich im Bereich des intravenösen Konsums verschiedenster Substanzen durchaus um ein komplexes „Wissensgebiet“ mit mehreren Bereichen, in denen alltagstaugliche Kenntnisse zwar gefordert, aber nicht immer vorhanden sind:

- ⇒ Hygiene (Desinfektionsmethoden der Spritze, sterile Injektionsutensilien, Desinfektion der Einstichstelle...)
- ⇒ Medizin (Wo verlaufen Venen, die benutzt werden können, welche Gefahren bergen gewisse Injektionsorte, was kann man gegen einen shake machen ...)
- ⇒ Pharmakologie (Wirkungen und Nebenwirkungen unterschiedlicher Drogen, Mischkonsum, Abhängigkeitspotenzen ...)
- ⇒ Recht (Verhalten gegenüber der Polizei, vor Gericht, Zusammenhänge, „Wie kann ich den 35iger anschieben“, Sozialrecht ...).

„Hidden risks“ bestehen also und werden von DrogenkonsumentInnen nicht durchgängig erkannt und deshalb in der peer-group tradiert (vgl. Grund/Stern 1991). Als Beispiele seien hier nur genannt: mangelnde Hygiene und Infektionsrisiken beim Drogentausch, gemeinsame Verwendung von Spritzenutensilien, Spritzentausch aufgrund vermeintlicher Sicherheit durch ein negatives HIV-Antikörper-Testergebnis (Übertragungsgefahren von Hepatitis B und C).

Das Wissen der DrogenkonsumentInnen kann und muß aus gesundheitsfördernder Sicht von professioneller Seite ergänzt werden durch den Transport von Informationen, die alltagsrelevant, d.h. auf die Lebens- und Konsumbedingungen Betroffener abgestimmt sind. Transporteure in diesem Prozeß können Betroffene, Gleichgestellte selbst sein, die mit einer überzeugenden Authentizität ausgestattet, mindestens jedoch zielgruppenerfahrene Personen sind, die glaubwürdig peer-group-relevante Inhalte vermitteln können. Die-

ser Übermittlungsprozeß wird mit dem Begriff „peer-education“, die Einbeziehung der Betroffenen als „peer-involvement“ beschrieben. Wieder macht ein Abgrenzungsbegriff die besondere Qualität und den Charakter von „peer-education“ deutlich: Unter dem Begriff „Drogenerziehung“ (Marzahn 1994, S. 20) wird die bewußte und planmäßige pädagogische Einwirkung auf Kinder und Jugendliche in Sachen Drogen verstanden. Der pädagogische Impetus wird in entsprechenden Aufklärungsbüchern, Leitfäden, Unterrichtseinheiten, Filmen zu drogenbezogenen Themen besonders deutlich, weil er sich zu meist auf die Beendigung eines Verhaltens (Abstinenz) bezieht, das die Zielgruppe jedoch in der Regeln nicht bereit ist, ohne weiteres zu beenden, sondern das in ihrer entwicklungspsychologisch wichtigen Sozialisationsphase bestimmte Bedeutungen, Symbolunterlegungen und Funktionen erhält. Von der inhaltlichen Schwerpunktsetzung und ehemaligen mainstream-Orientierung der Abstinenzdominanz abgesehen, muß festgehalten werden, daß es formal, didaktisch keinen Dualismus zwischen traditionellen Konzepten der Erwachsenenpädagogik und Konzepten von peer-involvement gibt: „Klar ist, daß sich Erwachsenenpädagogik (also wo Erwachsene Kinder und Jugendliche erziehen) und peer-Involvement-Konzepte in jedem seriösen Konzept durchdringen (Bauch 1997, 35).

Bauch (1997, 35) hat weiterhin deutlich gemacht, daß es keine reinen peer-Strategien gibt: „Das Konzept, die Rahmenbedingungen sind gesetzt durch nicht peers, die peer-Berater beispielsweise beim peer-counselling müssen durch nicht peers ein-

gewiesen werden, die peers sind die Vollstrecker einer nicht-peer-Strategie, auch und gerade dann, wenn die professionellen akademischen erwachsenen Berater beschließen, sich zurückzuhalten“. Allerdings wird im illegalisierten Drogenbereich mit hauptsächlich erwachsenen, z.T. bereits KonsumentInnen im dritten und vierten Lebensjahrzehnt ein grundsätzlicher Unterschied zur peer education mit Jugendlichen deutlich: Die erwachsenen Nicht-Peers wissen in aller Regel über die illegalisierten Lebensbereiche, Drogenkonsummuster, Injektionspraktiken, Sexualität in der Prostitution relativ ungenau Bescheid. Um tiefgehende authentische Risikominderung zu betreiben, sind sie geradezu angewiesen auf die Mitarbeit von aktiven GebraucherInnen - ebenso, wie die traditionelle Drogenarbeit auf „Ehemalige“ zurückgegriffen hat, um das „Leben auf der Szene“ oder Suchtdynamiken vor Schulklassen o.ä. zu verdeutlichen.

Peers haben hier die Funktion auf Fragen Antworten zu geben, oder selbst Fragen (zur Risikowahrnehmung und -abschätzung) zu eingeschliffenen Verhaltensweisen zu stellen, die wiederum neuen Handlungsspielraum eröffnen können .

Und weil die positiven Wirkungen der peer-Einflüsse auf die Internalisierung und Verstärkung von Lerninhalten immer deutlicher werden (ohne allerdings traditionelle Erwachsenenpädagogik und -bildung ersetzen zu können), sind sowohl formal-didaktisch als auch inhaltlich in vielen Drogenberatungssettings seit einigen Jahren Veränderungen in Ziel- und Mittelwahl vorgenommen worden: Es geht um die gemeinsame Suche nach individuellen Förderungen und Verbesserungen der Le-

benslage durch Informationen, durch Inanspruchnahme berechtigter sozialer und gesundheitlicher Hilfen. Die konkreten Konsumbedingungen blieben jedoch weitgehend ausgespart, teils weil man das „Expertenwissen“ der Betroffenen als vollständig und „richtig“, jedenfalls nicht von professioneller Seite erweiterbar, voraussetzte, teils, weil es deutliche Berührungängste mit diesem Thema gab, sowohl aus Gründen der Uninformiertheit Professioneller, als auch aus Gründen der professionellen Identität, die eine Auseinandersetzung mit dem Verhalten, das gerade Gegenstand der Bewältigung war, verbot.

Es fehlte lange vor allem an ethnographisch orientiertem Vorgehen, d.h. eine mit Betroffenen gemeinsam erarbeitete, regional bezogene Grundlage dessen, was an Wissen vorhanden ist, das wie von wem, wann und unter welchen Umständen in die Praxis einfließt: Was wissen wir tatsächlich darüber, über welche Themen sich DrogenkonsumentInnen untereinander austauschen, wie der Konsumeinstieg erfolgt, wie alternative Techniken (wie chinesisches Sniefen) probiert, erlernt werden, wie Risiken untereinander benannt und erörtert werden. Fragen schließen sich aber auch für den sexuellen Bereich an: Wann und wann nicht werden Kondome in partnerschaftlichen und beruflichen Sexualkontakten eingesetzt, welche Techniken können erlernt werden, um Kondome gegenüber Freiern durchzusetzen, welcher Schutz besteht vor ungewollten Praktiken?

Um insbesondere Fragen bezüglich des Drogenkonsums nachzugehen, haben Barendregt/Trautmann (1996) in beispielhafter Weise Interviews von „peer inter-

viewers“⁷, mit Betroffenen in vier europäischen Städten (Antwerpen, Dublin, Frankfurt/M. und Montpellier) durchgeführt. Die Resultate dieser Interviews vermitteln einen ersten Eindruck davon, welche Konsumveränderungen, welche szenespezifischen Regeln für eine/n „gute/n Spritzer/in“ gelten, welche Tips für NeueinsteigerInnen gegeben werden, aber auch welche Fehlerquellen innerhalb einer Drogenkarriere von den Betroffenen selbst konstatiert werden. Bestätigt wird deren Hypothese, daß ältere (durchschnittlich 27,2 Jahre) ihre Fähigkeiten an jüngere DrogenkonsumentInnen (durchschnittlicher Start des intravenösen Konsums 20,6 Jahre) weitergeben.

Praktisch arbeitende peer-support-Projekte sind vor allem aus dem europäischen Ausland (Niederlande, Belgien) bekannt. Zwar hat es in Deutschland immer eine Beteiligung ehemaliger DrogenkonsumentInnen an der Drogenhilfe gegeben, doch handelte es sich hier vor allem um den drogenfreien Bereich der Drogenhilfe. Auch hier war Authentizität von großer Bedeutung für den Ausstieg aus der Drogenkarriere, die Bewältigung von Rückfällen etc. Das Wissen und den besonderen Zugang von bezahlten (ehemaligen oder Noch-) DrogenkonsumentInnen als Schlüsselpersonen zu DrogenkonsumentInnen zu nutzen, scheiterte oftmals an Fragen der Nähe und der mangelnden Distanzierbarkeit. Gleichwohl sind diese Strategien erfolgreich

7 Griffiths u.a. (1993, S. 1617) weisen zu Recht darauf hin, daß der Begriff „peer group interviewing“ ersetzt werden sollte durch die Bezeichnung des eigentlich besonderen: den privilegierten Zugang zur Untersuchungspopulation (privileged access interviewer)

machbar: sowohl im safer-use-Bereich (vgl. Franken 1995; Schwerdt 1995; Trautmann/Barendregt 1995), als auch im safer-sex-Bereich für SexarbeiterInnen (Kersten 1993).

In den letzten Jahren hat sich auch die niedrigschwellige Drogenarbeit mit personal-kommunikativen (safer-use-Trainings, vgl. Heudtlass 1995) und instrumentellen Strategien (Erstellung von für die Betroffenen relevanten Print- und audio/visuellen Medien, vgl. Heudtlass/Stöver/Winkler 1995) jedoch zunehmend den Konsumbedingungen vor allem von Opiat- und KokainbenutzerInnen zugewandt. Deutlich wird jedoch zugleich auch, daß der zweite wesentliche Transmissionsweg für Infektionskrankheiten über ungeschützte Sexualkontakte innerhalb der Drogenhilfe nicht annähernd so offensiv und praxisorientiert angegangen wurde. Zwar existieren auch dafür Printmedien („safer work“) aber es fehlt an personal-kommunikativen Strategien (safer-sex“-Trainings). Dieses Defizit ist erklärbar aus der Tatsache, daß es wenig professionelle Vermittlung und Unterstützung gibt: Die Huren-Selbsthilfe-Bewegung fokussiert vor allem auf Professionelle, andere in Frage kommende Verbände haben oft Berührungängste im Umgang mit drogenabhängigen Prostituierten. Drogenberatungsstellen fühlen sich oftmals nicht zuständig für diesen Bereich.

Peer support in unserem Zusammenhang meint also die vielfältige Unterstützung von DrogengebraucherInnen durch DrogengebraucherInnen, die in vielfältiger Weise voneinander lernen: Für die DrogengebraucherInnen sind andere DrogengebraucherInnen die zentrale Bezugsgruppe in allen Fragen des Drogenumgangs. Dies

wird in einer Beschreibung der Drogenszenen als unsolidarischer Gemeinschaften häufig übersehen: Sicherlich gibt es allein aufgrund von Schwarzmarkt und Kriminalisierung ausgeprägte Egoismen und fehlendes Kollektivhandeln. Gleichwohl existiert eine alltagsgestaltende Kommunikation über Injektionstechniken, Vermeidung bestimmter Applikationen, Prüfung von Stoffqualitäten etc., so daß ein beständiges Risikomanagement stattfindet und dabei ständig wichtige, „nächstbeste Lösungen“ entwickelt werden.

Peer support bedeutet mit diesem Verständnis eine Weiterentwicklung der niedrigschwelligen Drogenarbeit, mit den Qualitäten:

- ⇒ ergänzende Strategie der Schadensminimierung
- ⇒ lebensweltorientierter Ansatz
- ⇒ betroffenennahes Vorgehen.

Peer support stellt eine Erweiterung der Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten von Betroffenen dar und muß im Spannungsfeld von professioneller Hilfe und Selbsthilfe diskutiert werden. Voraussetzung einer Integration dieses Ansatzes sind die wissenschaftlich untermauerten Erkenntnisse, daß

- ⇒ es im Sinne einer Authentizität von entscheidender Bedeutung ist, wer mit welchem Erfahrungshintergrund zu Verhaltensänderung aufruft,
- ⇒ Drogenabhängige gesundheitsriskantes Verhalten ändern können und wollen und bei der Bereitstellung äußerer materieller und instrumenteller Bedingungen dazu auch in der Lage sind.

Es muß niedrighschwelliger Drogenarbeit vermehrt darum gehen, Form und Inhalte dieser Betroffenen-Kommunikation und Handlungen zu analysieren: Welche Regeln und Rituale haben einen regulierenden Einfluß auf das Drogenkonsumverhalten? Wie können die Ergebnisse als Grundlage verstärkter Peer-support-Orientierung und lebensweltnaher Präventionsstrategien dienen? Ganz besonderer Schwerpunkt muß dabei auf zwei Bereiche gelegt werden:

- ⇒ Frauenspezifische Aspekte, weil bei Frauen durch Prostitution, sowohl in Bezug auf HIV als auch in Bezug auf die Hepatitiden, erhöhte Infektionsrisiken bestehen: Frauen sollen befragt werden über ihre Formen der Bewältigung der Prostitutionsanforderungen und damit einhergehenden infektionsrelevanten Risiken.
- ⇒ InsassInnen von Strafvollzugsanstalten, weil aufgrund des Fehlens von Infektionsschutzmöglichkeiten für drogenabhängige Gefangene besondere Risikosituationen entstehen, die in besonderer Weise bewältigt werden müssen.

3.3 Chancen und Möglichkeiten von peer-Ansätzen im Strafvollzug

Die oben ausgeführte peer-support-Strategie, d.h. also die Unterstützung von DrogengebraucherInnen für DrogengebraucherInnen trifft auf Bedingungen, die geradezu klassisch zu nennen sind, in Bezug auf die Forderung gesundheitsorientierten Verhaltens und die gemeinsame Eruiierung gesundheitsriskanter Praktiken im Drogenkonsum und der Sexualität. In beiden Bereichen besteht relativ gering ausgeprägtes Problembewußtsein - umso notwendiger

erscheint diese Unterstützungsform Gleichgestellter. Zudem ist eine hohe Kontinuität mehrfacher, aufeinander aufbauender Trainings zu erwarten im Vergleich zu draußen, wo Angehörige der Drogenszene(n) nur schwer in kontinuierlicher Form erreichbar sind. So kann ein dauerhafter Dialog im System Gefängnis mit Schlüsselpersonen und Betroffenen geführt werden. Dieser Dialog kann als Forum dienen,

- ⇒ gesundheitsrelevante Informationen immer wieder zu transportieren,
- ⇒ bereits vermittelte Lerninhalte wieder aufzufrischen.

Schließlich ist als Vorteil der Integration von peer-Ansätzen im Strafvollzug zu nennen, daß es sich dabei um kostengünstige Präventionsmedien handelt. Dies ist angesichts knapper Haushaltsressourcen gerade im Strafvollzug von großer Bedeutung.

3.4 Berücksichtigung der besonderen Rahmenbedingungen im Arbeitsfeld 'Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug'⁸

Der Ansatz von Schadensminimierung statt Abstinenzorientierung ist noch relativ neu für das System Strafvollzug. Dies gilt auch für die aktive Integration von DrogenkonsumentInnen und auch MitarbeiterInnen in harm-reduction-Seminare. Sowohl der Ansatz, als auch die Methode werden oft als Herausforderung, z.T. sogar als Bedrohung der tradierten Normen, Orientierungen und Arbeitsformen betrachtet. Dies gilt es, sowohl in der Vorbe-

⁸ vgl. Stöver/Trautmann 1998, S. 43ff

reitung als auch in der Durchführung von Seminaren zu beachten. Das heißt, die Seminare müssen rechtzeitig, unter Einhaltung der üblichen Kommunikations- und Kooperationswege zur Einholung von Erlaubnis und interner Unterstützung, organisiert werden. Die anstaltsinternen Bedingungen und „Spielregeln“ müssen gekannt und akzeptiert werden.

Die Anstaltsbedingungen zu kennen heißt auch, sich über Zusammensetzung der jeweiligen Zielgruppe zu informieren, Kontakt mit den dafür zuständigen MitarbeiterInnen, ggf. Personalrat und/oder mit der InsassInnenvertretung aufzunehmen, um Informations- und Fortbildungswünsche zu erfahren.

In die Planung und Durchführung sollten alters- und geschlechtsspezifische Aspekte einfließen: Safer-sex-Seminare für Jugendliche müssen anders gestaltet werden, als für erwachsene Frauen mit z.T. längerer Prostitutionserfahrung. Im vorliegenden Seminar gab es eine altersgemischte Gruppe, was ebenfalls vorteilhaft sein kann.

Seminare mit der Orientierung auf peer-support und harm-reduction zielen auf Kontinuität dieser Fortbildung: dort wo es hohe Fluktuationen gibt (bspw. meistens im Frauenstrafvollzug) ist der Baustein „peer-leader“, also Gefangene mit längeren Haftstrafen und hoher Akzeptanz in der Gruppe z.T. schwer umsetzbar. Hier müssen andere Formen gefunden werden: anstelle des peer-leader-Ansatzes sollte eine Unterstützung durch externe Multiplikatorinnen treten, die den Aspekte von Kontinuität repräsentieren (z.B. Selbsthilfegruppenmitglieder, AIDS- und/oder Drogen-Hilfen unter Einbeziehung ehemaliger Gefangener). Aber auch die Fortbildungs-

arbeit mit Bediensteten braucht Kontinuität in Form von Wissensauffrischungen. Es ist also wichtig von vornherein auf diese inhaltliche Kontinuität hinzuwirken und die vorhandenen Ressourcen zu aktivieren und wenn möglich zu vernetzen. Der Umgang mit drogenabhängigen Gefangenen und deren gesundheitlicher und sozialer Situation sollte als obligatorischer Bestandteil in die traditionelle Ausbildung und Fortbildungsarbeit für Bedienstete eingehen. Der Ort von Fort- und Ausbildung ist nicht unerheblich für den Lern- und Auseinandersetzungsprozeß: So können Fortbildungen für Bedienstete außerhalb der Anstalt mehr Offenheit im Umgang mit anstaltlichen Konflikten erzeugen, als innerhalb der Mauern. Seminare innerhalb haben den Vorteil, daß sie leichter zugänglich sind und in der Regel in Anlehnung an oder in den Dienstzeiten „konsumentInnenfreundlich“ sind.

Mit den Seminaren im Rahmen dieses Pilotprojektes konnte weder die oben angesprochene personelle noch die inhaltliche Kontinuität aufgebaut werden, sondern nur mögliche Vernetzungswege aufgezeigt werden und generell für den Arbeitsansatz „peer-support“ sensibilisieren. Eine Festigung dieser ersten Strukturen ist eine weitergehende Aufgabe der Kooperation zwischen externen Diensten und anstaltlichen Fachdiensten.

Die Arbeitsmethodik der peer-support-Projekte richtet sich zunächst nach den vorgegebenen Möglichkeiten. Einige Gefängnisse mögen Gruppenarbeit als Sicherheitsrisiko definieren, andere erlauben sowohl diese als auch Einzelgespräche. Während in der Einzelfallarbeit ggf. mehr zielgruppenrelevante Informationen vermittelt

werden können, steht die Dynamik, der Kommunikation und des gemeinsamen Lernprozesses in der Gruppe im Vordergrund. Auf dieser Basis sind überhaupt erst intensive lebensweltorientierte Austauschmöglichkeiten gegeben, die ggf. „hidden-risks“ thematisieren und problematisieren können. Die Anregung eines Klimas von peer-support erfordert gruppenorientiertes Arbeiten, in dem die besonderen Qualitäten der gegenseitigen Unterstützung „von gleich zu gleich“ erst zum Tragen kommen: Eine gemeinsam gestaltete Lernatmosphäre, unmittelbare Lebensweltnähe, direkte Erfahrungen von Lernerfolg, kommunikative Lernformen, die für die spätere Übernahme einer peer-leader-Position Voraussetzung ist.

Es kann auch fruchtbar sein, die verschiedenen Zielgruppen (Gefangene und Bedienstete) miteinander in Kontakt treten zu lassen, um Kommunikationsbarrieren und gegenseitige Vorurteile abzubauen und die 'Lebens- und Arbeitswelt Strafvollzug' des jeweilig Anderen besser zu verstehen.

Eine grundsätzliche und praktische Schwierigkeit besteht besonders im System Strafvollzug: Das Bekenntnis zum Drogenkonsum bedeutet für bislang unerkannte DrogenkonsumentInnen ein Offenlegen, das möglicherweise unter ungünstigen Anstaltsbedingungen negative Konsequenzen über das Auffälligwerden haben kann (verstärkte Kontrollen, Urinkontrollen vor Lockerungen etc.). Interessierte, bislang unauffällige

drogenabhängige Gefangene, können sich kaum zu solchen safer-use-Trainings anmelden, weil sie fürchten müssen, daß ihr Name erstmalig oder überhaupt mit Drogenkonsum in Verbindung gebracht wird. Anders ist die Situation der Gefangenen, die meinen, nichts mehr zu verlieren zu haben. Bei den safer-sex-Trainings kann ein Interesse vor allem im Männerstrafvollzug als „problembeladen im sexuellen Bereich“ von Mitgefangenen gedeutet und damit als normabweichendes Merkmal stigmatisiert werden. Die Teilnahmebereitschaft ist also immer Ausdruck für das jeweilige Vertrauens-, Akzeptanz- oder Kontrollklima in den Anstalten.

Der offene, offensive Umgang mit dem Thema „Drogenkonsum im Gefängnis“ kann schließlich von einigen - Bediensteten und Gefangenen - als Verharmlosung von Gefahren, die mit dem intravenösen Konsum verbunden sind, interpretiert werden. Dies könnte wiederum Anknüpfungspunkt für einen tiefergehenden Auseinandersetzungsprozess sein.

Zusammenfassend sei noch einmal betont, daß eine Initiierung von peer-support und harm-reduction-Aktivitäten im Justizvollzug einhergehen muß mit einer breitangelegten Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft, sowohl in den unterschiedlichen Ebenen und Fachdiensten innerhalb der Anstalt, als auch nach außen orientiert mit externen Präventionsfachkräften und Selbsthilfe-Organisationen.

Literatur

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, Abschlußbericht Bd. 1 Jugendberatung und Jugendhilfen, Frankfurt: (Selbstverlag)

ANTONOVSKY (1979): Health, stress and coping. London: Jossey-Bass

BADURA, B. (1993): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Weinheim/Basel: Beltz

BAUCH, J. (1997): Peer-Education and Peer-Involvement - Ein neuer Königsweg in der Gesundheitsförderung? In: Prävention 20, H.2/97, S. 35-37

BARENDREGT, C.; TRAUTMANN, F. (1996): With a Little Help from my Friends. A survey on non-intentional peer influences among drug users. Utrecht: (NIAD-Selbstverlag)

BECKER (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung - Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Köln: GwG-Verlag, S. 91ff

BMG/BMJ: Dokumentation der Expertenanhörung zu dem Thema „Drogen und

HIV-Prävention im Justizvollzug“. Bonn (Ms.), 22.2.1995

BREEDEK, U.F., ISELBORN, M.; ALTMANN, D.; REX, R. (1997): HIV und AIDS in Berliner Justizvollzugsanstalten. In: InfFo, 1/97, S. 13-21

DÜNKEL, F. (1996): Empirische Forschung im Strafvollzug. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bonn: Forum Verlag Godesberg

FRANKEN, I. (1995): „Boule de Neige“ - das euregionale Aids-Präventionskonzept. In: akzept (Hrsg.): Drogen ohne Grenzen: Berlin: VWB, S. 189f

GAUBE, J., FEUCHT, H.H., LAUFS, R., POLYWKA, S., FINGSCHIEDT, E., MÜLLER, H.E. (1993): Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. In: Gesundheitswesen, Vol 55(5), S. 246-249

GOLL (1997): Stellungnahme des Justizministeriums zur Frage „Spritzenvergabe in den Justizvollzugsanstalten“ v. 30.1.97. In: Der Vollzugsdienst 3/97, S. 8f

GÖBLING, H.-W. (1997): Klinischer Drogenentzug im Schnittpunkt zwischen akzeptierender und abstinenzorientierten Behandlungsstrategien. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2/97, S. 6ff

GRIFFITHS, R.; GOSSOP, M.; POWIS, B.; STRANG, J. (1993): Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues. In: Addiction 88, S. 1617-1626

GRUND, J.-P.C.; STERN, S. (1991): Die Drogensubkultur und betroffenennahen Ansätze zur HIV-Prävention. In: Stöver, H. (Hrsg.): Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen-

und AIDS-Hilfe. Bd. VI der Schriftenreihe AIDS-Forum D.A.H. Berlin: DAH-Selbstverlag, S. 129ff

HAMOUDA, O.; VOß, L.; SIEDLER, A.; ISELBORN, M. (1996): AIDS/HIV 1995. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1995. Robert-Koch-Institut, Heft 13/1996

HARTMANN, R. u.a. (1994): Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit - „Booster-Programm“. Baden-Baden: Nomos

HEUDTLASS, J.-H. (1995): „Safe use“ - Gesundheitstips für Drogengebraucher. In: Heudtlass, J.-H.; Stöver, H.; Winkler, P. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt: Fachhochschule

HEUDTLASS, J.-H.; STÖVER, H.; WINKLER, P. (Hrsg., 1995): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag

HECKMANN, W. u.a. (1993): Drogennot- und -todesfälle- Band 28; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit: Nomos: Baden-Baden

JACOB, J.; KEPPLER, K.; STÖVER, H. (Hrsg.) (1997): Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug. AIDS-FORUM DAH Bd. 28. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin

JUSTIZMINISTER SCHLESWIG-HOLSTEIN: Suchthilfekonzert für den Justizvollzug des Landes Schleswig-Holstein (Ms.) 1995

JUSTIZMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG (1994): AIDS-Prävention bei i.v.-drogengefährdeten Gefangenen. Brief an die Herren Leiter der Justizvollzugsanstalten v. 21.2.1994

KEPPLER, K.-H.; NOLTE, F.; STÖVER, H. (1996): Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. In: Sucht, H. 2/96, S. 98-107

KERSTEN, S. (1993): Eindsverslag Modelproject van het Netwerk Prostitutie Nijmegen. Nijmegen (SDN)

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.; 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

KOESTER, St.; BOOTH, R.; WIEBEL, W. (1991): The Risk of HIV Transmission from sharing water, drug mixing containers and cotton filters among intravenous drug users. In: The International Journal On Drug Policy, Vol. 1, Iss. 6, S. 28f

- KOMMISSION ZUR ENTWICKLUNG EINES UMSETZUNGSORIENTIERTEN DROGENKONZEPTES FÜR DEN HAMBURGER STRAFVOLLZUG (1995): Abschlußbericht der vom Justizsenator der Freien und Hansestadt eingesetzten Kommission. Hamburg (Ms.), Febr. 1995
- KRUMSIEK, R. (1992): Das Drogenproblem im Strafvollzug. in: ZfStrVo 5/92
- LAUFS, R. et al. Was bedeutet der Befund „HCV-Antikörper positiv“? In: Dt. Ärzteblatt 91, H. 5, 4.2.94, S. B-238-240, 1994
- LEUDSEN, R.; STARK, K. (1992): Infektionskrankheiten bei intravenös applizierenden Drogengebrauchern. In: Z. ärztl. Fortbildung 86, S. 709-716
- MARZAHN, Chr. (1994): Plädoyer für eine gemeine Drogenkultur. In: ders.: Bene tibi - Über Genuß und Geist. Bremen: Edition Temmen, S. 9ff
- MEYENBERG, R.; STÖVER, H; JACOB; J.; POSPESCHILL, M. (1996): Infektionsprophylaxe im Justizvollzug – Eröffnungsbericht zum Modellprojekt. Oldenburg: BIS-Verlag
- MEYENBERG, R.; STÖVER, H; JACOB; J.; POSPESCHILL, M. (1997): Infektionsprophylaxe im Justizvollzug - Zwischenbericht zum Modellprojekt. Oldenburg: BIS-Verlag
- 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
- OTTAWA CHARTA abgedruckt in: Troschke, J.v. u.a. (Hrsg.): Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Freiburg, S. 182ff
- PESCHEL-GUTZEIT, L. (1997): Rahmenbedingungen für die Vergabe von Einwegspritzen an Gefangene. Mitteilung an das Berliner Abgeordnetenhaus. In: Der Vollzugsdienst 3/1997, S. 12ff
- QUENSEL, St.; KOLTE, B.; NOLTE, F. (1995): Zur Cannabis-Situation in der Bundesrepublik Deutschland. In: Cohen, P.D.A.; Sas, A. (Hrsg.): Cannabisbeleid in Duitland, Frankrijk en de Verenigde Staten. Amsterdam: CEDRO/Univ. Amsterdam, 1996, S. 16ff
- RIEGER-NDAKORERWA, G. u.a. (1994): Infektionsepidemiologie - Analyse der Zunahme der infektiösen Hepatitis in Hamburg. In: Gesundh. Wes 56, S. 132-136
- STARK, K.; u.a. (1995): Prevalence and Determinants of Anti-HCV Seropositivity and of HCV Genotype among Intravenous Drugs Users in Berlin: In: Scand. J. Infect. Dis. 27; S. 331-337
- STARK, K. et al. (1994): HIV-Infektion bei i.v. Drogenkonsumenten. Unveröff. Abschlußbericht an das BMFT. Berlin
- SCHWERMER, L. (1996): HIV/AIDS. Gesundheitsbericht der Stadt Essen. Gesundheitsamt Essen, Bd. V (Selbstverlag)
- SCHWERMER, L. (1997): Gesundheit geht vor. Infektionsschutz für Mitarbeiter/innen und Gefangene. Seminar f. Bedienstete der JVA Essen v. 9.-11.12.1996, Justizakademie Recklinghausen. Gesundheitsamt Essen, Bd. V (Selbstverlag)
- STÖVER, H. (Hrsg.; 1994): Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin

STÖVER, H.; TRAUTMANN, F. (1998): The European Peer Support Project phase 3: 'Risk reduction activities in prison'. Utrecht/Niederl.: Trimbos-Instituut (Selbstverlag)

TOMASEVSKI, Katarina (1992): Prison Health. International Standards and National Practices in Europe. Helsinki: Helsinki Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations. Publication Series No. 21

TRAUTMANN, F.; BARENDREGT, C. (1995): The European Peer Support Project: Development and Encouragement of Peer Support Initiatives for AIDS Prevention in IDU Communities Dissemination of the European Peer manual and Implementation of the Approach. Final Report. Utrecht (NIAD-Selbstverlag)

TROJAN, A. (1995): Zukunftsmodelle der Prävention. „Prädikative Medizin“ versus „Gesundheitsförderung“. In: Kaupen-Haas, H.; Rothmaler, Chr. (Hrsg.) :a.a.O.

WALTER, J. (1994): Drogen im Jugendstrafvollzug. In: Reindl, R.; Nickolai, W. (Hrsg.): Drogen und Strafjustiz. Freiburg: Lambertus, S. 115ff

WEILANDT, C.; ROTILY, M. (1997): European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons - Final Report, Bonn (Bezug: WIAD/Bonn)

WHO (1993): WHO-Richtlinien zu HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis. WHO/GPA/DIR/93.3. Übersetzt in: Stöver (1994). a.a.O. S. 119-128

Safer-Use

Kennen wir alles
schon? - Mal sehen!!

Wenn ich konsumiere
und dann noch im
Gefängnis - wie bleibe
ich möglichst gesund
dabei?

Safer-use-Training am 10.10.97 von 8.30 - 11.30 Uhr in der
Teestube

mit **Jan Hendrik Heudtlass**, Leiter von CLEANOK
Drogenakutbehandlung in der Westfälischen Klinik für
Psychiatrie und Neurologie Lengerich/Westfalen
und **Monika Janning**, AIDS-Hilfe Emsland

Jan-Hendrik Heudtlass

Safer use in Haftanstalten

1 Vorbemerkung

Seit 1996 hat der Autor im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes (vergl. Stöver/Trautmann 1998) eine Reihe von Trainings in den Justizvollzugsanstalten in Vechta und Lingen (Groß-Hesepe) durchgeführt, deren Inhalte wesentlich von der Prävention im Sinne des safer use bestimmt waren. Es ging inhaltlich um die Suche nach Lösungen, wie DrogenkonsumentInnen unter Haftbedingungen trotz fortgesetztem Konsum Gesundheit erhalten können, wie Gesundheit gefördert werden kann. Welche Bedingungen sind dazu in der Infrastruktur der Haftanstalt notwendig? Welche Einstellungen müssen dazu vermittelt werden bei den Akteuren - den inhaftierten DrogengebraucherInnen und ihrer Gefangenenmitvertretung, den MitarbeiterInnen, dem Management der JVA auf mittlerer und oberer Leitungsebene, der Personalvertretung und den Funktionsdiensten (Medizinischer Bereich/Sozial- bzw. Suchtberatungsdienst etc.)?

Die verschiedenen Zielgruppen innerhalb der JVA haben unterschiedlichste Bedürfnisse und Zielorientierungen, auf die eingegangen werden muß.

Die Drogengebraucherin hat vor allem ökonomische Interessen: wie kann ich mit den teuren Substanzen möglichst sparsam umgehen? Sie will Fragen zum Schutz von Körper und Gesundheit zu riskanten Belastungen beantwortet haben, auch wenn

sie nicht auf den Konsum verzichten will. Und sie will für den Notfall gewappnet sein: Wie helf' ich mir selbst und anderen, wenn es zu schwereren Verletzungen, zu Überdosierungen und anderen Komplikationen kommt?

MitarbeiterInnen interessiert insbesondere, was eigentlich beim Konsum passiert, wie dessen Praxis aussieht. Sie wollen Gefahren, die sich aus dem Konsum und seinen Folgen ergeben, rechtzeitig erkennen und Schäden für sich und die Umgebung vermeiden. Sie wollen Sicherheit gerade im Umgang mit dem Notfall, sie wollen vor allem Schutz vor den Infektionsrisiken.

Bei den am Management Beteiligten, zu denen in einem weiter gefaßten Sinne ja selbst die Gefangenenvertretung und die Personalvertretung gehören (im Sinne eines Co-Managements), geht es zu allererst um Transparenz für das Geschehen: Was beinhaltet safer use, welche Absichten werden damit verfolgt, welche Unterstützungsleistungen sollen wir als Teil des Managementes einbringen? Welche Widrigkeiten und Probleme sehen wir vor allem auf der infrastrukturellen Ebene der Haftanstalten, um Safer use praktisch zu realisieren und mit den übrigen Erwartungen von Gesetzgeber, Öffentlichkeit etc. in Einklang zu bringen? Geht das überhaupt und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen?

2 Warum brauchen wir Safer use

Die Haftanstalten mit ihrem teilweise sehr hohen Anteil an drogenkonsumierenden Häftlingen beherbergen ein Infektionspotential. Wohl nirgendwo in der Gesellschaft - nimmt man einmal die Bedingungen der Prostitution und die gesundheitlichen Gefahren in der Obdachlosenszene oder bei der Unterbringung von asylsuchenden MitbürgerInnen aus - ist die Chance so groß, sich zu infizieren mit Hepatitiden und/oder AIDS. Zugleich sind die Haftanstalten durchaus in der Lage, einen Beitrag zum Überleben und zum Gesundheitsschutz zu leisten - neben dem Gewährleistungsauftrag von Sicherheit für die Allgemeinbevölkerung. Der Kontakt mit Häftlingen kann auf verschiedenste Weise genutzt werden, um präventive Botschaften zu transportieren. Dies ist umso notwendiger, wenn man weiß, daß die Eingrenzung der Infektionsbelastungen auf sog. Hochrisikogruppen allein nicht mehr realistisch ist. Die Ausbreitung der Hepatitis B und C in die Normalbevölkerung etwa in den letzten Jahren hat ein solches Ausmaß angenommen, daß auch Deutschland seit Oktober 1995 den WHO-Empfehlungen folgend die Hepatitis-Impfung schon in den Impfkatalog für alle Kleinkinder aufgenommen hat¹. Ein Eingeständnis der Tatsache, daß das Risiko alle Teile der Bevölkerung angeht. Aus der Haft heraus kann hier ein wirkungsvoller Beitrag geleistet werden mit Safer-use-Trainingsprogrammen.

3 Safer use - ein Angebot allein für „Alt- Junkies“?

Nicht wenige MitarbeiterInnen der Drogenhilfe treten dem safer use-Konzept mit Skepsis gegenüber: es sei lediglich für ältere, langzeitabhängige Menschen ein Angebot der Überlebenshilfe. Bei jungen KonsumentInnen solle man sich lieber auf die Therapie der Abhängigkeit konzentrieren, als bei dem risikoärmeren, hygienischeren Konsum Hilfestellung und Beratung zu leisten.

Der Widerspruch ist künstlich kreiert: das eine schließt zunächst das andere nicht aus. Aber noch wichtiger erscheint, auf die Erkenntnisse der drogenbezogenen Forschung der letzten Jahre einen kurzen Blick zu werfen. Das Ergebnis kurz: die größten gesundheitlichen Risiken gehen junge KonsumentInnen gerade in den Anfangszeiten des intravenösen Konsums ein. Hier werden Schäden erworben, die lebenslang wirken können, aber bei wirksamer, gezielter Prävention auch vermieden werden könnten.

Aus der gerichtlichen Medizin wissen wir, daß gerade der Anteil der jungen KonsumentInnen unter den Drogentoten relativ hoch ist. Bei einer rückwirkenden Untersuchung der Drogentodesfälle in mehreren deutschen Großstädten wurde deutlich, daß die meisten Opfer alleine starben, obwohl sie vorher von anderen begleitet waren: MitkonsumentInnen, DrogenverkäuferInnen, Angehörigen, FreundInnen. Oft ließen diese die späteren Todesopfer allein, ohne wirksame Hilfeversuche. Angst vor den Ermittlungen der Polizei, Ahnungslosigkeit, Hilfslosigkeit und Panik - die Motive sind breit gefächert. Gerade hier wäre aber gezielte Überlebenshilfe angezeigt. In Untersuchungen aus der Schweiz

1 Robert-Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission

ist sehr gut dokumentiert, daß gerade in den ersten zwei Jahren nach Beginn des intravenösen Konsums mehr Übertragungen von Hepatitis-Erkrankungen stattfinden als im gesamten weiteren Drogenkonsumverlauf, der sich oft über Jahre bis Jahrzehnte erstreckt: mehr als 50 Prozent der Hepatitis-Erkrankungen erfolgen in den ersten 2 Jahren (MÜLLER/GROB 1992). Aus Untersuchungen der Konsumpraktiken wissen wir heute wesentlich genauer, wann die Bereitschaft zu risikoreicheren Praktiken höher ist, wann niedriger. Besonders hoch, das belegen alle einschlägigen Studien, sind die Bedingungen in der Haft: Je mehr Tabubedingungen, je mehr Mangel an sterilem Spritzenbesteck - je mehr Stress also - desto höher ist die Bereitschaft zum Risiko. Studien zum Zusammenhang von Lebensalter und Risikobereitschaft belegen folgende Zusammenhänge: Nach einer Studie aus Hong Kong an 3129 DrogengebraucherInnen (1990 bis 1992) neigen gerade DrogengebraucherInnen unter 30 Jahren eher zu needlesharing (gemeinsamer Tausch/Gebrauch von Spritzen u. Nadeln). Diese Bereitschaft ist insbesondere bei noch relativ unerfahrenen KonsumentInnen mit weniger als 6 Monaten signifikant höher als bei älteren, erfahreneren DrogengebraucherInnen.

Für die Prävention mit Safer use-Angeboten heißt das also: Es ist ein ineffektives Vorgehen, die Prävention schwerer, den Drogenkonsum begleitender Erkrankungen auf einen späteren Zeitpunkt einer Drogenkarriere zu verschieben. Gerade junge KonsumentInnen müssen möglichst früh in geeigneter Weise angesprochen werden im Sinne eines Überlebens- und Gesundheitsschutzes.

4 Die Entwicklung von Safer use-Trainingsansätzen

Die Praxis des Safer use hat ihre Anfänge in der jetzigen Form etwa zu Beginn der 80er Jahre genommen. Auslöser für die Frage, wie kann man mit oder trotz Drogenkonsum überleben, war die AIDS-Krise, der insbesondere unter den intravenösen DrogengebraucherInnen zunehmend Menschen zum Opfer fielen. Die Drogenpolitiken vieler Länder haben in dieser Zeit - teilweise bis heute - recht zögerlich begonnen, eine Kehrtwende vorzunehmen: Die suchtmittelfreie Gesellschaft als realistisches Ziel einer Drogenpolitik verlor an Anerkennung, der von der amerikanischen Regierung ausgerufene „war on drugs“ erschien insbesondere den direkt betroffenen DrogengebraucherInnen immer unmenschlicher und vielen professionellen Beratern immer zweifelhafter. Statt dessen trat stärker die konsumbegleitende Hilfe in den Vordergrund und prägt heute einen erheblichen Teil der Arbeit der Drogenhilfe: Wie können Menschen mit Drogen überleben, wenn sie auf den Konsum nicht verzichten (wollen oder können). Das war der situative Anlaß dafür, Beiträge des Safer use zu entwickeln, die sich im Lebensalltag der KonsumentInnen niederschlagen, in die Drogenhilfe, ja selbst in den Bereich des Strafvollzuges integriert werden können.

Nach der Einführung von Spritzentauschprogrammen ab Anfang der 80er Jahre (in zunächst ganz wenigen Ländern Europas) ging es zunächst nur mühsam weiter mit praktischen Beiträgen zur Schadensbegrenzung gegen HIV. Die Hepatitis hingegen spielte damals in der öffentlichen Aufmerksamkeit überhaupt noch keine Rolle:

- ⇒ Auf heftigen Widerstand in der Fachwelt und der Bevölkerung stieß etwa noch die Einführung des Sprizentausches in den 80er Jahren in die Arbeit von Beratungsstellen - sie galt sogar über einen längeren Zeitraum noch als Verstoß gegen die einschlägigen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes und wurde erst 1992 durch Änderungen im Gesetz eindeutig legalisiert.
- ⇒ Gegen Ende der 80er Jahre gab es einen heftigen Wettbewerb unter den Bastlern in Sachen AIDS-Prophylaxe dahingehend: Wer entwickelt als erster eine brauchbare Einwegspritze, die sich nach Erstgebrauch selbst zerstört? Das Ergebnis war in jedem Falle ernüchternd. Die Spritzen, die etwa in Italien an Automaten als sog. Einwegspritzen vertrieben werden, sind eher dazu angetan, bei den Verbrauchern Verzweiflungs-Aktionen anzuheizen. Wenn mich der „Affe“ (ein sehr lebendiges Bild für das Auftreten von Entzugsbeschwerden) treibt und dann die Spritze noch nach erstem Versuch der Injektion versagt (und keine neue greifbar ist!), dann hat sich's doch mit Gesundheit und Vernunft, für viele jedenfalls, oder?
- ⇒ In San Francisco und anderen Städten der Vereinigten Staaten wurde bleach propagiert und verteilt: ein Desinfektionsmittel für den Notfall, wenn keine sterilen Spritzen und Nadeln verfügbar waren, ca. 1985.
- ⇒ In Australien und England wurden erstmals sehr pragmatische Safer-use-Beratungsangebote entwickelt, ca. 1984-86.
- ⇒ In der Schweiz haben Gefängnisärzte erstmals den Mut gehabt, auch ohne politischen Rückhalt dem inhaftierten Drogengebraucher im Gefängnis in Regensdorf ein survival-Paket mit einem Notfalldesinfektionsmittel, eben dem aus San Francisco bereits bekannten bleach (=Natriumhypochlorid) als Startpaket zum Haftantritt zu übergeben. Mittlerweile finden sich Spritzensets, -automaten, -tauschprogramme sogar in mehreren Haftanstalten in der Schweiz (Hindelbank, Oberschöngrün, Rialta) und auch in Deutschland (Hamburg, Lingen, Vechta, demnächst voraussichtlich Berlin und Lübeck).
- ⇒ Die WHO hat im Jahre 1993 Standards und Empfehlungen zum Sprizentausch herausgegeben, deren Umsetzung langsam, aber träge vonstatten geht.
- ⇒ Selbst einige wenige psychiatrische Kliniken mit Drogenentzugsangeboten (wie CLEANOK in Lengerich/Westfalen) bieten den anonymen Sprizentausch (Entsorgungsautomat und Neukauf über Automat) an - auf dem Klinikgelände.
- ⇒ In Deutschland, England und Australien haben wir uns bemüht, die Notfalldesinfektion gebrauchten Spritzmaterials gegen alle Bedenkenträger weiterzuentwickeln. Handfertige Lösungen gibt es bis heute nicht: Die Distribution lieferte nur über offensive Vermarktung über die 300 Beratungsstellen in Deutschland und mit Förderung der Gesundheitsminister des Bundes und der Länder. Und die steht noch aus.
- ⇒ 1996/97 hat es erstmals größere Kongresse und Fachveranstaltungen geben, bei denen die Praxis des Safer use in Haft thematisiert und mit praktischen Anregungen versehen werden konnte. Im geschlossenen Vollzug in der JVA

Vechta, in der JVA Lingen (beides Niedersachsen) und im offenen Vollzug in der JVA Vierlande (Hamburg) wurde erstmalig für Deutschland ein Spritzen-tauschprogramm eingeführt.

- ⇒ Die technischen Entwicklungen gingen in diesen Jahren weiter: Spritzenautomaten wurden entwickelt, teils inkl. sog. Entsorgungsschächte. Die Auswahl geeigneter Spritzen wurde verbreitert: Verschiedene Nadeln und Spritzentypen finden sich heute in den Angeboten wieder. Und auch bei den sog. Utensilien sind neue Entwicklungen vonstatten gegangen: Seit 1997 gibt es preiswerte sog. Einwegfilter, die Heroin zu 100 Prozent durchlassen, aber den Schmutz durch Ver Streckungsmittel und andere Verunreinigungen sehr effektiv filtern. Eine solche Lösung trägt erheblich dazu bei, Filter nicht mehr sammeln und aufkochen zu müssen, um Reste von Heroin, die in den Filtern „hängengeblieben“ sind, noch zu verbrauchen - eines der sog. versteckten Risiken beim Drogengebrauch, über das unbeabsichtigt Infektionen und entzündliche Prozesse provoziert werden können.

Die praktischen Kenntnisse rund um den Konsum nehmen zu, die Beratungsaufmerksamkeit gilt aber in den seltensten Fällen der „Verbraucherberatung“ im klassischen Sinne. Oft fehlt es dazu auch an medizinischer Kompetenz der BeraterInnen bzw. an der notwendigen Vernetzung von medizinischer Hilfe und Drogenhilfe: man arbeitet nebeneinander statt direkt zusammen. Und noch seltener sind solche Projekte anzutreffen, die dem Gedanken des peer support entsprechen: Drogenge-

braucherInnen beraten DrogengebraucherInnen selbst. Die Effektivität steigt mit der wesentlich höheren Akzeptanz untereinander. Hier sind solche Projekte gefragt wie das in der niederländischen Gemeinde Heerlen: DrogengebraucherInnen haben dort über einen längeren Zeitraum (mit Tariflohn) DrogengebraucherInnen in Sachen Safer use beraten - von Experte zu Experte, von Kunde zu Kunde, von Haus zu Haus. Hier kam der Berater zum Kunden. Wo bleiben die Förderungen der Arbeitsämter für solche Zukunftsbranchen, für einen solchen Dienstleister?

Diese hier sehr grobe Skizzierung einer Entwicklung des Safer use zeigt auch zugleich eines ihrer größten Probleme auf: sie hinkt der Entwicklung der Welt der Drogen und der damit verbundenen Probleme oft Jahre hinterher. Sie ist immer noch sehr stark von dem Geruch besetzt, sich mit solchen Präventionsbeiträgen zum „verlängerten Arm“ der Drogengeschäfte zu machen. Entsprechend stark sind die Widerstände ausgebildet. Das gilt auch gerade in den Haftanstalten. Jahrelang hat die verantwortliche Politik nach innen und außen überhaupt beharrlich geleugnet, daß es innerhalb der Haftanstalten überhaupt ein mit den Drogen verbundenes Problem geben könne. Und dementsprechend wird auch kein Spritzentausch, keine Safer use Beratung, keine Methadon-Substitution u.s.w. angeboten. Und die Tatsache, daß Menschen in Haft gleich doppelt bestraft werden können, indem sie die Haft mit neu erworbenen Infektionen verlassen, wird noch heute heftig bestritten. Sie ist aber gleichwohl mittlerweile gut dokumentiert (KEPPLER/NOLTE/STÖVER 1996; GAUBE et al 1993).

I. Ein Curriculum zum Safer use bei Heroinkonsum

1 Einleitung

Im folgenden Beitrag wird der Themenkomplex - in einzelne Arbeitseinheiten zerlegt - dargestellt, um damit eine Grundlage für die praktische Arbeit in Justizvollzugsanstalten zu schaffen. Die Darstellung erfolgt auf folgende Art und Weise: Zu jeder Arbeitseinheit erfolgt zunächst die Formulierung einer Zielsetzung, dann eine Darstellung der zu vermittelnden Inhalte, sowie die methodischen Hinweise. Schließlich gibt es zu jeder Arbeitseinheit Hinweise zu einzusetzenden Medien und Materialien. Die Darstellungen sind insgesamt sehr knapp gefaßt und stellen einen Kompromiß dar: Sie sollen die Akteure in die Lage versetzen, die Dinge selbst praktisch in die Hand zu nehmen: Wie kann ich als Einzelner, als Gruppe Projekte initiieren,

um Safer use in den Alltag der Haft zu vermitteln? Die Voraussetzungen bei den handelnden Personen sind ganz unterschiedlich: Drogengebraucherinnen in Selbsthilfe verfügen über viele konsumpraktische Erfahrungen, haben allerdings häufig ganz erhebliche Kenntnislücken bei der Einschätzung der damit verbundenen Risiken. MitarbeiterInnen verfügen häufig nur über geringe praktische Kenntnisse des Drogenkonsums, sind dafür sensibler (manchmal auch ängstlicher) für die gesundheitlichen Risiken. Medizinische Grundkenntnisse zum Verständnis der Komplikationen und vor allem für die Suche nach angemesseneren Lösungen fehlen häufig Drogengebraucherinnen und MitarbeiterInnen beiderseits. Die Hinweise auf medizinische Probleme fließen deshalb in knapper Form jeweils in die Darstellung innerhalb der Arbeitseinheiten mit ein.

Arbeitseinheit 1:**Das „Was“ und das „Warum“ bei Safer use****Zielsetzung**

Die Einführungsrunde zu Safer use soll

- ⇒ den Inhalt von Safer use kurz darstellen
- ⇒ den Kontext zu Safer use darstellen
- ⇒ Überblick zu den gesundheitlichen Belastungen verschaffen
- ⇒ die unterschiedlichen Interessenslagen von Häftlingen und Personal herausarbeiten

Inhalte

Zu Beginn erfolgt eine **Kurzdarstellung** zum Konzept von Safer use. Safer use ist eng angelehnt an die Konzepte, die etwa auch mit safer sex verbunden werden. Die Zielgruppe soll in ihrem Verhalten angesprochen werden, das mit dem Drogenkonsum verbunden wird. Nicht der Verzicht des Konsum steht im Vordergrund. Die Aufmerksamkeit richtet sich vielmehr auf die damit mehr oder weniger bewußt eingegangenen Risiken der Konsumpraxis, insbesondere beim intravenösen Konsum. **Safer use behandelt die Drogenkonsumrisiken und gibt Tips zur Risikominderung.** Sie schließt zumindest die Erste-Hilfe zum Überleben im Notfall möglichst mit ein.

Folie 1**Safer use = sicherer Gebrauch**

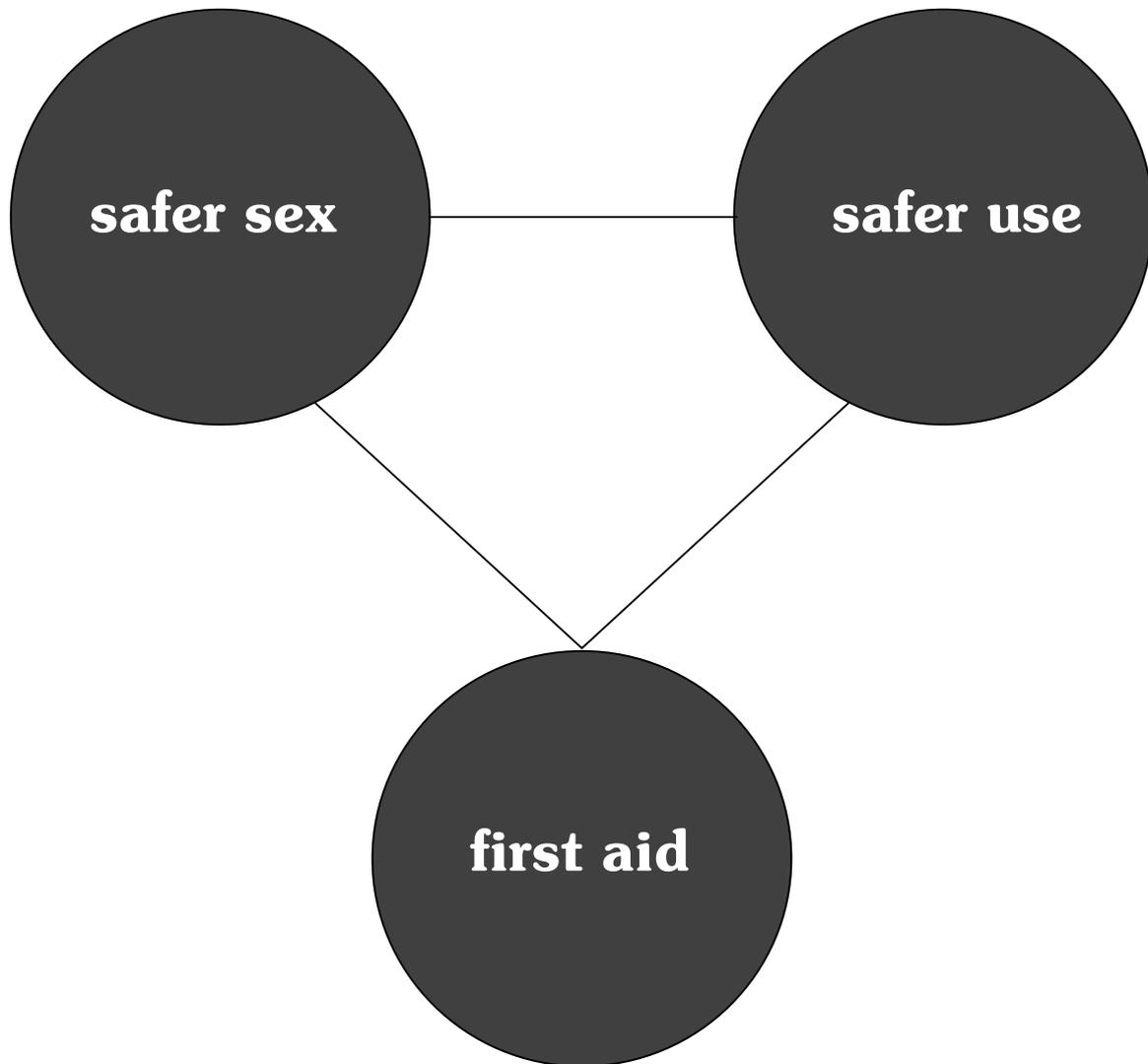
- ⇒ **Strategie**
 - **Safer use ein integrativer Bestandteil der harm reduction Politik**
 - **Schadensbegrenzung**
- ⇒ **Methode**
 - **Verhaltensorientierte Prävention**
 - **learning by doing**

Safer use wird sozusagen als ein Baustein unter mehreren angeboten, mit denen die gesundheitlichen Belastungen bei DrogengebraucherInnen gesenkt werden und der Körper geschützt werden kann (Folie 1).

Aus unserer Sicht gehören wenigsten drei weitere Module dazu, weil die Gesundheitsrisiken, insbesondere die Infektionsrisiken auf sehr unterschiedlichen Wegen gestreut sind:

safer sex**Erste Hilfe****Ambulante Wundversorgung**

Folie II



Safer use-Training und -beratung ist Bestandteil eines verhaltensorientierten Präventionspaketes: verhaltensorientierte Prävention bezieht eine genußorientierte, aber risikobewußte *Sexualverhaltensbotschaft* ebenso, ein wie die Vermittlung von Kenntnissen über *Ambulante Wundversorgung* und *Erste Hilfe* - bei sich selbst und anderen!

- ⇒ Riskante Sexualpraktiken sind mindestens genauso verantwortlich zu machen für die Übertragung der Hepatitis - Erkrankungen wie das sorglose Hantieren mit infektionsbelasteten Spritzensets. Auf safer sex wird an anderer Stelle dieses Handbuches ausführlich eingegangen.
- ⇒ Daß die unterlassene kundige Erste Hilfe gerade im Drogennotfall lebensrettend wirken könnte, haben wir bereits weiter oben dargestellt. Die Erste Hilfe im Drogennotfall ist für Personal und DrogengebraucherInnen gleich wichtig: Wie schütze ich mich selbst und andere im Drogennotfall, bei Überdosierungen? Welche Erste Hilfe, welche geeignete Therapie ist bei unbeabsichtigten Stichverletzungen nötig etc.?

Ein besonderer Schwerpunkt der Ersten Hilfe konzentriert sich auf das Risiko der Überdosierung.

Das Vergiftungsrisiko ist besonders hoch beim Mischkonsum verschiedener psychotroper Substanzen, z.B.

- ⇒ Opiaten mit Alkohol
- ⇒ Opiaten mit anderen dämpfenden (=sedierenden) Substanzen (Benzodiazepine, Barbiturate o.ä.)
- ⇒ Kokain mit Amphetaminen oder anderen antriebssteigernden Substanzen.

Der kombinierte Konsum von Opiaten mit antriebsdämpfenden Substanzen birgt vor allem das Risiko der Atemdepression (=Atemlähmung) in sich, die mit Stillstand des Atems, Bewußtlosigkeit und Herzstillstand einhergehen und so den Tod herbeiführen kann.

Die Kombination von Kokain mit anderen aufputschenden Mitteln führt nicht selten zu „Herzattacken“ und erhöht das Risiko von Schock und Krampfanfällen.

Die Erste Hilfe ist nicht drogenspezifisch angelegt, sondern orientiert sich an den beobachtbaren Symptomen. Sie kann deshalb vermittelt werden durch alle Erste-Hilfe-Experten wie den anstaltsexternen Hilfsdiensten „vor Ort“: Deutsches Rotes Kreuz, Arbeitersamariterbund, Malteser Hilfsdienst. Anstaltsinterne Experten sind in der Regel auch die MitarbeiterInnen der medizinische Dienste: Krankenschwestern/-pfleger, Ärztin/Arzt. Die Aufmerksamkeit und Motivation zur Teilnahme ist nach unseren Erfahrungen bei externen Anbietern höher als bei anstaltsinternen ReferentInnen. Dagegen sprechen die in der Regel höheren Kosten bei externer Unterstützung.

Weitere Kontextbedingungen für Safer use

Safer use als lösungsorientierter Ansatz ist eng eingebunden in die übrigen Anstrengungen, mit dem Drogengebrauch einen angemessenen Umgang zu finden. Man bezeichnet diesen Weg auch als „Weg der kleinen Schritte“ - step by step oder „die Suche nach nächstbesten Lösungen“. Die Alternative wäre, ganz auf diese mühevollen kleinen Schritte zugunsten eines „Alles oder Nichts“ zu verzichten nach dem Motto „Der beste Schutz gegen die Risiken des Drogenkonsums ist die totale Abstinenz“. Diese Losung ist zunächst einmal bei den meisten drogengebrauchenden Häftlingen völlig ohne Wirkung. Sie stimmt zudem noch nicht

einmal immer: Nicht selten wird nämlich durch den Drogenkonsum eine auf den ersten Blick nicht erkennbare psychische Belastung bewältigt, er ist sozusagen der selbstgewählte Medikamentenersatz. In diesen Fällen kommt es dann erst bei Abstinenz zu Komplikationen. So erklärt sich auch die 4 bis 6 mal höhere Selbstmordrate unter Menschen, die erst seit kürzerer Zeit abstinent sind, im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen.

Safer use wird also in die verschiedenen Drogenhilfeangebote integriert, wird nicht

gegen sie gestellt. Es ist zwingend nötig bei Angeboten zu Überlebenshilfen, aber auch immer noch nötig in abstinenzbegleitenden Angeboten. Warum? Weil wir aus der Drogenforschung gerade heute recht genau wissen, daß gerade nach Phasen der Abstinenz das Überdosierungsrisiko besonders hoch und die Bereitschaft zum Risiko bei den Konsumpraktiken bedeutsam erhöht.

Schritte in der konsumbegleitenden Drogenhilfe können sein:

Folie III

**Leistungshaltung und Bewältigung
in Zufriedenheit**

Dauerhafte Abstinenz

Verlängerung der drogenfreien Perioden

**Reduzierung der Drogenmengen, der
Drogenexzesse und des Beikonsums**

**Sicherung des möglichst gesunden
Überlebens**

Sicherung des Überlebens

Abb. 1: Zielhierarchie (nach Körkel/Kruse 1993)

Überblick zu den gesundheitlichen Belastungen

Diese erste Einführung zu Safer use darf nicht überfrachtet werden mit zu viel Inhalt. Deshalb werden nur stichwortartig die wesentlichen gesundheitlichen Belastungen dargestellt und kurz kommentiert.

Gefäß- und Gewebebelastungen

„Rund um die Einstichstelle“ bei intravenösem Konsum kommt es zu Verletzungen von Gefäßen (Venen, Kapillaren Arterien) und Gewebe. Muskeln werden angegriffen, Knochenhaut wird berührt usw. Meist besteht ein enger Zusammenhang zu den spezifischen Belastungen der jeweiligen Substanz, zu Verstreckungs-

mitteln, aber auch zu dem nicht sauberen Spritzenmaterial, Verunreinigungen der Haut und zu Schmutz, der in die Venen wandert.

Infektionskrankheiten

Sie geraten eben auf diesem Wege über Blutkontakt oder die Verbindung mit Körperflüssigkeiten anderer KonsumentInnen in die menschlichen Organe. In dieser groben Übersicht sollte es insbesondere darum gehen, den Blick neben Hepatitis und HIV auf andere - mit dem Drogenkonsum einhergehende - Infektionsrisiken etwa durch bakterielle Entzündungen und durch Pilzübertragungen zu lenken.

Folie IIIa

Safer use - Training und Beratung

Offene und versteckte Risiken des intravenösen Konsums führen zu mehr oder weniger schwerwiegenden Infektionen und Folgekrankheiten. Diese Schädigungen sind vermeidbar:

Infektionen

Sie werden übertragen durch das Einschwemmen von Bakterien, Pilzen und Viren.

Dazu zählen u.a. HIV u. AIDS, Hepatitis B, C und D, Lues (Syphilis), candida endophtalmitis (eine Pilzkrankung am Auge), Endokarditis (Entzündungen an Herzklappe und Innenwänden)

Gefäß-/Gewebeerkrankungen

Sie sind meist die Folge falschen Spritzmaterials, unsauberer Spritztechniken. Dazu zählen u.a. Thrombosen, Phlegmonen, Gangrän, Abszesse etc.

Organschäden

Als Folgeschädigungen sind insbesondere Beeinträchtigungen der Leber, des Herzens, der Lunge und der Venen zu nennen.

Nur nicht dran vorbeireden: was sind die Interessen von Personal und Inhaftierten?

Bei **Beschäftigten im Justizvollzug** stehen nach unseren ersten Erfahrungen in einschlägigen Seminaren im Vordergrund:

- ⇒ Identifikation mit dem Ziel der Infektionsprophylaxe
- ⇒ Vermittlung von medizinischem Basiswissen
- ⇒ Respektieren und Befriedigen von individuellen und kollektiven Sicherheitsbedürfnissen.

Das im folgenden skizzenhaft dargestellte Trainingsprogramm spricht insbesondere die Verhaltensdimension in der präventiven Arbeit an, die aber ohne die entsprechenden strukturellen Umfeldbedingungen wohl kaum effizient wirken dürfte. Für die Bediensteten stehen drei wesentliche Zielsetzungen im Vordergrund:

⇒ Identifikation mit dem Ziel der Infektionsprophylaxe

Von der Akzeptanz unter den Beschäftigten einschließlich der Leitung lebt ein solches Ziel. Die personengetragene Prävention kann durch noch so gute Printmedien nicht ersetzt, sondern nur ergänzt werden. Das Ziel der Infektionsprophylaxe in Haft wird aber u.a. beeinflusst und behindert von moralischen Haltungen und Schuldzuweisungen („Die wissen doch, was sie tun und sind erwachsen genug, also selbst verantwortlich“) und ein häufig anzutreffendes Verständnis von Abhängigkeit als Charakterschwäche („Suchtbewältigung ist reine Willenssache. Also: Aufhören ist die einzige

Möglichkeit!“) oder gar religiös geprägten Einstellungen, nach denen man sich mit irdischen Mitteln gegen die Infektionsrisiken kaum wehren kann („AIDS ist die gerechte Strafe einer höheren Macht!“). Solche Einstellungen sitzen tief, bessere Einstellungen können aber nicht verordnet werden. Insofern sollen solche Seminare für Beschäftigte an andere Sichtweisen behutsam heranzuführen.

⇒ Vermittlung von medizinischem Basiswissen

Rund um den Drogenkonsum und die damit verbundenen Risiken und Komplikationen spielt die Medizin keine geringe Rolle. Und dennoch ist die medizinische Hilfe noch lange nicht der direkt gesuchte Ansprechpartner der betroffenen Konsumenten. Der Zugang wird durch die Tabu-Bedingungen der Illegalität des Drogenkonsums allgemein und die Bedingungen in Haft besonders erschwert. Die ungewollte Bildung sog. Infektionsketten im Rahmen des Konsums, die oft zu späte Behandlung von Folge- und Begleitschäden des Konsums und die mangelnde Impfprophylaxe erfordern in besonderer Weise die Mitarbeit, die Unterstützung, die Gewinnung von MitarbeiterInnen im Vollzug für diese Sichtweise, für diese Zielsetzung. Gewisse Grundkenntnisse sind unverzichtbar.

⇒ Respektierung und Befriedigung von individuellen und kollektiven Sicherheitsbedürfnissen

Damit ist gemeint, daß Angst, Unsicherheit und gegenseitige Abgrenzung in besonderem Maße die Atmosphäre, die In-

teraktion, die Beziehungen zwischen Inhaftierten und Bediensteten beeinflussen. Dabei wirkt die Abgrenzung als Schutzschild gegen vermeintliche oder reale Bedrohung. Abgrenzung muß aber zugunsten einer angemessenen Nähe zu den Betroffenen überwunden werden, wenn Infektionsprophylaxe vermittelt werden soll. Dazu ist die Berücksichtigung von Sicherheitsbedürfnissen unbedingte Voraussetzung. Die Seminare sollen eine gewisse Grundsicherheit im Umgang mit drogenverbundenen Problemen vermitteln. Sie werden deshalb neben der Erweiterung der speziellen Kenntnisse immer auch gekoppelt mit der Beantwortung solcher Fragen nach dem eigenen Infektionsrisiko, der Ersthilfe bei drogenbezogenen Unfällen, der effektiven Infektionsprophylaxe durch gezielte Wundversorgung und Impfprogramme etc.

Die **Interessen der Inhaftierten** sind verständlicherweise unterschiedlich zu den Interessenlagen des Personals. Dennoch gibt es eine Reihe gemeinsam interessierender Themen. Auch bei DrogenkonsumentInnen geht es um Interesse zu der Frage: „Wie kann ich Infektionen trotz Konsum vermeiden?“ oder medizinische Basiskenntnisse („Welche Schädigungen geschehen wodurch und wie wirken sie auf meinen Körper?“ oder „Wie kann ich diese oder jene Belastung vermeiden, auch wenn ich weiter konsumieren will?“).

Die Häftlinge interessieren sich nach unseren ersten Erfahrungen in den survival

trainings insbesondere für folgende Themen:

- ⇒ „Versteckte Risiken“ beim Drogenkonsum
- ⇒ Desinfektion gebrauchter Spritzenutensilien zur Infektionsvermeidung
- ⇒ Information zu injektionsbedingten Schädigungen
- ⇒ Vermeidung von Intoxikationen
- ⇒ Erste (Selbst- bzw. Mit-) Hilfe im Drogennotfall
- ⇒ Wege zur Konfliktvermeidung mit Vollzugspersonal (trotz fortgesetztem Drogenkonsum).

Dennoch bleibt es eine ganz wichtige Voraussetzung, will man nicht an den unterschiedlichen Interessenlagen vorbeireden: Am Beginn der Seminare mit Beschäftigten wie auch mit DrogengebraucherInnen werden anonym oder offen die Interessen abgefragt. „Was verbirgt sich für Sie hinter diesem Thema? Was ist Ihnen am wichtigsten? Was hat Sie schon immer provoziert an diesem Thema?“

Danach wird geprüft, welche Erwartungen befriedigt werden können, welche unrealistisch sind, welche durch Hinweise auf Materialien oder andere Quellen zufriedengestellt werden können. Für die Gewinnung zur Mitarbeit besonders wichtig ist es, durch entsprechende Hinweise eventuell vorhandene Hemmschwellen, als TeilnehmerInnen Unwissenheit preisgeben zu müssen, möglichst unkonventionell abzubauen.

Folie IIIb**„Safer use“ in der JVA**

**Was mich am meisten interessiert,
ist**

Ihr Stichwort ist hier gefragt. Es gibt kein Tabu. Was wollen Sie etwa wissen über die Praxis des Drogenkonsums, über die Techniken, über versteckte Risiken? Was Sie hier ansprechen, kommt heute sicher zur Sprache.

Also: nur Mut!

Arbeitseinheit 2

Simulation einer Streßsituation: „Stellt Euch vor.....“

In dieser Arbeitseinheit beginnt der Einstieg in eine möglichst realistische Streßsituation mit einem Rollenspiel mit verschiedenen Spritzutensilien. Die vorgegebene Situation bleibt immer die gleiche, egal ob hier MitarbeiterInnen trainieren oder DrogengebraucherInnen sich mit bisher unbekanntem Risiken möglichst gesund auseinandersetzen sollen oder....

Zielsetzung

- ⇒ Möglichst realitätsnah Streß und seine Wirkung - Bereitschaft zu erhöhtem Risiko - erleben.
- ⇒ Die kreativen Potentiale der TeilnehmerInnen ausschöpfen - auf der Suche nach gesunden Lösungen
- ⇒ Infektionsprophylaxe auch bei fortgesetztem Konsum - das scheinbar unmögliche selbst erarbeiten!

Inhalte

Sie geben den TeilnehmerInnen eine spezielle Situation vor:

Folie IIIc

Stellt Euch vor

Ihr seid im Knast. Euch steht frische Shore bester Qualität - schneeweiß - zur Verfügung, für 4 Leute etwa 1 Gramm. Drei von Euch haben schon lange Zeit nicht mehr Heroin konsumiert, eine ist affig. Ihr gehört die Shore. Die Zeit ist knapp, bald ist Umschluß. Ihr seid wild entschlossen, zu konsumieren. Möglichst gesund natürlich.

Zur Verfügung habt ihr neben dem Heroin nicht viel:

- 1 neue Spritze
- 1 gebrauchte Spritze
- 3 gebrauchte Nadeln
- 1 kleine Flasche Wasser
- 1 Feuerzeug
- 1 nicht mehr ganz frische Zitrone

Und nun versucht, möglichst schnell alle zu konsumieren. Die Zeit - wie gesagt - ist knapp. Versucht möglichst realitätsnahe, aber auch sinnvolle Lösungen unter diesen Bedingungen zu entwickeln. Probiert sie auch möglichst praktisch durch. Also tut so, als bereitet Ihr mit den vorhandenen Materialien tatsächlich einen Druck vor.

Einer aus Eurer Gruppe führt über die durchdachten und die tatsächlich beschlossenen Lösungswege ein Protokoll als Erinnerungshilfe für die spätere Diskussion im Plenum. Also: auch verworfene Lösungen dürfen ruhig festgehalten werden.

Methodische Hinweise

1. Wichtige Kurzinstruktionen an den Beginn stellen!

Mit Einstieg in diese Arbeitseinheit - sie benötigt insgesamt vielleicht eine Stunde - sollten Sie nur sehr kurze, knappe einführende Kommentierungen geben:

- ⇒ Warum man eine solche Streßsituation nachahmt
- ⇒ Ganz wichtig der Hinweis: **„Hier darf jeder ahnungslos sein!“** Um so leichter und lebendiger sind anschließend Frage und Antwort sowie Hilfestellungen direkt zwischen den TeilnehmerInnen!
- ⇒ Und geben Sie den TeilnehmerInnen mit auf den Weg in die Gruppe (ideal sind je ca. 4-5 TeilnehmerInnen) den Hinweis: **„Wenn Sie für eine andere kluge Lösung noch Materialien brauchen oder gar nicht weiterkommen, fragen Sie mich als Trainingsleiter! Vielleicht kann ich Ihnen weiterhelfen!“**
- ⇒ Wiederholen sie den Hinweis: „Nicht vergessen, einen gewissenhaften Protokollführer festzulegen, der alle angedachten Lösungen in Stichworten (mehr nicht!) für die spätere Diskussion festhält!“

2. Die richtige Kleingruppenzusammensetzung organisieren!

Eingespielte MitarbeiterInnen und DrogengebraucherInnen sitzen häufig - nicht zufällig - direkt nebeneinander. Versuchen Sie sie auf verschiedene Kleingruppen durch „Gruppenbilden mit Abzählen“ zu verteilen - das Training lebt ja gerade vom Austausch neuer Erfahrungen,

statt sich altbekanntes Wissen gegenseitig zu bestätigen. Also sind neue Kontakte gefragt. Und die kriegen Sie nicht bei „uralten“ Bekannten.

3. Beobachten Sie selbst aufmerksam alle Kleingruppen!

Mehr als drei bis vier Gruppen werden Sie nicht verkraften, also 16-20 Teilnehmer maximal.

Sie gehen während der ca. 30-40 minütigen Rollenspielsituation für wenige Minuten jeweils in alle Gruppen hinein, hören zu und beobachten, ob überhaupt Lösungen zustandekommen oder etwa der Arbeitsfluss aufgrund ungünstiger Gruppenkonstellationen völlig stockt. Da sind Sie zumindest kurzzeitig als Moderator und Initiator neuer Lösungsversuche gefragt.

4. Merken Sie sich für die spätere Diskussion die besonders riskanten bzw. interessanten Lösungswege!

Die Gruppen fertigen zwar eigene Protokolle, übersehen bzw. überhören jedoch häufig interessante Hinweise oder Querverweise gerade von den weniger dominanten GruppenteilnehmerInnen: Hier verstecken sich oft besonders lohnenswerte Überlegungen!

5. Direkt an die Kleingruppenarbeit anschließend: kurze Berichte der ProtokollführerInnen

Die Ergebnisse der Kleingruppen dürfen hier nicht ziellos zerredet werden durch Kommentare und sich bereits an Detail

diskussionen festbeißen! Wir verschaffen uns zunächst nur einen Überblick über alle angedachten Lösungen. Sie halten die Ergebnisse - sichtbar für alle und wichtig für die spätere Verwertung der Ergebnisse - auf einer flipchart fest. Eine kurze Arbeitspause bietet sich erst nach diesen Kurzberichten an!

Medien und Materialien

Sie benötigen u.a.

- ⇒ Tageslicht-Projektor
- ⇒ Flipchart
- ⇒ Ausreichend Papier
- ⇒ Dicke Filzstifte
- ⇒ Ausreichend „survivalsets“ für die Kleingruppen (Spritzenequipments usw.)

- ⇒ Ggfs. weitere Utensilien, die Sie den Kleingruppen „spenden“:
- ⇒ Einwegfilter statt Zigarettenfilter,

Ascorbinsäure, Zitronenkonzentrat oder Essig statt fauler Zitrone, Alco-Tupfer, diverse alternative Notfalldesinfektionsmittel wie „medizinischer“ Alkohol (etwa aus Hand- bzw. Hautdesinfektionsmitteln), Genussalkohol wie Strohrum (80 % !), antiseptische Mundspülmittel wie „Klosterfrau Melisengeist“, Natriumhypochlorit oder kurz „bleach“ (=Haushaltsbleiche), Jodverbindungen wie „Braunol®“ oder „Bétaisadonna®“, diverse provisorische Filter aus Watte, Zigarettenfilter, Einwegfilter.

Arbeitseinheit 3

Alternativen zum intravenösen Konsum?

Zielsetzung

Die Teilnehmer sollen Alternativen zum intravenösen Konsum praktisch kennenlernen. Sie sollen die erwünschte Hauptwirkung und die unerwünschten Nebenwirkungen realistisch einschätzen können. Sie sollen, wenn sie selbst DrogengebraucherInnen sind, eine bewußtere Risikoabwägung vornehmen: „Ob ich meine Konsumpraxis ändern kann?“ Idealtypisch: Intravenösen Konsum vermeiden, wenn möglich!

Inhalte

Anhand einer Folie sowie diverser Materialien werden praktisch die Alternativpraktiken zum Konsum von Heroin dargestellt. In der Diskussion dazu werden zunächst Verständnisfragen zur Konsum

technik, zu den jeweiligen Wirkungsweisen, zu den Vor- und Nachteilen für den Körper, den Genuß etc. vertieft.

Wir erläutern:

- ⇒ Sneefen
- ⇒ Blechen.

In Deutschland ist der intravenöse Konsum von Opiaten mit Abstand die bevorzugteste Applikationsform, wohl wegen des besonders schnellen Anflutens im Hirnzentrum. Aufmerksam verfolgen sollte man allerdings Erfahrungen mit anderen Applikationsformen: nicht wenige Drogengebraucher haben bereits über kürzere oder längere Zeiträume Erfahrungen mit dem Sneefen oder Rauchen von Heroin gemacht.

Sprechen Sie mit den Gefangenen bei passender Gelegenheit über diese Erfahrungen und versuchen Sie daran anzuknüpfen. Dies gilt insbesondere in der Ansprache von Menschen, bei denen sich Gefäßproblemen, Abszeßbildungen, Thrombosen etc. abzeichnen.

Folie IV

Safer use - Training und Beratung

Alternativen zum intravenösen Drogenkonsum von Heroin

- ❶ Sneefen
- ❷ Rauchen
- ❸ Chinesen

Sneefen funktioniert so:

Das Heroinpulver wird in vorsichtiger Dosierung auf Glasplatten o.ä. ausgeschüttet, in schmalen Linien gelegt und über die Nase aufgenommen. Die Zufuhr über die Nasenscheidewände zum Hirn geschieht relativ schnell. Auch Sneefen kann zu unerwünschten Schädigungen etwa der Nasenscheidewände führen. Vorteile gegenüber dem intravenösen Konsum bestehen zweifelsfrei darin, daß direkter Kontakt mit Blutmaterial so gut wie gänzlich vermieden wird und vorsichtiger dosiert werden kann. Sneefen

von Heroin belastet Schleimhäute und Nasenscheidewand nicht so sehr wie Kokain, das mit seinen scharfen Kristallen doch sehr schnell zu Verletzungen und darüber zu Entzündungen in der Nase führt.

„Blechen“ oder „Chinesen“ oder „von Folie rauchen“ oder auch einfach „Rauchen“ funktioniert so:

Das Heroinpulver wird auf dünnen Alu-Folien vorsichtig erhitzt, gerinnt zu einer öligen Konsistenz und geht bei vorsichtiger Temperierung in Rauch über, der

über ein Röhrchen inhaliert wird. Der Konsum auf diese Art dauert oft eine halbe Stunde und länger. Diese Technik stammt aus dem Opiumkonsum der Chinesen. Der Rauch kringelt sich spiralförmig und ähnelt einem Drachen: Chasing the dragon - den Drachen jagen - so blumig wird dieser Konsum dann auch gelegentlich umschrieben. Der Vorteil liegt auch hier vor allem darin, daß Infektionen kaum übertragen werden können, es sei denn, daß es zum gemeinsamen Benutzen des Inhalationsröhrchens - und damit zu Speichelkontakt mit gewissem Risiko einer Hepatitisinfektion kommen kann. Blutkontakt jedenfalls als infektionsträchtigster Übertragungsweg wird vermieden. Komplikationen sind zu befürchten bei bekannten Erkrankungen der Atemwege, bei asthmatischen Beschwerden insbesondere. Als Nachteil wird von vielen Drogengebern beschrieben, daß dieser Konsum besonders verschwenderisch sei: Die Wirkung verpuffe zu einem nicht geringen Teil in der Luft, ohne inhaliert zu werden. Je schlechter die Übung in dieser Technik, desto eher stimmt das auch tatsächlich.

Zum „Drachen jagen“ findet sich in der Zeitschrift „Mainline“ übrigens ein sehr anschaulicher Artikel, der auch für dieje-

nigen unter Ihnen, die diese Konsumformen nicht wollen/können/brauchen, trotzdem diese Alternative zum intravenösen Konsum ganz plastisch darstellt (KOOLS 1992).

Methodische Hinweise

- ⇒ Nehmen Sie sich genügend Zeit für die Erörterung dieser Alternativen!
- ⇒ Lassen Sie die TeilnehmerInnen selbst erst die möglichen Alternativen zum i.v.-Konsum erarbeiten und ggfs. auch selbst darstellen!
- ⇒ Die praktischen Erfahrungen von DrogengebraucherInnen unter Ihren TeilnehmerInnen sollten sie so unbedingt berücksichtigen!

Medien und Materialien

Overhead, die o.g. Folie sowie flip chart
Haushaltsfolie (zur Demonstration des „blechens“)

1 Inhalationsröhrchen (am besten selbst gedreht, indem Sie Alufolie um einen Bleistift wickeln, sonst reicht auch die Hülle eines Kulis, ein Trinkhalm o.ä.)

Ausreichend Kopien des Artikels „Chasing the dragon“ von J.P. Kools (s. Literaturverzeichnis)

Arbeitseinheit 4

„Guter Deal ist teuer“ - woran erkennt man die Heroinqualität

Die Qualität des Heroin ist in mehrfacher Sicht konsequenzenreich. Niedriger Reinheitsgehalt belastet oft unnötig das Portemonnai der KonsumentInnen. Hohe Konzentrationen hingegen führen umso eher zum Risiko der Überdosierung und Vergiftung. Verstreckungsmittel können selbst gesundheitsschädigend auf Gewebe, Gefäße und Organe, insbesondere das Herz wirken. In dieser Sequenz werden die übliche Gewohnheiten, mit denen DrogengebraucherInnen die Heroinqualitäten testen, unter die Lupe genommen: Was versprechen diese Tests, welche Verlässlichkeit bieten sie wirklich?

Zielsetzung

- ⇒ Heroinqualitäten erkennen
- ⇒ Risiko unbeabsichtigter Überdosierung senken

Inhalte

Heroin ist im Preis auch in den Haftanstalten in den letzten Jahren erheblich gefallen, aber wohl immer noch sehr teuer. Da „muß“ durch einen möglichst sparsamen Einkauf gespart werden - gute Qualität zu möglichst geringem Preis. Das ist die Sichtweise der KäuferIn. Aus Sicht der DrogenverkäuferInnen muß das Heroin möglichst teuer an die KonsumentInnen gebracht werden. Neben dem Preis selbst ist die Qualität des Heroins, seine Verstreckung mit anderen Stoffen oder besser sein Reinheitsgehalt von entscheidender Bedeutung. Im folgenden werden die üblichen Tests vorgestellt und unter eine kritische Lupe bezüglich ihrer Risiken bzw. der Verlässlichkeit des Testergebnisses genommen.

Folie V

Safer use - Training und Beratung

Qualitätstest für Opiate

- ✓ Folientest
- ✓ Säuretest
- ✗ Farbttest
- ✗ Geschmackstest
- ✗ Crashtest

✓ = gut geeignet; ✗ = keine Eignung

Crashtest

Eine charmevolle Umschreibung eines riskanten Unternehmens: Heroin unbekannter Qualität wird ohne jegliche Schutzmaßnahmen gegen Überdosierungen angetestet, indem die „normale Dosis“ einfach injiziert wird. Die Wirkung setzt ja bekanntlich bei intravenösem Konsum in Sekunden ein. Bei hohen Konzentrationen ist hier die klassische

Gefahr der Überdosierung gegeben. Der „Stoff“ kann aus der Vene nicht mehr zurückgeholt werden. Mindestens wäre statt dieses Crashtestes zu empfehlen, zunächst nur die Hälfte der üblichen Dosis oder noch weniger zu injizieren, um das Risiko zu senken.

**Der Crashtest ist mit den gesundheitlich größten Risiken verbunden:
Keine Eignung**

Geschmackstest

Bei diesen Tests probieren die KonsumentInnen etwas von dem Pulver. An dem säuerlich-bitteren Geschmack könne man erkennen, ob es sich um „gute Qualität“ handelt.

Der Heroingeschmack ist keine stabile Orientierungshilfe: Je nach Herkunftsgebiet wandelt sich auch der Geschmack. Geschmack ist im übrigen in jeder Richtung manipulierbar durch die Eigenschaften der Verstreckungsmittel.

Geschmackstests sind nicht geeignet, die Heroinqualität verlässlich zu bestimmen.

Farbtest

An der Farbe wollen erfahrene DrogenkonsumentInnen erkennen, ob Heroin gute oder schlechte Qualität besitzt.

Tatsache ist, daß Heroin in seinem Aussehen wie im Geschmack nach Anbaugesicht und Verarbeitungsweise sein Aussehen bereits wandelt. In bester chinesischer oder Thai-Qualität etwa ist es schneeweiß. Das auf dem europäischen Markt erhältliche Heroin ist in der Regel mehr oder weniger braun verfärbt. Die Verstreckungsmittel geben dem Heroin jeweils eine eigene Färbung: Milchpulver ist ein vielgebräuchlicher „Aufheller“, Cofein eher ein „Bräuner“. Andere Materialien wie etwa diverse Medikamentenbinder (Talg) liegen in den Zwischentönen.

An der kurzen Erläuterung wird bereits ersichtlich:

Farbe ist ein ungenaues Qualitätskriterium. Offensichtliche Manipu-

lationen erkennt man nur bei völligem Abweichen von der üblichen Farbpalette von Weiß nach Braun - eher selten auf dem Drogenmarkt anzutreffen.

Säuretest

Der Säuretest ist den meisten DrogenkonsumentInnen in anderem Zusammenhang durchaus geläufig: beim Aufkochen des Heroins auf dem Löffel muß in der Regel irgendeine Säure hinzugefügt werden, damit sich das Heroin überhaupt auflöst. Der Säuretest als Qualitätstest besteht darin, daß der Konzentrationsgrad des Stoffes daran erkannt wird, ob überhaupt Säure hinzugefügt werden muß bzw. wieviel Säure der Stoff benötigt, um sich zu lösen. Je besser die Qualität, desto weniger Säure benötigt der Stoff. Heroin mit geringen Konzentrationen benötigt in der Regel viel Säurezusätze.

Der Säuretest ist mit wenig Aufwand machbar: Säuren wie Ascorbin, natürliche Zitrone, Zitronenkonzentrat oder etwa Essig sind auch in Haft fast immer verfügbar. Als Qualitätsmesser gibt der Test gut gebräuchliche Hinweise: Vorsicht vor Überdosierungen, wenn wenig Säure benötigt wird.

Geschäftstüchtige „Händler“ fügen dem Heroin bereits vor dem weiteren Handel Säuren wie Ascorbin als Verstreckungsmittel zu, um so einen Stoff mit hoher Qualität zu imitieren.

Der Folientest

Heroin wird bei diesem Test in geringsten Mengen auf eine Küchenfolie gestreut und vorsichtig erhitzt. Es gerinnt

von der Pulverform zu einer öligen Konsistenz. Läßt man diese dann erkalten, wird das Material hart wie Glas. Hält man diesen glasig gewordenen Stoff gegen das Licht, läßt sich die Qualität relativ verlässlich erkennen. Je klarer das „Glas“, desto höher sind die Konzentrationen bei diesem Material. Je mehr dunkle Punkte die „Sicht trüben“, desto mehr darf man von Verstreckungsanteilen ausgehen: Sie verbrennen nämlich schneller als das reine Heroin und werden dadurch schwarz.

Der Folientest ist relativ praktikabel und zuverlässig: ausser Folie und einem Feuerzeug wird nichts benötigt. Die Aussagekraft bezüglich der Qualität ist recht verlässlich.

Methodische Hinweise

Das Thema ist in safer-use-Beratungen ein recht „dankbarer“ Stoff. Verbraucherinteressen treffen mit Beraterinteressen in gewisser Weise zusammen: beide wollen aus ganz unterschiedlicher Motivation verlässliche Aussagen über die Qualität des Heroin.

- ⇒ Um die Mitarbeit und Erfahrung der DrogengebraucherInnen in größtmöglichem Maße zu erschließen, starten Sie mit einer sehr kurzen und knappen Einführung in das Thema mit Hinweisen auf das Überdosierungsrisiko bei unbekanntem Stoffqualitäten.
- ⇒ In der Streßsimulation „Stellt Euch vor“ haben Sie bereits Erfahrungen der TeilnehmerInnen erfassen können: interessant ist es festzustellen, ob auf

den Hinweis in der Instruktion, es handele sich um Stoff bester Qualität, überhaupt mit angemessenen Vorichtsmaßnahmen als Schutz vor Überdosierungen reagiert wurde. Gehen Sie also als nächsten Schritt bei der Erarbeitung des Themas mit den TeilnehmerInnen die Ergebnisse der Streßsimulation unter diesem Aspekt durch und notieren sichtbar (am Flip Chart) die Lösungswege in Stichworten.

⇒ Der Verbrauchertest.....

Nachdem Sie die Aufmerksamkeit nun bereits näher auf diesen Aspekt gerichtet haben, lassen Sie die TeilnehmerInnen in fünf Minuten in Gruppen zu zwei, maximal drei TeilnehmerInnen wirksame Verbrauchertest suchen, aufschreiben, erklären und zugleich in ihrer jeweiligen Wirksamkeit als Gruppe beurteilen: 1 = tauglich, 2 = bedingt tauglich, 3 = untauglich, trügerisch. Die Ergebnisse werden dann mit den TeilnehmerInnen gemeinsam kritisch beurteilt.

Medien und Materialien

flipchart

Filzstifte

Folie V

Testbögen (Kopie v.d. Folie „Verbrauchertest“)

Alufolie (für den Folientest)

Ascorbinsäure und Backpulver (für den Säuretest)

Arbeitseinheit 5

Notfalldesinfektion gebrauchter Spritzenequipments

Diese Arbeitseinheit beschäftigt sich mit dem Regelfall in den deutschen Haftanstalten: Für den intravenösen Drogengebrauch stehen keine sterilen Spritzenbestecke zur Verfügung. Spritzenvergabeprogramme in Haftanstalten sind bisher noch die Ausnahme von der Regel. Und die heißt: Eine Spritze wird so oft wie möglich von vielen Häftlingen nacheinander benutzt, ohne sie von möglichen Viren und Bakterienbelastungen zu „befreien“. Das gleich gilt für die Nadel: Sie wird x-fach benutzt, oft von mehreren DrogengebraucherInnen nacheinander. Sie wird stumpf und verletzt damit umso mehr die ohnehin schon belasteten Venen. Sie wird behelfsmäßig geschärft, um auch noch einen weiteren Druck mitzumachen.

Diese Spritzenequipments wegen des nicht ausreichenden Angebotes an sterilen Bestecken in deutschen Haftanstalten mit Hilfsmitteln möglichst effektiv zu desinfizieren - das ist das Thema dieser Arbeitseinheit

Zielsetzung

- ⇒ Gefährdungen durch benutzte Spritzenutensilien realistisch einschätzen
- ⇒ Geeignete Verfahren zur Notfalldesinfektion kennenlernen und beurteilen

Inhalte

Die Notfalldesinfektion ist gefragt, wenn steriles Spritzenbesteck nicht zu bekommen ist (etwa für Menschen in Haft). Wer auch dann nicht auf den i.V.-Konsum verzichten kann, muß provisorisch so optimal wie möglich desinfizieren - mit thermischer Desinfektion, Desinfektion mittels bleach, Jod, Alkohol in Verbindung mit gründlicher vorheriger Reinigung durch kaltes Wasser und anschließender Spülung. Notfalldesinfektion muß besonders gründlich durchgeführt werden. Sonst überleben besonders resistente Pilze, Bakterien und Viren garantiert und werden übertragen! Im folgenden werden die einzelnen Verfahren dargestellt, in ihrer Wirkung, ihren Stärken und insbesondere bezüglich ihrer Sicherheitslücken beurteilt.

1. Die Thermische Desinfektion (boiling)

Die zeitaufwendigste, aber auch sicherste Notfalllösung, die zugleich in deutschen Haftanstalten wohl am einfachsten zu bewerkstelligen ist, soweit Kochstellen oder zumindest Wasserkochgeräte, Tauchsieder o.ä. zur Verfügung stehen.

Material

Benötigt wird lediglich eine Kochstelle, 1 Topf, Wasser und - wenn vorhanden- etwas Soda.

Gebrauchsanweisung

Grobe Reinigung

Mindestens 2x kaltes, fließendes Leitungswasser durch die Nadel in die Spritze aufziehen und wieder ausspülen - in die Toilette, den Abfluß!

Auskochen

Spritze, Kolben und Nadel voneinander lösen und 15-20 Minuten in sprudelnd-kochendes Wasser legen.

Auskühlen

Spritze, Nadel und Kolben abkühlen lassen, um die Venen nicht zu beschädigen!

Montage

Materialien wieder montieren: Nadel auf die Spritze setzen, Kolben hinten einführen.

Ausspülen

2x kaltes, fließendes Leitungswasser durch die Nadel in die Spritze aufziehen und wieder ausspritzen - in die Toilette, den Abfluß!

Vorteile

Einfache, ungefährliche Materialien „aus jedem Haushalt“. Das einzig sichere Verfahren bei richtiger Anwendung auch gegen Hepatitis B und C, sicher aber auch gegen HI-Viren, Pilze und Bakterien!

Nachteile

Anwendungsfehler: „Auskochen“ wird häufig als einmaliges kurzes Einlegen in heißes Wasser verstanden - keine ausreichende Wirkung!

Materialbelastung: Eignet sich nur zum 1-3maligen Gebrauch. Die in Europa gängigen Spritzen- und Nadelprodukte verschleiben langsam: Die Kolben gleiten nicht mehr so gut, die Nadeln werden stumpfer, die Kolbenringe werden poröser!

2. Die bleach-Lösung

Wird in verschiedenen Regionen der USA nach wie vor als zweitbeste Lösung (nach Einsatz sterilen Besteckes, aber vor Benutzung nicht desinfizierter sets) in der Drogenszene vertrieben in sog. Einmal-Dosierungen. Wurde auch längere Zeit in Haftanstalten der Schweiz bei Aufnahme des Häftlings als Erste-Hilfe-Set überreicht.

Material

Natriumhypochlorid (Haushaltsbleiche). Auf dem Markt erhältlich in konzentrierter und verdünnter Form. Wird in Haushalten häufig verwendet als Reinigungsmittel, als Waschmittel zum Entfernen harter Flecken, in der 1-Prozent-Konzentration ist es Grundlage zur antibakteriellen Desinfektion von Babyzubehör (Flaschen, Schnuller, Wickelunterlagen).

Gebrauchsanweisung

2x kaltes, fließendes Wasser durch die Nadel in die Spritze aufziehen und wieder ausspritzen!

2x nacheinander bleach durch die Nadel in die Spritze aufziehen und

2 Minuten in der Spritze einwirken lassen, um die Viren, Pilze und Bakterien so gut wie möglich abzutöten!

2x kaltes Wasser aus der Leitung durch die Nadel in die Spritze aufziehen und wieder ausspritzen!

Vorteile

Wenig Zeitaufwand (ca. 5 min), geringe Kosten, Spritzmaterial bleibt bei einmaliger Verwendung gut erhalten!

Nachteile

Eiweißfehler: Je mehr Blutrückstände offensichtlich in der Spritze bleiben, desto größer die Gefahr, daß die Desinfektion nicht ausreichend ist. Also: besonders gut mit kaltem Wasser vorspülen, anschließend das bleach lange genug einwirken lassen!

Begrenzte Haltbarkeit trotz Lagerung unter Lichtschutz: Natriumhypochlorid verliert nach ca. 3-4 Wochen seine desinfizierende Wirkung in Verbindung mit Sauerstoff! Eiweißrückstände in der Vorratspackung führen ebenfalls nach kurzer Zeit zur Inaktivierung des bleach!

Zulassung: In den USA anerkanntes Verfahren zur Instrumentendesinfektion, den strengen deutschen Zulassungsnormen nicht genügend! Das ist ein Hinweis darauf, daß bleach kein 100%ig sicheres Desinfektionsmittel ist.

Das aufwendige, sicherere Verfahren

Nach der groben Spülung zur Reinigung werden die Materialien auseinandermontiert und für 1 Stunde in ein bleach-Bad eingelegt!

3. Die Jod - Lösung

Wird seit mehreren Jahren in der Schweiz und in einigen deutschen Haftanstalten (z.B. Hamburg) als Erste-Hilfe-Set an Häftlinge verabreicht, um die Infektionsrate in Haft deutlich abzusenken.

Material

Jodabspaltende Verbindung in Kombination mit medizinischem Alkohol. Wird in der Medizin verwendet zur hygien. Händedesinfektion, zur chirurg. Händedesinfektion, zur Wundbehandlung, z.B.

bei Abszessen - als sog. Breitbandmikrobizid!

Gebrauchsanweisung

Reinigung

2mal kaltes, fließendes Wasser durch die Nadel in die Spritze aufziehen und wieder ausspritzen!

Desinfektion

2mal nacheinander Jod-Verbindung durch die Nadel in die Spritze aufziehen, je 2-4 Minuten einwirken lassen zur Desinfektion und wieder ausspritzen - in die Toilette, den Abfluß.

Ausspülen

2mal kaltes, fließendes Wasser aus der Leitung durch die Nadel in die Spritze aufziehen und wieder ausspritzen.

Vorteile

Bekanntes, akzeptiert- eingeführtes Material in der Wundversorgung, geringe Kosten, relativ geringer Zeitaufwand (6-10 Minuten), nur geringe Qualitätseinbußen für das Spritzenbesteck.

Nachteile

Begrenzter Eiweißfehler: Je mehr Blutrückstände nach der 1. Reinigung noch in Spritze und Nadel sind, desto größer das Risiko, daß Hepatitis-Viren nicht ausreichend abgetötet werden.

Eignung

In Deutschland nur zur Händedesinfektion zugelassen und zur Wundversorgung eingesetzt, in anderen Ländern auch zur Instrumentendesinfektion verwendet. Im Tierversuch mit Schimpansen selbst bei konzentrierter, gleichzeitiger Vergabe mit

Hepatitis-belastetem Blut ausreichend inaktivierender Schutz nachgewiesen: Hepatitis-Übertragung fand nicht statt!

Das aufwendige, sicherere Verfahren

Nach der groben Spülung zur Reinigung werden die Materialien auseinandermontiert und für 1 Stunde in ein Jod-Bad eingelegt!

Kontraindikation

Bei Jodallergien und Schilddrüsendysfunktionen nicht anwendbar- zumindest müsste eine äußerst gründliche Spülung nach dem Desinfektionsvorgang erfolgen!

4. Die Alkohol - Lösung

Alkohol ist in Haftanstalten oft genauso Mangelware und nur teuer zu erstehen wie andere Drogensubstanzen, zumal in solch hohen Konzentrationen wie für Zwecke der Notfalldesinfektion nötig. Wirksamer Alkohol ist etwa enthalten in Mundspülern wie Klosterfrau Melissengeist® oder in Tonkopfreinigerlösungen. In Haftanstalten macht die Not nicht selten erfinderisch und führt zur Eigenproduktion von Alkohol. Ob dabei solche Konzentrationen wie erforderlich erreicht werden, ist sehr fraglich. Der Genuß dieses selbsterzeugten Alkohols stellt bereits selbst ein gewisses gesundheitliches Risiko dar.

Material

Medizinischer Alkohol, also Ethanol, Isopropanol oder n-Propanol. Genuss-Alkohol kommt eher nicht in Frage, im Notfall muß er zumindest hochprozentig, also zwischen 70-80 Prozent liegen!

Gebrauchsanweisung

Reinigung

2mal kaltes, fließendes Wasser durch die Nadel in die Spritze aufziehen und wieder ausspritzen!

Desinfektion

2mal nacheinander Alkohol durch die Nadel in die Spritze aufziehen, je 2-4 Minuten einwirken lassen zur Desinfektion und wieder ausspritzen - in die Toilette, den Abfluß.

Ausspülen

2mal kaltes, fließendes Wasser aus der Leitung durch die Nadel in die Spritze aufziehen und wieder ausspritzen.

Vorteile

Kein Eiweißfehler, fast unbegrenzte Haltbarkeit des Materials, geringer Zeitaufwand von 6-10 Minuten!

Nachteile

Eignung: Zumindest in Deutschland als nicht ausreichend HBS- und TBC-wirksam definiert bei der Instrumentendesinfektion. Materialbelastung: Die bei den meisten Spritzenprodukten verwandte Filmbeschichtung der Innenwände wird erheblich angegriffen: die Einmalprodukte sind anschließend weniger gängig, die Einhand-Bedienung wird dadurch erschwert.

Das aufwendige, sicherere Verfahren

Nach der groben Spülung zur Reinigung werden die Materialien auseinandermontiert und für 1 Stunde in ein Alkohol-Bad eingelegt!

Methodische Hinweise

1. Bisherige Praxis abfragen

Zunächst werten Sie die bisher gängigen Lösungen solcher Notfallsituationen zusammen mit den TeilnehmerInnen aus. Sollten Sie die Streßsimulation am Beginn dieses Textes bereits durchgeführt haben, brauchen Sie nur nochmals mit Flip chart-Unterstützung die dort ange-dachten Lösungen nochmals in Erinnerung rufen.

2. Alternativen durch TeilnehmerInnen suchen lassen

Durch TeilnehmerInnen erarbeitete Lösungen sind „Gold wert“, jedenfalls erheblich wirksamer und akzeptierter als durch den Frontalvortrag Ihrerseits. Gegebenenfalls können Sie selbst anhand oben dargestellter Lösungen die Auflistung ergänzen.

3. Lösungen beurteilen nach Sicherheitskriterien und Praktikabilität

Bevor die Beurteilung erfolgt, lassen Sie zunächst die TeilnehmerInnen selbst Gütekriterien in einem brainstorming entwickeln. Visualisieren Sie die Vorschläge wiederum mittels Flipchart oder mit Transparenzfolien über Tageslichtprojektor. Und erst dann nehmen Sie gemeinsam mit den TeilnehmerInnen die Bewertung vor und überprüfen, ob und welche Lösung in Ihrer Haftanstalt praktikabel und gegebenenfalls auch tolerabel ist.

4. Auch hier: Praxisdemonstrationen sind die halbe Miete!

Also halten Sie einige der oben aufgeführten Desinfektionsmittel parat. Lassen

Sie vorführen nach obigen Instruktionen oder - noch besser - nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum“ zunächst so, wie es aus Sicht der TeilnehmerInnen am besten wäre. Fehler, bei der Demonstration sichtbar geworden, lassen sich besonders anschaulich bewerten und prägen sich als bewußt gewordene Risiken umso besser ein!

Medien und Materialien

Fragebogen: Notfalldesinfektion

Folie Notfalldesinfektion VI + VII

Flipchart

Filzstifte

Desinfektionsmittel wie Jodverbindung (Betaisadonna®-Lösung, Braunol® etc.), medizinischer Alkohol (Isopropanol o.ä.), Haushaltsalkoholische Lösungen wie Klosterfrau Melisengeist®, Bleach (NACL = Natriumhypochlorit = Milton®-Lösung etc.), Essig.

Abschließende methodische Hinweise

1. Werten Sie die gesammelten Erfahrungen aus der Streßsimulation zusammen mit den TeilnehmerInnen aus: welche Verfahren haben Anwendung gefunden?
2. Sonst: Durch einfache Abfrage versuchen Sie, die gängigen Verfahren unter UserInnen zu erfassen.
3. Lassen Sie einzelne TeilnehmerInnen praktisch ihre Favoritenlösung zur Desinfektion von Spritzenequipments vorführen.
3. Nehmen Sie zusammen mit den TeilnehmerInnen eine Erfolgssbewertung vor: welche Verfahren werden als effizient, praktikabel und unter Haftbedingungen als realistisch beurteilt?

Folie VI

**Safer use -
Training und Beratung**

**Notfalldesinfektion gebrauchter Spritzen
und Nadeln mit Provisorien:**

- Thermische Desinfektion (boiling)**
- bleach-Verfahren**
- Alkoholdesinfektion**
- Joddesinfektion**
- Andere Verfahren**

Arbeitseinheit 6

Needle sharing und Drug sharing

In dieser Arbeitseinheit wird folgende Thematik bearbeitet: Heroin wird gemeinsam eingekauft und soll „gerecht“ geteilt werden. Verschiedene Techniken, Drogen - mit und ohne gesundheitliche Risiken - gerecht zu teilen, werden erfaßt und bewertet. Needle sharing ist die ganz offensichtlich riskanteste Praxis, die unter DrogenkonsumentInnen in den letzten Jahren dank fortgeschrittener Präventionsbemühungen mit Spritzenvergabe und Information über andere Medien zwar eindeutig rückläufig ist, aber nach wie doch bei einem nicht geringen Teil der Drogenkonsumpopulation mehr oder weniger regelmäßige Praxis ist. Drug sharing stellt unter ungünstigen Bedingungen gerade in Haft eine potentielle Infektionsmöglichkeit dar, wenn etwa gebrauchte Spritzen und Nadeln als Teilungsinstrumente eingesetzt werden.

Ziele

- ⇒ Teilungspraktiken erfassen
- ⇒ Risiken bei der Teilung erkennen und Alternativen darstellen
- ⇒ Needle sharing tabuisieren und Alternativen vermitteln

Inhalte

Drug sharing kennt mehrere Methoden, um etwa Heroin „gerecht“ zu teilen. Daß es überhaupt geteilt werden muß, hängt mit der gerade in Haft unter besonderen Tabu-Bedingungen preistreibenden

Schwarzmarktsituation zusammen: nirgendwo in der Gesellschaft sind legale und illegale Drogen teurer wie Haftanstalten, wo sie fast zur zweiten Währung stilisiert sind. Je teurer aber ein solcher Konsumartikel wird, desto größer ist die Anstrengung, preisgünstig einzukaufen, also in größeren Mengen, die erst nach dem Kauf gerecht geteilt werden müssen. Die Angst vor Benachteiligung in diesem Teilungsprozess kann zu Komplikationen mit fragwürdigen Teilungspraktiken führen. Dazu zählen alle Praktiken, bei denen Spritzen bzw. Nadeln als Teilungsinstrumente eingesetzt werden.

Auf einige mehr oder weniger bekannte Praktiken und damit verbundene Risiken soll hier in Stichworten eingegangen werden.

Needle sharing

Ein Spritzenequipment (Spritze und/oder Nadel) wird von zwei oder mehr Konsumenten nacheinander benutzt. Dieses Risiko ist trotz zunehmenden steriler Spritzenbestecke über die Drogenhilfe, den Apothekenvertrieb, Spritzenautomaten auch heute - gerade in ländlichen und kleinstädtischen Regionen nicht selten. Ein flächendeckendes Angebot gibt es in der Bundesrepublik nach wie vor nicht, und das Mitführen von ausreichender Anzahl an Spritzen macht den Konsumenten zum verdächtigen Straftäter im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes. In der Beratung dürfen diese Versorgungslücken nicht verdrängt werden. Ausreichende Vorratshaltung steriler Spritzenbestecke ist sicher der optimalste Schutz vor Infektionen durch needle sharing. Notfalldesinfektionen durch Thermische

Desinfektion (Kochen), provisorische Desinfektion mit Jodlösung, Alkohollösung, Haushaltsbleiche etc. sind hier die nächstbesten Lösungen, die allerdings bei falscher Desinfektionstechnik Wirkungslücken aufweisen und mehr oder weniger umständlich, zeitaufwendig sind. Trotzdem: Notfalldesinfektion gebrauchten Spritzbesteckes ist besser als der Verzicht auf jede Reinigung.

Drug sharing

Um das meist in kleinen Portionen gekaufte Heroin gerecht unter zwei und mehr Konsumenten aufzuteilen, wird das Pulver zunächst auf dem Löffel aufgelöst und anschließend eine oder mehrere Spritzen zur Teilung benutzt: das vom Löffel aufgezugene Heroin in verflüssigter Form wird mit einer Spritze aufgezugene und nach abgezählten Teilstrichen „gerecht“ weitergegeben. Entweder (seltener) durch direkte Injektion nacheinander mit ein und der gleichen Spritze und Nadel (Needle sharing) oder durch Abgabe der Heroinlösung über weitere Spritzen. Dazu gibt es vor allem zwei Techniken.

frontloading

Die Lösung wird über die vordere Öffnung (den Konus) in die zweite Spritze eingegeben und erst dann intravenös konsumiert.

backloading

Das gleiche geschieht über die hintere Öffnung der zweiten Spritze, in dem zuvor der Spritzenkolben herausgezogen wurde. Diese Technik wird besonders bei den (meist einteiligen) Insulinspritzen an-

gewandt, bei denen Spritzkörper und Nadeln fest mit einander verbunden sind.

Zu diesen beiden Dosierungstechniken über eine zweite oder mehrere Spritzen gibt es zahlreiche Abwandlungen (vgl. Bornemann 1993). Entscheidendes Risiko besteht darin, daß zwar jeder sein eigenes Spritzenbesteck zur Injektion benutzt, aber bereits bei der vorherigen Teilung der Heroinportionen Bakterien, Pilze und Viren übertragen werden können, insbesondere, wenn aus vorhergehender Benutzung auch nur einer einzigen Nadel oder Spritze belastete Eiweißrückstände mit weitergegeben werden. Drug sharing ist unter HeroinkonsumentInnen weit verbreitet.

Methodische Hinweise

Die Arbeitseinheit lebt wiederum von der plastischen Darstellung der diversen Teilungstechniken. Also beherzigen Sie:

- ⇒ Praktiken mit einschlägigen Materialien (Spritze, Löffel, Nadel, Heroinimitate wie etwa Backpulver) durch TeilnehmerInnen vorstellen lassen und gemeinsam Risiken erkennen bzw. benennen.
- ⇒ Alternativen ebenfalls demonstrieren

Medien und Materialien

Flipchart

Filzstifte

Spritzutensilien wie Spritze, Nadel, Löffel, Wasser u. Heroinimitat (Backpulver o.ä.)

Folie VII

Folie VII

Offene und versteckte Infektionsquellen

- **Drugsharing**
 - **Drogenteilen mit Spritze und Nadel**

- **Needlesharing**
 - **Nadeltauschen**

- **Worksharing**
 - **Utensilien (Löffel, Filter, Wasser) gemeinsam gebrauchen**

Arbeitseinheit 7

Worksharing

In dieser Arbeitseinheit geht es nochmals um die gesundheitlichen Risiken, die entstehen können, wenn „Werkzeuge“ des intravenösen Drogenkonsums unter mehreren KonsumentInnen gemeinschaftlich benutzt werden. Gemeint sind Materialien wie Filter, Wasser, Löffel und Tupfer.

Ziel

- ⇒ Drogenkonsumutensilien als potentielle Infektionsträger erkennen
- ⇒ Saubere Materialien zum Schutz von Gewebe und Gefäßen nutzen

Inhalt

In der AIDS-Prophylaxe unter DrogenkonsumentInnen wurde lange Zeit vernachlässigt, daß die Infektionskette eben nicht nur aus der Übertragung des Virus über Spritze und Nadel, sondern eben auch über den gemeinschaftlichen Gebrauch anderer Konsumutensilien geschehen kann. Unter Haftbedingungen sind die Materialien, die benötigt werden, häufig genug Mangelware, weil sie bei Zellkontrollen als Indiz für den i.v. Konsum gelten und deshalb rar gehalten werden. Der Konsum hingegen geschieht nicht selten gemeinschaftlich zu zweit oder mit mehreren DrogenkonsumentInnen. Das Risiko, daß Konsumutensilien dabei bewußt oder versehentlich gemeinschaftlich benutzt werden, obwohl sie viral und/ oder bakteriell belastet sind, ist relativ groß. In den bisher in Haft durchgeführten Trainings wurde sehr deutlich,

daß die meisten TeilnehmerInnen diese potentielle Infektionskette überhaupt nicht gesehen haben und deshalb auch keine besonderen Schutzvorkehrungen als nötig angesehen haben. Im folgenden werden Praxis und Risiken im Umgang mit den diversen Materialien kurz und knapp erläutert.

Filter

Sie stellen in der Praxis ein ganz erhebliches Risiko dar. Benutzt werden meist kleinste Stückchen eines Zigarettenfilters (seltener: Baumwoll-, Verbandsmaterialien, Watte, Tampons). Durch diese provisorischen Filter wird das aufbereitete Heroin vom Löffel in die Spritze aufgezogen. Dadurch soll erreicht werden, daß die beim Aufkochen sichtbaren Schmutzpartikel, die mit dem Heroin nichts zu tun haben, nicht in die Venen geraten. Der Vorgang als solcher ist äußerst sinnvoll, wenn man weiß, wie hoch der Verstreckungsgrad des angebotenen Heroins häufig ist und welche Belastungen damit einhergehen würden, wenn das Gesamtmaterial in den Körper geraten würde: Abszesse würden deutlich zunehmen, Schädigungen der Venen ebenfalls. Und etwa die bakteriell erzeugte Endokarditis als eine - unbehandelt - lebensbedrohliche Entzündung des Herzens würde ohne jede Filterung der Drogenlösungen rasant ansteigen und die frühe Invalidität bei i.V.-KonsumentInnen geradezu provozieren.

Analysen in niederländischen Instituten haben ergeben, daß pro Filter dieser provisorischen Bauart etwa 0,0046 Gramm Heroin als Rückstand „hängenbleiben“, also nicht in die Spritze gelangen. Die al-

lermeisten DrogenkonsumentInnen wissen das. Je knapper die Ware, desto mehr muß gespart werden. Die Folge: Heroinfilter werden verwahrt. 10 oder mehr solcher Filter werden später - das ist dann der Notvorrat - nochmals auf dem Löffel aufgekocht, um einen größtmöglichen Teil des Rückstandes doch noch zu verwerten.

Die gesundheitlichen Risiken

- ⇒ Die Filter werden meist feucht verwahrt. Allein damit sind sie eine - im negativsten Sinne - hervorragende Vermehrungsgrundlage für Bakterienkulturen: binnen 6 Stunden etwa „wachsen“ so bis zu 8 Millionen Bakterien, die Venen, Gewebe, Herz etc. entsprechend belasten.
- ⇒ Die Filter sind selbst - je nach Beschaffenheit des Materials - gefährlich: Sie lösen sich mehr oder weniger schnell auf. Feinste Bestandteile von ihnen geraten so selbst in die Spritze und später in die Blutbahn mit den einschlägigen Folgebelastungen und Erkrankungen (s.o).
- ⇒ Die Filter sind Venträger: Das gilt dann, wenn auch nur einer der gesammelten Filter mit Blutmaterial, das Viren enthält, belastet war. Insbesondere die Hepatitis-Viren leben in diesen Verhältnissen noch eine geraume Zeit weiter und können auf diese Art und Weise des Filtersammelns weitergegeben werden. Handelt es sich also beim Konsum um Filter anderer KonsumentInnen, kann ungewollt eine Infektionskette geschlossen werden - unsichtbar, aber wirksam. Der von anderen gebrauchte, wiederaufgekochte

Filter wird zur Hepatitis-Infektionsquelle.

Seit 1997 gibt es eine Innovation auf dem Markt der Spritzenutensilien: die Schweizer Firma COMPET AG hat einen neuen Filter entwickelt und gemeinsam mit BRAUN zur Serienreife gebracht, der durch eine Membran optimal alle Schmutzpartikel, die größer als 15 micron sind, filtert. Das Filtermaterial ist fest, kann sich also nicht auflösen und in die Venen geraten. Und: der entscheidende Vorteil sowohl aus Sicht der Infektionsprophylaxe wie aus KonsumentInnensicht besteht darin, daß die Filter für das Heroin selbst zu 100 Prozent durchlässig sind. Damit besteht keinerlei Veranlassung mehr, Filter zu sammeln, selbst wieder aufzukochen oder an Dritte zum späteren Konsum weiterzugeben. Eine von mehreren Infektionsketten kann mit dem Einsatz dieser neuen Filter somit geschlossen werden. Die Filter gehören in jedes niedrigschwellig ausgerichtete Drogenhilfeangebot und speziell jedes Spritzenvergabeangebot - gerade auch in Haftanstalten. Eine nächste Generation von Filtern, die selbst Viren effizient filtern, ist z.Zt. in der Entwicklung.

Zum Einsatz der provisorischen Filter besteht zur Minderung der gesundheitlichen Risiken die einzige Möglichkeit wohl darin, benutzte Filter vor dem Wiederaufkochen zumindest über mehrere Tage zu trocknen und so eventuell die virale Belastung zu vermindern. Gesund wird dieser Filtereinsatz allerdings nie.

Wasser

Zur Aufbereitung des Heroins wird meist Wasser verwendet. Und nicht zu selten das gleiche Wasser, mit dem zuvor auch Spritzen und Nadeln provisorisch gereinigt oder durchspült wurden, um sie von Blutrückständen, anderen Verstopfungen und Verunreinigungen von Nadel und Spritze zu entsorgen. Geraten virusbelastete Materialien (Eiweißrückstände) eines der beteiligten KonsumentInnen in das Wasser, das später auch zur Auflösung des Heroin verwendet wird, ist wiederum ungewollt die Infektionskette geschlossen.

Die Empfehlung: Wasser nur aus dem Wasserhahn als fließende Quelle verwenden - zur Reinigung und zur Aufbereitung des Heroins. Kein abgestandenes Wasser benutzen, kein Wasser zu mehreren KonsumentInnen aus einem Glas, aus einer Flasche entnehmen.

Tupfer

Tupfer werden allzu leichtsinnig auch von mehreren KonsumentInnen nacheinander benutzt, um Einstichstellen vorzureinigen oder abzudrücken nach der Injektion. Auch hier gilt: Blut ist oft im Spiel, die Infektion bei offener Wunde leichterhand möglich. Ob der Alkoholgehalt der medizinischen Tupfer ausreicht,

um das eingezogene Blutmaterial zu desinfizieren, ist nicht immer sicher. Das ist z.B. dann fraglich, wenn die Vakuumverpackung schon vor längerer Zeit geöffnet wurde, der Tupfer also ausgetrocknet ist: Die desinfizierende Wirkung ist verflüchtigt.

Methodische Hinweise

Die Risiken plastisch machen

Nehmen Sie die üblichen Materialien mit in diese Arbeitseinheit. Lassen Sie die TeilnehmerInnen selbst die übliche Praxis vormachen. Die Jury besteht aus den BeobachterInnen. Lassen Sie jede für sich anhand einer vorgefertigten Tabelle „Fehler“ und Risiken in der Anwendung, die zur Infektionsbelastung führen können, auflisten. Das ist die Diskussionsgrundlage für diese Arbeitseinheit, für die Vertiefung der Risiken.

Materialien

Flip chart

Folie VII

Filzstift

Diverse provisorische Filtertypen (Tampon, Zigarettenfilter, Baumwollkügelchen)

Neue Spitzenfilter (COMPET AG)

Folie VIII

Notfalldesinfektion

- **Thermische Desinfektion (boiling)**
 - **15-20 Minuten in sprudelnd kochendes Wasser**

- **bleach-Verfahren**
 - **Clorix® , Milton® = Natriumhypochlorid**

- **Alkoholdesinfektion**
 - **ab 70%-80% aufwärts**

- **Joddesinfektion**
 - **Betaisadonnalösung**

- **Andere Verfahren**
 - **Spülmittel**

Arbeitseinheit 8

Safer Injecting

Beim intravenösen Drogengebrauch kommt es zu zahlreichen Belastungen des Gewebes und der Gefäße. In dieser Arbeitseinheit geht es darum, mit den TeilnehmerInnen Techniken zu beraten, wie - wenn nicht auf den i.v.-Konsum verzichtet werden kann, unnötige injektionsbedingte Schädigungen vermieden werden können.

Zielsetzung

Üngünstige Injektionsbedingungen erfassen!

Optimale Injektionstechniken begründen und vermitteln!

Inhalte

Im Vordergrund steht die Vermittlung optimaler Vorbereitung und Durchführung der Injektionen. Dazu zählt nochmals zunächst die Erkenntnis, daß die Rahmenbedingungen möglichst streßreduziert zu gestalten sind. Das ist unter Haftbedingungen besonders erschwert: die soziale Kontrolle durch Mithäftlinge und Bedienstete des Vollzugsdienstes ist enorm höher als in der übrigen Gesellschaft, die strafenden Konsequenzen sind per definitionem und Aufgabenstellung des Haftalltages ebenfalls en detail geregelt und absehbar.

Dennoch bleibt auch - je nach zugestanderener oder erworbener Lockerung des Haftalltages - hier Spielraum und Gestaltungsmöglichkeit, um allgemeine Hinweise auch unter Haftbedingungen zu realisieren.

1. Allgemeine Hinweise zur Injektionsvorbereitung

Injektionsvorbereitungen

- Alle benötigten Materialien bereithalten, bevor das pack angebrochen wird!
- Möglichst die besterhaltenen Venen verwenden - riskante Venen meiden!
- Hände, Löffel und ausgewählte Einstichstelle desinfizieren, jeweils mit eigenem Alkoholtupfer!
- Bei starkem Entzug: Erst sneefen oder rauchen! Injektionen mit dem „Affen im Nacken“ machen meist Verletzungen!
- Das sauberste Wasser zur Aufbereitung verwenden: Gekochtes Wasser besser als ungekochtes, kaltes besser als warmes, fließendes Wasser besser als stehendes, Mineralwasser besser ohne als mit Kohlensäure!
- Zur Auflösung des Heroins so wenig Säure wie nötig verwenden - Ascorbin eignet sich am besten!
- Unbedingt saubere, ungebrauchte Filter benutzen (Zigarettenfilter, Mull) - gebrauchte Filter führen zu shakes, Abszessen und anderen Infektionen
- Die aufgezogene Flüssigkeit muß möglichst kalt und klar sein - das schont die Venen, schützt vor Embolien u.s.w.!
Notfalls: Nochmals filtern!
- Spritzen und Nadeln nie zur Teilung einer Dosis mit anderen benutzen (backloading und frontloading)!

2. Übliche Injektionsorte erfassen und kritisch bearbeiten

Das Thema erfordert medizinischen Sachverstand und sollte deshalb auch nur unter Mitarbeit entsprechend geschulten Perso-

nals durchgeführt werden. Kompetent qua Ausbildung sind dafür ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal mit speziellen Vorkenntnissen.

Im folgenden wird deshalb nur anhand einer Skizze dargestellt, welche Injektionsorte riskant, weniger riskant bzw. gar nicht geeignet erscheinen für den intravenösen Konsum.

1. Injektionstechnik: einfache Hinweise erarbeiten

Technik der Injektion

- Für jeden Druck eine neue Einstichstelle - wenigstens 1 cm neben der letzten Stelle!
- Nicht alle Venen eignen sich gleich gut (siehe Schaubild)!
- Einstichstelle desinfizieren!
- Rollvenen vor dem Einstich mit dem Finger fixieren!
- Geeignete Nadeln verwenden: Längere und dickere (16er oder 18er) sind besser als dünnere Nadeln (Insulin-nadeln z.B.)!
- Immer Richtung Herz injizieren - Venen sind Einbahnstrassen! (siehe Schaubild!). Einstichwinkel 15-35 Grad!
- Langsam injizieren - besonders bei dünnen Venen, bei unbekanntem Stoffqualitäten!
- Wenn kein Einstich in die Venen mehr möglich ist: Rauchen und sneefen ist besser als intramuskuläre Injektion!
- Nach dem Entfernen der Nadel: wenigstens zwei Minuten die Einstichstelle fest abdrücken, ggfs. mit venenpflegenden Salben später einreiben!

Methodische Hinweise

1. Vertrauensfördernde Maßnahmen

Im Haftalltag treten gerade bei der Bearbeitung solcher Themen, bei denen die aktuelle Praxis („Wie ich zur Zeit spritze?“) unmittelbar einfließt, hier häufiger Interessenkollisionen auf, die unüberbrückbar erscheinen: Der Arzt/die Ärztin, die hier hinzugezogen werden, um mich als Häftling bei der schadensärmeren Injektionspraxis zu beraten, ist möglicherweise zugleich verantwortlich für die Entscheidung, ob ich wegen regelmäßigen Beigebrauches intravenös verabreichter Substanzen aus der haften Methadonvergabe ausgeschlossen werde. Das Thema wird an anderer Stelle des Handbuches vertieft. Hier empfiehlt es sich als vertrauensfördernde Maßnahme, für solche Themen externes Personal hinzuzuziehen.

2. Usererfahrungen konkretisieren und beleuchten

Anhand eines auf einer Skizze abgebildeten männlichen bzw. weiblichen Körpers sollen die Teilnehmer in kleinen Gruppen zu zweit, maximal zu dritt in ca. 10 bis 15 Minuten „von Kopf bis Fuß bewerten, wie sie die einzelnen möglichen Injektionsorte bewerten. Das schließt übrigens nicht nur die intravenöse Applikation, sondern selbstverständlich auch die intramuskuläre (= in die Muskulatur) bzw. subkutane (= unter die Haut) Verabreichung von psychotropen Substanzen ein. Wenn es die Atmosphäre zuläßt, sollen die TeilnehmerInnen durchaus ermuntert werden, auch ihre eigenen Körpererfahrungen einzubringen: welche Schädigungen, welche günstigen, wenig belastenden Injektionsorte habe ich genutzt? Wie bin ich mit Verletzungen von

Gewebe und Gefäßen umgegangen (Erste Hilfe, Selbstbehandlung)?

3. Praxis ist (fast) alles

Wenn Sie genügend Erfahrung gemacht haben oder Erfahrung unter den TeilnehmerInnen genügend vorhanden ist, dann üben Sie auch praktisch die fachgerechte Injektion mit dem für die Ausbildung von KrankenpflegeschülerInnen und MedizinstudentInnen üblichen Lehrmaterial (siehe Medien und Materialien)

4. Medien und Materialien

Flip Chart

Filzstifte

overhead- Projektor

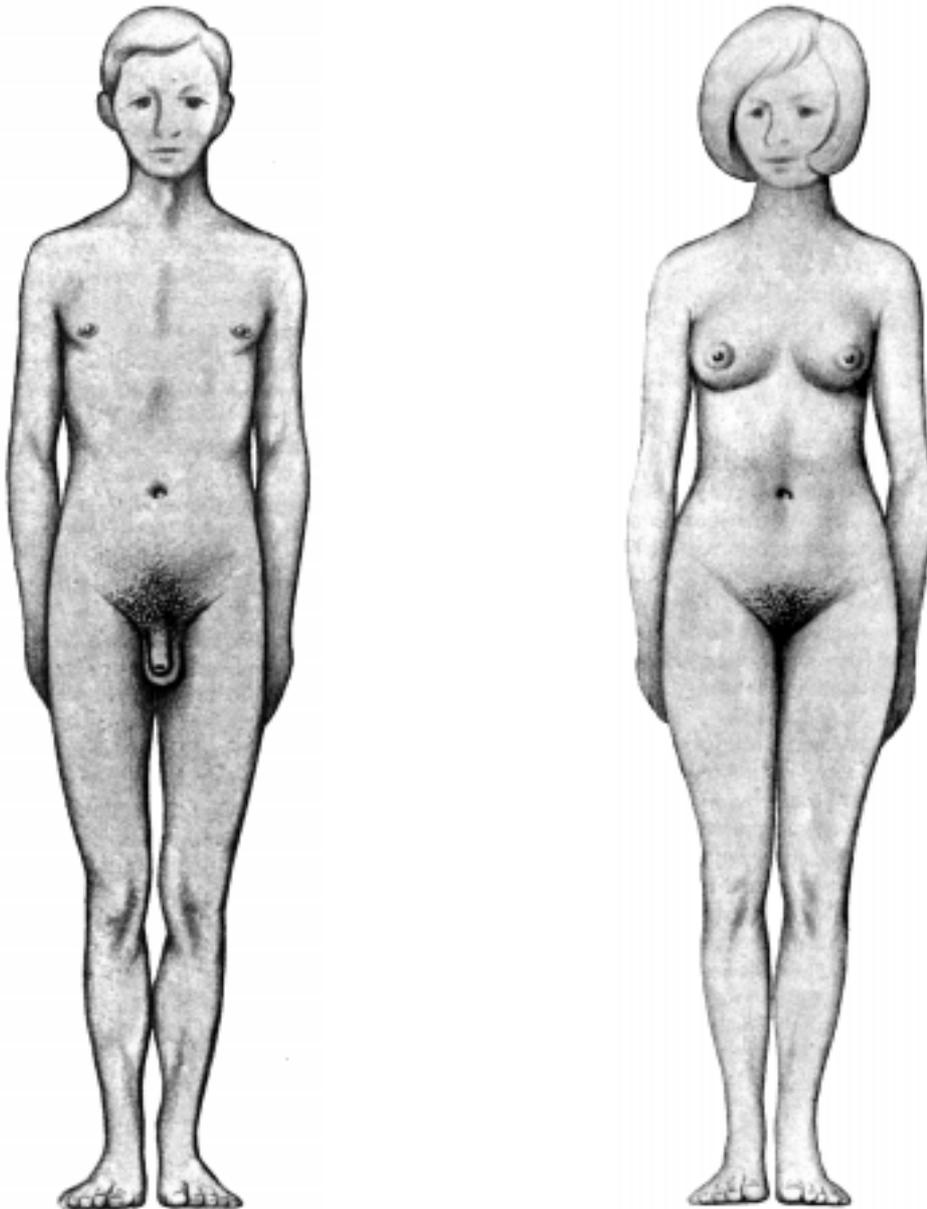
Folie und Kopien (Schaubild männlicher/ fraulicher Körper)

Übungsmaterial f. Injektionen (Apfelsine/ Banane/Lehrmaterial Arm etwa von LAERDAL®)

Deko-Puppe oder andere Plastik menschl. Körpers (Unterrichtsmaterial für Krankenpflegeschulen)

Spritzen, Nadeln, Tupfer, Venenpflegematerial

Folien IX und X

Folie IX

Der Testbogen: Trag in die Skizze an verschiedenen Körperteilen und Gefäßen (Venen/ Muskeln etc.) ein, ob sie sich gut oder schlecht eignen für einen Schuss - mit folgenden Zeichen:

- 1 = vertretbar
- 2 = riskant
- 3 = auf keinen Fall zu empfehlen

Wenn Du kannst, schreib in Stichworten Begründungen dazu für Dich und die Gruppe!

Folie X

Technik der Injektion

- Für jeden Druck eine neue Einstichstelle - wenigstens 1 cm neben der letzten Stelle!
- Nicht alle Venen eignen sich gleich gut (siehe Schaubild - Folie IX)!
- Einstichstelle desinfizieren!
- Rollvenen vor dem Einstich mit dem Finger fixieren!
- Geeignete Nadeln verwenden: Längere und dickere (16er oder 18er) sind besser als dünnere Nadeln (Insulinnadeln z.B.)!
- Immer Richtung Herz injizieren - Venen sind Einbahnstraßen! Einstichwinkel 15-35 Grad!
- Langsam injizieren - besonders bei dünnen Venen, bei unbekanntem Stoffqualitäten!
- Wenn kein Einstich in die Venen mehr möglich ist: Rauchen und sneefen ist besser als intramuskuläre Injektion!
- Nach dem Entfernen der Nadel: wenigsten zwei Minuten die Einstichquelle fest abdrücken, ggfs. mit venenpflegenden Salben später einreiben!

Arbeitseinheit 9

Das Sicherheitsrisiko für alle: Entsorgung - aber wie?

Ein größeres Problem gibt es in Haft wohl kaum: Wie sicher wird eigentlich illegales Spritzenmaterial so entsorgt, daß niemand unnötig mit Risiken belastet wird. Die Problemverstrickung ist recht umfassend: Nach dem Konsum läßt wirkungsbedingt das Interesse an den benutzten Materialien zunächst mal nach. Später kann häufig nur noch schlecht unterschieden werden „Welches ist Deine Spritze? Welche meine?“ Nur die Angst vor dem „Entdeckt werden auf frischer Tat“ führt zu oft hastigen und riskanten Lösungen.

Zielsetzung

- ⇒ Sensibilisieren für das Sicherheitsbedürfnis der Haftumwelt!
- ⇒ Sicherheitslösungen erarbeiten.

Inhalte

Hier lassen sich die Inhalte recht knapp und kurz beschreiben: Spritzen und Nadeln müssen - wenn sie illegal in Besitz sind - möglichst unauffällig und sicher entsorgt werden. Die Lösung liegt darin, daß nicht mehr brauchbare Spritzenutensilien in festen Behältern in den sog. Hausmüll verbracht werden, also abgefüllt in Flaschen, Dosen o.ä. So kann sich nie-

mand ohne weiteres aus Ahnungslosigkeit heraus verletzen - an den gebrauchten Nadeln etwa.

Methodische Hinweise

1. Ist die Atmosphäre vertraulich genug?

Sie kennen diese Frage schon: Beim Thema „Injektionstechniken“ wurde bereits darauf verwiesen, daß bei Teilnahme von Personen, die für Sicherheit und Kontrolle der Zellen direkt verantwortlich sind, natürlich niemand damit rechnen kann, daß Häftlinge an dieser Stelle ganz unbefangen ihre bisherigen Entsorgungspraktiken darstellen. Das führt zu Zielkonflikten, die nicht so ohne weiteres zu bewältigen wären. Folgende Möglichkeiten bieten sich an:

- ⇒ Dieses Thema wird im wesentlichen durch Frontalunterricht abgearbeitet: Sie verzichten auf die Darstellung durch Häftlinge und listen selber auf, was Sie schon erlebt haben an Entsorgungsbeispielen guter und schlechter Art.
- ⇒ Sie lassen das Thema durch externes Personal darstellen!
- ⇒ Das Thema wird durch die Häftlingsgruppe alleine bearbeitet und Sie lassen sich nur noch Lösungen präsentieren!

2. Bisherige Entsorgungspraxis kritisch erläutern

Folie XI

Entsorgungsbeispiele im Test

- **Die Nadeln werden in guter Absicht zerstört** durch Verbiegen o.ä. Hohe Verletzungsgefahr, daher nicht zu empfehlen.
- **Nadeln werden neben den Kolben von hinten in die Spritze gesteckt.** Zumindest bietet diese Praxis einen gewissen Schutz für die Umwelt. Das unbeabsichtigte Stechen mit der Nadel wird verhindert, weil sie durch die Spritzenwand selbst geschützt ist.
- **Spritzen werden zerstört durch Verbrennen** des Konus oder der Spitze der Spritze (also dort, wo ggfs. Nadeln aufgesetzt würden). Diese Lösung verhindert zumindest die Wiederbenutzung: Das Plastik verschmort recht schnell unter dem Feuerzeug. Vorsicht: Gerät das flüssige Plastik auf die Haut, gibt es schmerzhaftere Verbrennungen!
- **Spritze und Nadel werden irgendwo in der Zelle versteckt** - und dann auch häufig später vergessen. Gefährliche Lösung für alle Beteiligten, zumindest wenn die Spritzensets nicht vorher erneut desinfiziert wurden. Versteckte Spritzen - zufällig gefunden - können zu unbeabsichtigten Stichverletzungen mit Infektionsrisiko führen. Und das ist hoch bei der Übertragung von Hepatitiden, etwas geringer bei der Übertragung des AIDS-Virus.

Arbeitseinheit 10

Safer use bei Kokain

Kokain ist in Haftanstalten seltener und teurer zu bekommen als Heroin. Dennoch spielt es auch dort eine erhebliche Rolle und erfordert eben auch besondere „Gebraucherhinweise“, um die gesundheitlichen Belastungen zumindest zu reduzieren. Darum geht es in dieser Arbeitseinheit.

Soweit Kokain intravenös verabreicht wird, können im wesentlichen die vorherigen Empfehlungen, die sich auf den intravenösen Heroinkonsum beziehen, übernommen werden. Bei den folgenden Safer use-Empfehlungen, die Inhalt einer eigenen Arbeitseinheit sind, beschränken wir uns auf den nicht intravenös verabreichten Kokainkonsum.

Zielsetzungen

- ⇒ Besondere Risiken des Kokainkonsums erkennen
- ⇒ Schadensbegrenzende Konsumtechniken vermitteln.

Inhalte

1. Qualitätstest

- ⇒ Teuer: In Haftanstalten wohl kaum erhältlich und bezahlbar ist eine Testflüssigkeit, die Kokain bläulich verfärbt, die übrigen Ver Streckungsmittel aber eher weiß bis gelblich darstellt.
- ⇒ Unzuverlässig: der Betäubungstest. Kokain hat eine lokalanästhesierende Wirkung, also betäubend. Durch Auflegen von etwas Kokain auf die Zungenspitze

oder Einreiben des Zahnfleisches soll die Qualität getestet werden. Handicap: Kokain wird häufig mit anderen Schmerzmitteln gestreckt, die möglicherweise ähnliche Wirkung erzeugen können.

- ⇒ Verlustreich, aber sicher: der Kochtest. Kokain wird aufgeköcht in Natron, Ammoniak, oder Bullrichsalz. Erst bei 180 Grad schmilzt das Kokain, die gängigsten Ver Streckungsmittel verändern sich bereits vorher

2. Alternativen zum intravenösen Konsum

- ⇒ **Sneefen:** Das Kokain wird so klein wie möglich zerhackt (scharfes Messer, Rasierklinge, Telefonkarte o.ä.). Je größer die Kristalle bleiben, desto mehr schädigen sie mit ihrer Schärfe die Nasenschleimhäute. Über ein Röhrchen wird das Pulver, in einer Linie gelegt, in die Nase aufgenommen. Die Vorteile im Vergleich zum intravenösen Konsum: Fast gleich schneller Wirkungseintritt (2-3 Minuten), keine Schädigung des Gewebes und der Venen, normalerweise kein direkter Blut-zu-Blut-Kontakt und damit erheblich geringeres Infektionsrisiko. Es sei denn, man teilt zu mehreren das Röhrchen, durch das das Koks aufgenommen wird. **Also: Verzicht auf Röhrchen-sharing!**
- ⇒ **Essen:** Das Kokain wird unter die Zunge gelegt oder in das Zahnfleisch einmassiert. Vorteil ist genauso wie beim Sneefen, daß kein Blutübertragungsrisiko für Infektionen besteht. Der Wirkungseintritt geschieht wie beim Sneefen „nur“ 2 bis 5 Minuten später als beim intravenösen Konsum, der

- ⇒ Wirkungshöhepunkt flutet allerdings - ähnlich wie beim Heroinkonsum - langsamer an, hält dann ca. 30 Minuten und geht dann in der nächsten Stunde langsam zurück.
- ⇒ **Rauchen - Trinken - Schlucken:** Selten wird Kokain geraucht - bei sehr viel kürzerer Wirkungsdauer verführt diese „luxuriöse“ Konsumform zu hek-

tischerem Konsum und damit zu ungleich höherem Überdosierungsrisiko. Ebenfalls selten wird Kokain getrunken oder einfach geschluckt. Ein erheblicher Nachteil besteht in der oft schlechten Magenverträglichkeit mit teils erheblichen Beschwerden: Krämpfe, Reizung der Magenschleimhäute, Schädigung der Darmflora etc.

3. Übersicht zu gesundheitlichen Risiken

Folie XII

Gesundheitliche Risiken kurzgefaßt

- **Reizung der Nasenschleimhäute** mit Gefahr eines chronischen Entzündungsherd. Deshalb: Öfter die Aufnahmepraxis zwischen Sneefen und dem Unter-die-Zungelegen bzw. dem Einmassieren in das Zahnfleisch wechseln, um die Nasenschleimhäute wenigstens etwas zu entlasten.
- **Nase pflegen:** Nach jedem Konsum über die Nase eine Spülung machen mit Salzlösungen (1 Löffel Meersalz auf $\frac{1}{4}$ Liter warmes Wasser). Häufiger mit Salbe pflegen (Bepanthen® o.ä.).
- **Flüssigkeitsverlust und Vitamin- bzw. Mineralienmangel vorbeugen:** Kokain entzieht Flüssigkeit, steigert den Bedarf an Vitaminen und Mineralien. Deshalb ist ausreichendes Trinken (allerdings kein Alkohol!) wichtig, vitaminreiche Fruchtsäfte plus Wasser sind die optimale Kombination.
- **Schlafstörungen:** Bei gelegentlichem Konsum nicht so dramatisch, aber nach längerem Konsum doch recht häufig, treten Schlafstörungen auf, sowohl Ein- wie Durchschlafstörungen. Spezielle Kneipp'sche Anwendungen wie das Aufsteigende Wadenbad (Jeder Fuß in einen Eimer, mit warmem Wasser gefüllt, Temperatur durch langsam zulaufendes heißes Wasser stetig steigern über 10 bis 15 Minuten) vor dem Schlafengehen hilft mindestens genauso gut wie der unter DrogengebraucherInnen geläufigere Tip, statt auf Medikamente auf Cannabis zurückzugreifen
- **Herzrasen/Angstzustände/Überempfindlichkeit der Sinne (insbesondere für Licht, Geräusche):** Solche Attacken sind oft Anzeichen einer Überdosierung bei längerem Konsum oder hohen Einmal-Dosen. Hier hilft nur noch medizinische Hilfe und Unterstützung durch Mitgefangene.
- **Schwangerschaftsgefährdung:** Bisher galt einhellig die Auffassung in der Medizin, daß Kokain in besonderem Maße den Verlauf von Schwangerschaften belasten würde und in ungleich höherem Maße zu Mißbildungen des Kindes führe. Die Untersuchungen, meist aus den USA, werden gerade in jüngster Zeit doch erheblich kritisiert, da zu ungenau untersucht wurde (vgl. The Lindesmith Center 1997). Die Schädigungen würden überschätzt, die Einwirkung anderer Drogensubstanzen (insbesondere Alkohol, Nikotin) sei offensichtlich zu häufig einseitig dem Kokain zu geschrieben worden. Dennoch bleibt Vorsicht und am besten Konsumverzicht für Zeiten der Schwangerschaft wohl nach wie vor die gesundeste Empfehlung!

Methodische Hinweise

1. Nehmen Sie sich für dieses Thema genügend Zeit.
Der Informations- und Diskussionsbedarf ist doch - das haben die Erfahrungen vergangener Seminare in den Haftanstalten gezeigt - recht groß.
2. Greifen Sie in besonderer Weise den Mischkonsum von Kokain mit Heroin, mit Alkohol etc. auf: die gesundheitlichen Risiken sind ungleich höher (Atemlähmungen, Herz-Kreislauf-Probleme).
3. Versuchen Sie nach anfänglich breiter, freier Diskussion unter den TeilnehmerInnen eventuell, das Thema nochmals etwas zu strukturieren in:
 - Qualitätstests
 - Alternativen zum intravenösen Konsum
 - Gesundheitliche Risiken.

Am besten gelingt dies immer wieder durch das Benutzen von Folien und Tageslicht-Projektor oder das Visualisieren durch Aufschreiben auf dem Flipchart. Es geht auch anders: Lassen sie eine(n) der profilierten TeilnehmerInnen selbst zwischendurch zusammenfassen, was schon besprochen wurde.

Oder versuchen Sie es mal mit einem Rollenspiel: Wie sag ich's dem Erstkonsumenten? Zwei TeilnehmerInnen spielen die ahnungslosen, ängstlichen, experimentierfreudigen ErstkonsumentInnen, eine TeilnehmerIn die erfahrenere Userin.

4. Medien und Materialien

Flip Chart

Filzstifte

Overhead-Projektor und Transparenzfolien

Folie XIII

Alternativen zum intravenösen Konsum von Kokain

- **sneefen**

- **basen**

- **essen**

- **rauchen - trinken - schlucken**

Arbeitseinheit 12

Wird der Unfall zur Infektionsgefahr?

In dieser Arbeitseinheit beschäftigen wir uns mit der unbeabsichtigten Nadelstichverletzung als Folge des Hantierens mit gebrauchten, viral belasteten Spritzenmaterialien. Aus Berichten von SeminarteilnehmerInnen wissen wir: Im Haftalltag kommt das wesentlich öfter vor, als manche Anstaltsleitung bzw. der medizinische Dienst das weiß. Unter Mitgefangenen gilt es häufig fast als Tabu, darüber zu sprechen oder gar einen solchen Unfall zu melden. Das könnte ja erneut Komplikationen nach sich ziehen im Haftalltag. Von Mitarbeiterinnen im Vollzugsdienst wurde mehrfach berichtet, daß es bei Durchsuchung von Hafträumen, von Kleidungsgegenständen zu unbeabsichtigten Stichverletzungen gekommen ist. Es wurde aber auch hier berichtet, daß man gedanklich die Möglichkeit, sich überhaupt infizieren zu können, einfach „abgespalten“, verdrängt hat nach dem Motto, 'daß nicht sein kann, was nicht sein darf'. Folglich kam es auch in diesen Fällen nicht oder sehr spät zu den möglichen medizinischen Hilfen bzw. den sozialrechtlichen Schutzmaßnahmen (Arbeitsunfallmeldung etc.), um späteren gesundheitlichen und sozialen Nachteilen sofort präventiv zu begegnen.

Zielsetzung

- ⇒ Risiken der Nadelstichverletzung realistisch bewerten
- ⇒ Vorsorgemaßnahmen gegen Infekti-

onserkrankungen (AIDS, Hepatitis, Tuberkulose etc.) vermitteln

- ⇒ Praktische Erfahrungen und Realisierungsmöglichkeiten in der jeweiligen Haftanstalt erörtern.

Inhalte

Das Thema ist in engerem Sinne medizinisch determiniert. Die Darstellung ändert sich schnell mit jeweiligem Fortschritt der Erkenntnisse in der Medizin. Insofern ist es gerade an dieser Stelle besonders wichtig, auf einschlägige Fachliteratur zu verweisen (vgl. Übersicht zu Infektionsbedingungen und -risiken in: Hasselhorst/Hofmann/Bitzenhofer 1996).

Nadelstiche - wie groß ist das Risiko der Infektion?

Grundsätzlich muß man davon ausgehen, daß drei Bedingungen das Risiko beeinflussen:

- ⇒ Bedingungen beim „Spender“ (das ist der/diejenige, der/die die Nadel benutzte)
- ⇒ Eigenschaften und Menge des Blutmaterials (Alter, Veränderungen durch Temperatur, Feuchtigkeit etc.)
- ⇒ Bedingungen beim „Empfänger“ (das ist der/diejenige, der/die sich unbeabsichtigt mit der Nadel gestochen hat).

Bedingungen beim „Spender“

Damit ist gemeint, ob der Benutzer der Spritzenutensilien überhaupt viral belastet gewesen ist. Bei drogenkonsumierenden Gefangenen denkt man wohl immer zuerst an die Hepatitis-Erkrankungen, an AIDS. Sehr viel seltener schon denkt man an die Möglichkeit, daß auch die Tuberkulose

über Stichverletzungen weitergegeben werden könnte. Es ist vom aktuellen Status des Benutzers der Spritzutensilien abhängig, wie hoch tatsächlich das Risiko ist. Ist die aktuelle Virus-Belastung hoch oder - vom unterschiedlichen Verlauf abhängig - z.Zt eher gering? Wird der „Spender“ gerade antiviral behandelt, kann das die Infektiösität seines Blutmaterials senken.

Bedingungen bei der Übertragung

Eine Rolle spielt die Menge des weitergegeben Blutmaterials. Das Alter und die Lagerungsbedingungen (etwa Temperatur, Feuchtigkeit etc) des auf den Spritzutensilien befindlichen Blutes hat ebenfalls Einfluss auf die Infektiösität. So gilt etwa: je länger sich infektiöses Blutmaterial außerhalb des menschlichen Körpers befindet, je trockener das Spritzmaterial geworden ist, desto geringer wird auch das Risiko der Infektion etwa mit HIV oder Hepatitiden sein.

Übrigens: Bei anderen Körpersekreten wie Speichel, Muttermilch oder Stuhl, Schweiß, Erbrochenem geht man davon aus, daß die Infektionsrisiken bezüglich AIDS relativ gering, aber bezüglich bestimmter Hepatitis-Viren wiederum erheblich höher sind.

Bedingungen bei dem durch Nadelstich Verletzten

Wir verweisen an dieser Stelle nochmals auf die ausführlicheren Darstellungen in der Fachliteratur. Zusammenfassend kann man an dieser Stelle sagen:

⇒ **Das Infektionsrisiko bezüglich HIV im Zusammenhang mit Nadelstichverletzungen wird meist erheblich überschätzt.**

Hier liegen ja reichlich Erfahrungen aus den medizinischen Diensten von Krankenhäusern, Arztpraxen und Laboreinrichtungen vor. Das statistische Risiko wird jedenfalls nach wie vor bei Stichverletzungen unter die Haut mit 0,3 % angegeben: In drei von tausend Fällen kommt es also zur Übertragung des HIV. Übrigens ist das Übertragungsrisiko von HIV über Schleimhautkontakte bei 0,1 % angesiedelt und bei intakter Haut bei <0,1%. Erheblich höher liegt das Risiko allerdings bei Schnittverletzungen. Letztlich muß dennoch jeder Einzelfall mit seinen besonderen Bedingungen betrachtet und danach entschieden werden, welche medizinischen Maßnahmen einzuleiten sind, um das Infektionsrisiko nach Unfall noch einzudämmen.

⇒ **Das Infektionsrisiko bezüglich einer Hepatitis-Übertragung über Nadelstichverletzungen wird meist erheblich unterschätzt.**

Die hohen Viruskonzentrationen (bei Hepatitis B und C unterschiedlich hoch) und die lange Dauer der Virämie vergrößern das Risiko erheblich im Vergleich etwa zu HIV. Hier reichen offensichtlich kleinste Blutmengen und kleine Verletzungen bereits aus, den Virus zu übertragen.

Die Häufigkeit der Hepatitis-Erkrankungen liegt in deutschen Haftanstalten etwa 100 bis 200 mal (!) höher als in der Normalbevölkerung (vgl. Gaube et al. 1993)

Erste Hilfe-Maßnahmen bei Nadelstichverletzungen

⇒ **Wunde ausbluten lassen - so stark wie möglich!**

Hierdurch soll erreicht werden, daß virus-belastetes Material sich gar nicht erst in den Körper des Unfallopfers einlagern kann. Deshalb: In keinem Fall die Wunde versiegeln, auch nicht durch Tupfer, Spraypflaster o.ä.

⇒ **Wenn verfügbar: anschließend mit Hautdesinfektionsmittel einsprayen!**

Steht ein solches im Medizinbetrieb übliches Mittel nicht zur Verfügung, die Einstichstelle unter fließendem Wasser mit Seifenlauge waschen.

⇒ **Sofort Arztpraxis aufsuchen!**

Die Erste Hilfe-Maßnahmen gegen die Gefahr von HIV oder Hepatitis unterscheidet sich nicht!

Weitere Behandlungsmöglichkeiten bezüglich HIV

Die fatalste Reaktion auf unbeabsichtigte Nadelstichverletzung über Spritzenutensilien ist die, daß Betroffene - aus ihrer aktuellen psychischen Überbeanspruchung, aus Angst vor einer Neuinfektion und ihren möglichen Folgen also - überhaupt nicht reagieren, wie gelähmt erscheinen und weder die Erste Hilfe am Unfallort durchführen, aber erst recht häufig danach nicht den Arzt aufsuchen. Dabei heißt die wichtigste Botschaft in diesen Fällen:

Gehen Sie sofort in ärztliche Behandlung - bitte keine Zeit verlieren!

Ideal ist der Beginn ärztlicher Behandlung in 1-2 Stunden nach der Verletzung. Aus Tierversuchen weiß man, daß eine Behandlung, die später als 24-36 Stunden nach der Verletzung beginnt, keine protektive Wirkung mehr entfaltet. Der erfahrene Arzt wird als erstes eine Risikoabschätzung vornehmen und davon abhängig machen, ob er Ihnen eine sog. (Kombinations-) Chemoprophylaxe empfiehlt. Das Risiko ist abhängig von der Frage, wie wahrscheinlich überhaupt die Nadel mit Viren belastet ist. Bei in der Haft gefundenen Spritzmaterialien, an denen sich das Opfer verletzte, ist die Wahrscheinlichkeit der Belastung mit HIV normal hoch (1:10 ca.). Er wird die Maßnahmen ansonsten von der Tiefe der Verletzung, der Menge des Blutmaterials etc. abhängig machen. Liegen Informationen über die BenutzerIn der Spritzenutensilien vor, werden die ebenfalls zur Beurteilung des Risikos hinzugezogen. Gegebenenfalls wird er dann eine sog. Postexpositionelle Antiretrovirale Prophylaxe (PAP) durchführen - mit Ihrem Einverständnis. Zu einer solchen Behandlung gibt nach Stand des medizinischen Fortschritts in der HIV/AIDS-Behandlung laufend aktualisierte Empfehlungen. Als Beispiel führen wir hier ein Behandlungsschema an Hand der Empfehlung des Center of Disease Control (CDC) in Amerika aus dem Jahr 1996 auf:

Art der Kontamination	Material	Antiretrovirale Prophylaxe	Vorgehen
Durch die Haut (perkutan)	Blut*		
	Höchstes Risiko	empfehlen	AZT+ 3TC+ IDV*
	Erhöhtes Risiko	empfehlen	AZT+ 3TC +/- IDV
	Kein erhöhtes Risiko	anbieten	AZT + 3 TC
	Flüssigkeit mit sichtbarem Blut o. anderen infekt. Material	anbieten	AZT + 3 TC

*AZT = Zidovudin, Retrovir®, 3TC = Lamivudin, Epivir®, INV = Indinavir, Crixivan®

***Höchstes Risiko** = viel Volumen (z.B. tiefe Injektion mit großer Hohladel) mit HIV- hochtitrigem Blut (z.B. Endstadium AIDS)

Erhöhtes Risiko = entweder viel Volumen oder hochtitriges Blut

Kein erhöhtes Risiko = weder viel Volumen noch hochtitriges Blut

Mit Hilfe einer solchen Chemoprophylaxe soll die Einlagerung des AIDS- Virus im nachhinein verhindert werden können. Der Behandlung wird ein Höchstmaß an Sicherheit zugeschrieben, allerdings schränken Veränderungen des Virus selbst, auftretende Resistenzen etc. die Wirksamkeit auch ein.

Weitere Behandlungsmöglichkeiten stehen z.Zt zur Verhinderung der AIDS- Infektion nicht zur Verfügung. Insbesondere besteht noch keine Möglichkeit der Impfung.

Weitere Behandlungsmöglichkeiten zur Vermeidung der Hepatitis-Infektion durch Nadelstichverletzungen

Zunächst gilt hier nochmals: Die Erste-Hilfe-Maßnahmen bei einer solchen Stichverletzungen sind die zum Schutz vor Hepatitis dieselben wie die Maßnahmen zum Schutz vor HIV. Und auch hier gilt

**Gehen Sie sofort in ärztliche
Behandlung -
bitte keine Zeit verlieren !**

Die in den nächsten Stunden eingeleiteten Maßnahmen entscheiden auch hier darüber, wie wirksam man überhaupt noch handeln und behandeln kann. Folgende Maßnahmen werden empfohlen:

1. Nachträglich Impfschutz gegen Hepatitis B herstellen

Soweit nicht bereits vor dem Unfall eine Schutzimpfung erfolgte - sie ist mit einem Kombinationsimpfstoff möglich gegen die Hepatitis A und B und zumindest dem Personal in den medizinischen Diensten der Haftanstalt und im Vollzugsdienst un

bedingt zu empfehlen - kann diese Impfung nachgeholt werden und ist erfolgsversprechend, wenn die Impfung sehr kurze Zeit nach dem Unfall beginnt. Es wird dann eine sog. Simultanimpfung mit zwei verschiedenen gewonnenen Impfmaterialien durchgeführt. Der Impfschutz ist erst nach dreimaliger Gabe in gewissen Zeitabständen und einer anschließenden Überprüfung des Blutes auf Antikörper hergestellt. Der Schutz ist nicht lebenslang gegeben. Nach mehreren Jahren muß vielmehr eine erneute Überprüfung des Impfschutzes erfolgen. Eine derartige Impfung gibt es z.Zt. für die Hepatitis C noch nicht.

2. Sozialrechtliche Aspekte abklären bei Infektionsgefahr infolge eines Arbeitsunfalles

Sollten Sie als TrainerIn Beschäftigte der Justizvollzugsanstalt sein und bei Ihrer Tätigkeit eine solche Verletzung erleiden, so sind - im Telegrammstil - noch folgende Schritte zu Ihrer eigenen Absicherung wichtig:

1. Unfallanzeige durch den Arbeitgeber

Er ist verpflichtet, der Berufsgenossenschaft eine Anzeige zu erstatten und darin unter anderem den genauen Hergang des Arbeitsunfalles zu beschreiben. Die Personalvertretung in Ihrem Hause erhält von der Anzeige eine Durchschrift. Dies ist von Be-

deutung, damit auch dort die Gefährdungen, die mit dem Unfall einhergehen, bekannt werden und präventive Maßnahmen für die Zukunft eingeleitet werden können.

Der Betriebsarzt oder jeder andere Arzt (Durchgangsarzt, Hausarzt etc.) muß - wenn die Umstände die Gefahr einer Infektion begründen - eine Ärztliche Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit erstatten - ebenfalls bei der für Sie zuständigen Unfallversicherung.

Ihnen entstehen im Zusammenhang des Arbeitsunfalles keinerlei Kosten. Die Anzeigen sind von Bedeutung, um in dem Falle, daß es tatsächlich doch noch zu einer Hepatitisinfektion mit möglichen späteren Schäden (bis hin zur Berufsunfähigkeit) kommen sollte, Ihre soziale Absicherung durch eine Berufsunfähigkeitsrente etc. zu erreichen. An dieser Stelle ist der Hinweis nochmals wichtig:

Die Hepatitis- Infektion kann lebensbedrohlich verlaufen!

Bei der Hepatitis B, der Hepatitis C, der Hepatitis D und G sind schwerwiegende Krankheitsverläufe (mit unterschiedlich hohem Risiko) mit Übergang zur Leberzirrhose und Leberkrebs möglich.

Vorbeugen ist besser als „Behandeln-Müssen“.

Folie XIV

Der beste Schutz gegen Nadelstichverletzungen besteht durch:

- Sichere, von der Anstalt geförderte Ver- und Entsorgung von Spritzenutensilien (Spritzenvergabe, Entsorgungsmöglichkeiten)
- Vorsicht bei der Durchsuchung von Hafträumen, Kleidungsstücken und Müll.
- Benutzung von geeigneten Schutzhandschuhen bei Kontrollmaßnahmen
- Ausreichende Kenntnisse in der Anwendung von Erste-Hilfe-Maßnahmen
- Hinreichende Ausstattung mit Erste-Hilfe-Koffer inkl. Desinfektionsmitteln
- Jederzeitige Verfügbarkeit der entsprechenden Medikamente zur HIV/AIDS- bzw. Hepatitis-Prophylaxe in der Justizvollzugsanstalt (gilt auch für Feiertage, Nachtschichtzeiten!)

Methodische Hinweise

1. Informationsmaterial zum Nachlesen bereithalten

Das Thema ist mit sehr vielen Details beladen. Da empfehlen sich Kurzinformatio-nen. Auf zwei Materialien wird an dieser Stelle nochmals ausdrücklich hingewiesen.

- ⇒ Hasselhorn, H.M. et al: Der Betriebsarzt informiert: Abhängigkeit des HIV-Infektionsrisikos von verschiedenen Bedingungen beim Spender (Patienten), dem Empfänger (Beschäftigten) und bei der Übertragung. Zu bestellen bei edition ffas, Freiburg, 1996

⇒ Hepatitis - Eine Orientierungshilfe für Beraterinnen und Berater sowie interessierte Laien. Zu beziehen über die Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dieffenbachstr. 33, 10967 Berlin

2. Erfahrungen der Beteiligten erfahren: Haben Sie schon mal derartige Unfälle erlebt? Wie wurde die Erste-Hilfe organisiert? Ist der Betrieb auf diese Notfälle eingerichtet? Wie ist die medizinische Hilfe organisiert, gerade auch zu ungünstigen Tageszeiten (nachts, am Wochenende, an Feiertagen)?

Folie XVa**Erste Hilfe bei Stichverletzungen**

- Wunde ausbluten lassen!
- Mit Hautdesinfektionsmittel einsprühen!
- Mit kaltem Wasser / Seifenwasser gründlich ausspülen (nicht abreiben!)
- Sofort in ärztliche Untersuchung und Behandlung begeben!

Folie XVb**Safer use -
Training und Beratung****Wundversorgung im Notfall:**

... wenn Sie sich unbeabsichtigt mit gebrauchten Nadeln anderer stechen:

- 1. Erstversorgung der Wunde**
- 2. Behandlung**
 - 2.1 zum Schutz gegen HIV und AIDS: pro und contra AZT-Intensivbehandlung, bzw. Triple-Therapie**
 - 2.2 zum Schutz gegen HBV: Passiv-/Aktivimmunsierung direkt nach Unfall**

Folie XVc

Safer use - Training und Beratung

Sekundäre Prophylaxe

- **Präexpositionell (u.a. Impfungen gegen HBV, Tetanus etc.)**
- **Akzidentiell (Erstversorgung der Wunde, AZT-Beh. etc.)**
- **Postexpositionell (Aktiv-/Passivimmunsisierung)**
- **Rechtliche u. finanzielle Grundlagen (Empfehlungen der STIKO/BGA, Empfehlungen der Berufsgenossenschaften)**

Folie XVI**Arbeitsunfall: Neuinfektion mit Hepatitiden oder HI-Virus****UVV „Erste Hilfe“**

Arbeitgeberpflichten zur Vermeidung von Infektionen und zur wirksamen Ersten Hilfe

1. Erste Hilfe fachgerecht leisten**2. Durchgangsarzt aufsuchen****3. Korrekte Dokumentation**

- Testung auf Status Hepatitis und HIV
- Wiederholung nach 6 Wochen, 3 Monaten, 6 Monaten, 1 Jahr
- Unfallanzeige durch Arbeitgeber
- Ärztliche Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit

4. Berufskrankheit - Voraussetzungen zur Anerkennung

Liste der BK 3 „Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten“

BK 3101: Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war - ggfs. „Quasi“-Berufskrankheiten „Kausale Verknüpfung zwischen der Erkrankung und der angeschuldigten Einwirkung“

Folie XVI (Fortsetzung)

Feststellungsgutachten

Liegt eine Erkrankung vor? Ausmaß des Schadens? Auswirkungen auf Funktionsfähigkeit der Organe? Voraussichtliche Dauer der Erkrankung?

Kausalitätsgutachten

Leistungen des Unfallversicherers hängen maßgeblich von diesem Gutachten ab:

haftungsbegründende Kausalität = Besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Arbeit und dem Unfall?

haftungsausfüllende Kausalität = Besteht ein Zusammenhang zwischen dem angezeigten Unfall und der Erkrankung?

5. Leistungen des Unfallversicherers

Folie XVII

Nach Eintritt der Gesundheitsschädigung:

Behandlung (Leistungen wie bei der Krankenversicherung)

Bei bleibenden Schäden:

Rehabilitation einschließlich Übergangsgeld / Rente
(kein Lohnersatz sondern Entschädigung)

Im Todesfall:

Sterbegeld und Hinterbliebenenversorgung

II. Safer use training: Tips und Beratung für MediatorInnen

Mit den peer support-Projekten ist deutlich geworden, daß sich die Effizienz von präventiven Maßnahmen enorm steigern läßt. Am höchsten ist die Effizienz, wenn von DrogengebraucherInnen zu DrogengebraucherInnen Tips weitergegeben werden: wie kann ich in Haft trotz der schwierigen Bedingungen, der strengen Kontrollen und dem gegenseitigen Mißtrauen, das hier oft herrscht, einigermaßen gesund „über die Runden“ kommen. Wenn die Kommunikation zwischen Häftling zu Häftling funktioniert, werden die Inhalte des Safer use Trainings realistischer und lebensweltnäher dargestellt.

Insofern sind die Tips, die wir in diesem Handbuch zu Safer use veröffentlichen, nicht nur für die Arbeit in Gruppen gedacht. Alles das, was auf den vorhergehenden Seiten sich unter dem Abschnitt „Inhalte“ befindet, sind „Tips für jedermann/frau“! Und das gilt in den meisten Fällen für alle Lebenslagen, ob innerhalb oder außerhalb der Haftanstalt.

Von A bis Z...

Die Themen sind in der Reihenfolge des Konsumes geordnet, also von der Überlegung, wie man alternativ zum intravenösen Konsum sneeft, raucht oder anders konsumiert, weil keine sterilen Spritzen, Nadeln usw. zu bekommen sind, bis hin zur Frage der Entsorgung von Spritzen-silien.

In Gruppen geht es besser...

Wenn Ihr die Möglichkeit habt, Euch in Gruppen zu beraten - etwa in der gleichen

Abteilung, dann nutzt sie auch für dieses Überlebens-Gesundheitstraining.

Nicht alles auf einmal...

Man kann nicht tausend Dinge auf einmal behalten. Umso wichtiger ist es dann, nicht alle Themen auf einmal durchzuarbeiten. Besser: Nur ein Thema bearbeiten, praktische Erfahrungen dazu austauschen und weitergeben. Also: Lieber ein Thema gründlich als zehn Themen flüchtig zu bearbeiten.

Literatur

Zum Thema Safer use gibt es nicht so sonderlich viel Literatur, schon gar nicht solche für das ganz kleine Portemonnaie. Die Deutsche AIDS-Hilfe hat eine kleine Broschüre veröffentlicht, die in jede Hosentasche paßt und kostenlos abgegeben wird. Wenn die AIDS-Hilfe keinen Kontakt mit Euch hat, wendet Euch entweder an den Sozialdienst der Haftanstalt mit der Bitte, solche Broschüren zu bestellen oder schreibt direkt an die Deutsche AIDS-Hilfe, Dieffenbachstr. 33, 10967 Berlin .

Haftinterne Unterstützung

Haftinterne Unterstützung: Wendet Euch zunächst an Eure Gefangenenmitvertretung. In manchen Haftanstalten gibt es in deren Reihen jemanden, der/die als BTM-SprecherIn fungiert und extra für die Vertretung Eurer speziellen Anliegen zuständig ist. Wenn das der Fall ist, dann solltet Ihr mit dieser Person zusammen weiter überlegen: Wie schaffen wir in der Haftanstalt die Bedingungen, um uns regelmäßiger zu Fragen von Safer use zu beraten? Wo bekommen wir dafür die nötigen Materialien (Info-Blätter, Überlebenspakete,

Erste-Hilfe-Sets) oder neue Informationsquellen?

Externe Unterstützung

Kommt Ihr anstaltsintern überhaupt nicht voran, müsst Ihr Euch externe Unterstützung organisieren. Das kann eine Selbsthilfegruppe wie JES (Junkies, Ex- Junkies und Substituierte) sein oder die nächste AIDS- Hilfe. Des öfteren haben MitarbeiterInnen der örtlichen Drogenberatung Zugang zur Haftanstalt. Bittet sie um Unterstützung für Euer Anliegen gegenüber der Anstaltsleitung.

III. Hinweise für MultiplikatorInnen:

Die Arbeit in der Haftanstalt unterliegt besonderen Bedingungen, die an verschiedenen Stellen dieses Handbuches beschrieben sind. Sie werden hier nicht wiederholt. In den folgenden Abschnitten werden nur noch einige Hinweise für die Arbeit von MultiplikatorInnen zusammengefasst, die für eine möglichst effiziente, möglichst reibungslose, möglichst zielgerichtete Arbeit nötig sind. MultiplikatorInnen sind MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe, aus JES-Gruppen und anderen Zusammenschlüssen, aber auch MitarbeiterInnen von Beratungsstellen, besonders engagierte MitarbeiterInnen des Personals der Haftanstalt und aus der Gefangenenmitvertretung, MitarbeiterInnen der Anstaltsseelsorge, aus Redaktionen von Gefangenenzeitschriften u.s.w.. Diese Menschen zeichnet eines gemeinsam aus: Sie haben in ihrer jeweiligen Arbeit oder Funktion besonders viele Kontakte zu Gefangenen in

den verschiedenen Abteilungen. Sie verfügen über besondere Möglichkeiten des persönlichen Kontaktes, der Informationsvermittlung über bestimmte Medien. Die sollen für die Vermittlung von Inhalten des Safer use genutzt werden.

Im folgenden für Sie als MultiplikatorIn ein paar Tips für die Arbeit in Haftanstalten.

Offenheit gegenüber der Anstaltsleitung

Es nutzt gar nichts, wenn Sie Ihre Arbeit im Verborgenen machen. Damit mögen Sie vielleicht kurzfristig einen Erfolg landen, von Dauer wird dieser Erfolg aber nicht sein. Deshalb gilt: sprechen Sie immer wieder mit MitarbeiterInnen der Anstaltsleitung und des Managements. Dazu zählen insbesondere die Personalvertretung der Haftanstalt, die MitarbeiterInnen der medizinischen und sozialen Dienste der jeweiligen Haftanstalt. Ihr Ziel in diesen Kontakten sollte sein:

- ⇒ Ihre Zielsetzung verdeutlichen: Infektionsprophylaxe, Gesundheitsförderung.
- ⇒ Ihre Arbeitsmethoden darstellen: Einzel- und Gruppenarbeit, mit diversen Materialien (Spritzenutensilien und anderen praxisrelevanten Materialien wie Medien etc.). Das ist besonders wichtig, wenn Sie beim zukünftigen Besuch der Haftanstalt nicht in Konflikt bei der Eintrittskontrolle kommen wollen! Das Personal der Eingangskontrolle hat klare Anweisungen, welche Materialien mitgebracht werden dürfen, welche nicht. Sorgen Sie für Klärung und Transparenz!
- ⇒ Die Besuchs- und Arbeitszeiten ab sprechen. So könnten Ihre gewünschten Termin mit den anstaltsinternen und

strukturierten Tagesabläufen kollidieren. Es gibt bestimmte und festgelegte Zeiten, wann die Gefangenen Einkäufe erledigen dürfen, die Methadonvergabezeiten sind zu beachten oder aber der Schichtwechsel der Bediensteten. Je mehr Sie Ihre Planungen an die des Haftalltages anpassen, desto größer sind Ihre Chancen, daß das Safer use Seminar angenommen wird. Lassen Sie sich dabei genau die anstaltsinternen Zeitabläufe erklären: kollidieren Ihre gewünschten Termine etwa mit anderen Terminen im Tagesablauf. Weil all diese Angelegenheiten in diesen Zeiten eben vorrangig sind und gegen Ihr auf Freiwilligkeit beruhendes Angebot konkurrieren: Sie werden keine ruhige Beratungsatmosphäre mehr herstellen können. Also teilen Sie Zeit und Energie ein und passen ihn dem Anstaltsalltag an.

- ⇒ Die räumlichen Voraussetzungen klären: Das scheint in den Haftanstalten ein besonders schwieriges Problem zu sein. Welcher Raum steht zur Verfügung? Ist die Atmosphäre einigermaßen geeignet für Beratungskontakte (nicht zu kalt, nicht zu viel Ablenkung)? Besser ist es im übrigen, immer im gleichen Raum bleiben zu können, sonst wird der nächste Treff zum Suchspiel, im Labyrinth der Anstalt verlieren sich die Kontakte.
- ⇒ Regelmäßige Informationstreffen mit der Leitung vereinbaren: Lieber öfter und kurz als einmal in drei Jahr. So sind Sie näher an den Problemen und deren Lösung, als wenn Sie ungelöste Probleme auf eine sehr lange Zeitschiene setzen müssen.
- ⇒ Und machen Sie sich eine Merkliste:

Besonders interessierte und engagierte MitarbeiterInnen auf allen Leitungsebenen dürfen Sie nicht aus den Augen und den anderen Sinnen verlieren: Ihre Arbeit braucht kontinuierlich interne FürsprecherInnen und UnterstützerInnen.

Vorschläge zu Ihrem eigenen Beratungsstil

Zur Bedeutung von Professionalität

Nicht jedeR MultiplikatorIn hat eine Ausbildung in Gesprächsführung, nicht jedeR ist fit in der Nutzung der modernen Medien. Im Kontakt zu den gefangenen DrogengebraucherInnen verunsichert allein schon die Umgebung der Anstalt mit ihren Gewohnheiten und Gegebenheiten. In diesen Unsicherheiten: Besinnen Sie sich auf Ihre ureigensten Qualitäten. Was hat Sie für diese Arbeit motiviert? Womit haben Sie bisher in anderen Arbeitsfeldern Erfolg, womit Mißerfolg gehabt? Und legen Sie zunächst vor jeder Beratung nochmals gedanklich vor sich selbst dar: welche Erwartungen gibt es bei mir selbst, welche Erwartungen seitens der Gefangenen kenne ich bereits aus vorherigen Kontakten?

Kennen Sie die Erwartungen der Gefangenen, ihre Motivationen und Kenntnisse?

Bei welchen Gelegenheiten auch immer: Versichern Sie sich über Kurzfragebögen, über mündliche Abfragen, über das spontane Sammeln von Ideen und Vorstellungen (brainstorming) zu bestimmten Fragestellungen und Problemen über die Vorstellungen der Gefangenen, mit denen Sie es gerade zu tun haben. Die Kenntnisse und Erfahrungen geht doch sehr weit auseinander unter Drogengebrauche-

rInnen, oder? Und wenn schon jemand an ganz konkreten Punkten in Beratungssituationen Klärungsbedarf anmeldet: Schreiben Sie das für sich und die TeilnehmerInnen am Flip Chart als Punkte auf, die zur eigenen Erinnerung dienen und auf Erledigung warten. Das ist besser, als sich an den eigenen Vor- Urteilen über die TeilnehmerInnen festzuhalten nach dem Motto: „Ich weiß genau, was in Ihnen vor geht!“ Und: „Was für Sie gut ist, weiß ich ebenfalls!“

Welche Sprache sprechen Sie eigentlich...

In den Gesprächen mit Gefangenen sollten Sie, auch wenn die Versuchung gerade bei den medizinisch dominierten Themen manchmal nahe liegt, möglichst wenig Fremdworte benutzen.

Unwissenheit ist nicht gleich Dummheit...

Ermuntern Sie immer wieder ausdrücklich dazu, auch Verständnisfragen zu stellen, wenn etwas nicht nachvollzogen werden kann. Und: Am besten ermuntern Sie dazu, wenn Sie Ihre eigene Unwissenheit zu diesem oder jenem Thema ganz öffentlich kundtun, sich Dinge erklären lassen und ganz direkt dazu auffordern: „Kann mir das mal jemand erklären?“ Die Barriere unter den Gefangenen, sich gegenseitig auch mal Unwissenheit zuzugestehen, „obwohl ich doch schon solange konsumiere!“, ist relativ groß.

Alle Sinne ansprechen...

Der Mensch nimmt nicht nur über die Ohren auf. Bedienen Sie mit einer wechselnden Wahl der Medien die Sinne der Gefangenen oder auch der MitarbeiterInnen,

die Sie in das Thema Safer use einführen. Die Ohren werden mit Sprache bedient, die Augen nehmen mit schriftlichen Materialien, mit Info-Blättern, Aufzeichnungen an der Tafel, dem Flip Chart oder der overhead-Folie viel intensiver wahr. Und wenn Sie die Gefangenen zu einem Rollenspiel ermuntern können - da, wo es gerade paßt - wird das Thema auch zugleich lebendiger, die Mitarbeit, der Aktivitätsgrad wird wesentlich erhöht. Gerade in Zeiten, zu denen die Leistungskurve bei vielen Menschen sinkt (etwa knapp vor dem Mittagessen oder etwa in der Zeit zwischen 14.00 Uhr und 15.00 Uhr, bietet sich zur Intensivierung der Mitarbeit (gerade in großen Gruppen !) die Aufteilung in kleinere Gruppe und die Erarbeitung kleiner Teilaufgaben dort an. Die Teilnahme ist an Gesprächen in kleiner Runde eben erfahrungsgemäß wesentlich höher.

Weitere Literatur

BORNEMANN, R. (1993): Varianten des gemeinsamen Besteckgebrauches bei i.v. Drogenkonsumenten und deren Bedeutung in der Ausbreitung von Infektionskrankheiten. In: AIDS-Forschung (AIFO)

GAUBE, J., FEUCHT, H.H., LAUFS, R., POLYWKA, S., FINGSCHIEDT, E., MÜLLER, H.E. (1993): Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. In: Gesundheitswesen 55 (1993). S. 246-249

GAUBE, J. et al (1993): Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. In: Gesundheitswesen 55 (1993). Stuttgart/New York

HASSELHORST, H.M., HOFMANN, F., BITZENHOFER, W. (1996): *Der Betriebsarzt informiert* - Informations- und Formblätter für den Betriebsarzt im Krankenhaus. Freiburg

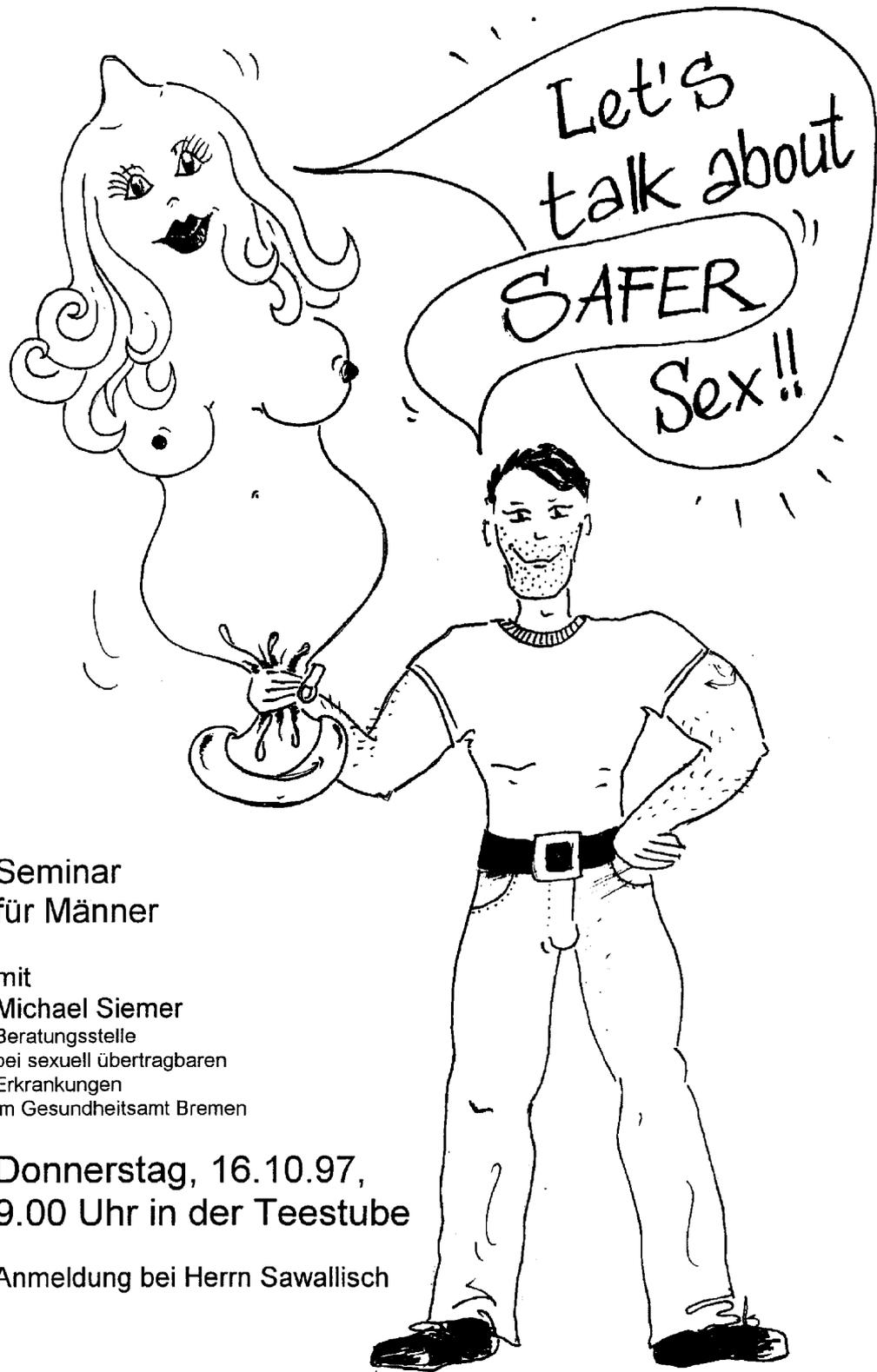
KEPPLER, K.-H.; NOLTE, F.; STÖVER, H. (1996): Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. In: *Sucht*, H. 2/96, S. 98-107

KÖRKEL, J., KRUSE, G. (1993): *Mit dem Rückfall leben*. Bonn: Psychiatrie-Verlag

KOOLS, J.-P. (1992): Chasing The Dragon. In: *Mainline*, Special Edition VIII th International Conference on AIDS

MÜLLER, Th., GROB, P.J. (1992): *Medizinische und soziale Aspekte der offenen Drogenszene* Platzspitz Zürich 1991

THE LINDESMITH CENTER (1997): *A Project of the Open Society Institute: Kokain und Schwangerschaft*. In: *Akzeptanz-Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik* 2/97. Frankfurt



**Seminar
für Männer**

mit
Michael Siemer
Beratungsstelle
bei sexuell übertragbaren
Erkrankungen
im Gesundheitsamt Bremen

**Donnerstag, 16.10.97,
9.00 Uhr in der Teestube**

Anmeldung bei Herrn Sawallisch

Michael Siemer

Ein Modell zum safer-sex-Training für Männer im Strafvollzug

Einleitung

Sexualität ist ein zentrales Thema für alle Menschen. Die Identität eines jeden Menschen ist mit seiner sexuellen Ausrichtung eng verknüpft. Mann und Frau, Hetero- und Homosexuelle, einschließlich aller Grenzgänger definieren sich in ihrer Persönlichkeit auch über ihre sexuellen Neigungen und Wünsche. All ihr Empfinden, Denken und Handeln basiert auf dieser Identität. Zwischenmenschliche Kontakte sind entsprechend geprägt. Persönliche Lebensziele werden eng damit verbunden.

Ziel eines jeden Menschen ist die Erreichung der persönlichen sexuellen Erfüllung. Eine befriedigende Sexualität wird mit einem körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Wohlbefinden, analog zur WHO-Gesundheitsdefinition, eng verbunden. Sexualität und Gesundheit bedingen sich somit gegenseitig.

Eine befriedigende Sexualität ist jedoch kein Naturereignis. Sie muß laufend neu erlernt, geübt, zwischen den Sexualpartnern abgestimmt und den veränderten Situationen jeweils angepaßt werden. Sie setzt damit den unmittelbaren Kontakt sowohl mit sich selbst als auch mit einem oder mehreren anderen Menschen voraus. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es zwischen den sexuellen PartnerInnen Unter-

schiedlichkeiten, ebenso Gemeinsamkeiten und Unvereinbarkeiten gibt. Differenzen sind jedoch verhandelbar. Andererseits müssen Grenzen akzeptiert werden. Wesentlich ist, jeder ist für sein sexuelles Erleben und Wohlbefinden eigenverantwortlich und alles, was die Sexualität bereichert, ist erlaubt, sofern das Wohlbefinden eines anderen Menschen nicht verletzt wird.

In einer Justizvollzugsanstalt (JVA) scheinen viele dieser Regeln außer Kraft gesetzt. Das tägliche Leben reduziert sich scheinbar auf ein Überleben, auf ein Warten, verbunden mit der Hoffnung auf den baldigen Wiedereintritt in die 'Freie Welt'. Doch auch im Warten steckt Aktivität, sind täglich wiederkehrende Verrichtungen erforderlich, besteht der Wunsch nach zwischenzeitlicher Lebensanreicherung. Auch hier ist Sexualität ein Thema; aufgrund fehlender Alternativen sogar ein wesentliches.

Eine JVA, ohnehin in ihrer Funktion und Struktur gewaltgeprägt und Gewalt prägend, läßt für eine auf Zuneigung und Liebe basierende (sexuelle) Beziehung wenig Raum. Ungleiche Macht- und Gewaltverhältnisse sowohl unter den gleichgeschlechtlichen Inhaftierten als auch gegenüber dem Personal schafft eher eine Atmosphäre von Unterdrückung und

Angst, bzw. Ergebenheit und Trotz. Gerade unter Männern, deren traditionelle Sozialisation auf Konkurrenz und aggressiven Aktionismus ausgerichtet ist, ist ein partnerschaftliches Miteinander, zumal unter diesen Bedingungen, selten. Vielmehr werden Arrangements zum gegenseitigen Nutzen getroffen, intensive Bindungen dabei jedoch vermieden.

Hinzu kommt, daß die hier angesprochene Zielgruppe ausnahmslos illegale Drogen konsumiert hat bzw. nach wie vor konsumiert. Die Entwicklung dieser Männer ist von dem Zwang zur Beschaffung von Drogen mitgeprägt. Abhängigkeiten sowohl hinsichtlich der Drogen als auch in ihrer Beziehungsstruktur prägen folglich ihr Persönlichkeitsbild. Ihre Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, obwohl gewünscht, ist zumeist eingeschränkt bzw. überwiegend auf den persönlichen Nutzen ausgerichtet. Ebenso gestaltet sich ihr Sexualverhalten. Sexuelle Interessen stehen für aktive Drogenkonsumenten weniger im Vordergrund. Opiate mindern die Libido. Ihr sexuelles Angebot zielt daher vielmehr auf die Gegenleistung ab, letztlich auf Drogen oder andere Vergünstigungen. Ihre Bereitschaft zur Selbstaufgabe und damit zur Mißachtung aller Risiken ist dabei besonders groß.

Drogenkonsumenten haben ihre diesbezüglichen Fertigkeiten von anderen Drogenkonsumenten erlernt. Eigene Erfahrungen kamen laufend hinzu und wurden in den permanenten Austausch eingebracht. Letztlich entwickelten sie darüber ihre aktuelle Konsumpraxis. Eine ähnliche

Entwicklung nahmen sie auch hinsichtlich ihrer anderen illegalen (kriminellen) Fähigkeiten und ihres vom Drogenkonsum geprägten Sexualverhaltens. Die Summe aus Eigen- und Fremderfahrungen bestimmt den persönlichen Standard. Dieses alltagsbewährte Prinzip soll nun auch bei der Vermittlung von safer-sex-Informationen Anwendung finden. Die erlernten Muster zu durchbrechen und den Betroffenen andere, womöglich neue Verhaltensweisen und Perspektiven aufzuzeigen ist Ziel des hier dokumentierten Modellversuchs.

Gemäß der Aufgabenbeschreibung soll versucht werden, in einem Tagesseminar inhaftierte drogenabhängige Männer mittels verschiedener Methoden in safer-sex-Praktiken anzuleiten und safer-sex-Verhalten anzuregen. Aus diesem Kreis sollen in einem weiteren Tagesseminar interessierte Männer zu sogenannten Mediatoren weitergebildet werden. Diese Mediatoren sollen damit in die Lage versetzt werden, ihre safer-sex-Kenntnisse an andere mitinhaftierte Männer weiterzugeben.

Darüber hinaus ist ein Tagesseminar zur Fortbildung von sogenannten Multiplikatoren, d.h. Menschen, die in diesem Themenbereich in einer JVA professionell oder ehrenamtlich tätig sind und bereits ähnliche Hilfen anbieten, vorgesehen. Dabei soll versucht werden, diese Personengruppe in die Lage zu versetzen, mit den vermittelten Kenntnissen sowohl inhaftierte Männer als auch Mediatoren entsprechend weiterzubilden.

I. Grundsätzliche Überlegungen und Feststellungen

1 „Let's Talk About - Safer - Sex“

In Anlehnung an einen Hit Anfang der 90er Jahre wurde die dreiteilige Seminarreihe in einer Justizvollzugsanstalt für Männer „Let's Talk About - Safer - Sex“ benannt. Denn über (sichere) Sexualität zu reden, ist auch die Losung dieser Veranstaltungsreihe. Nicht die Weitergabe bestimmter Techniken, sondern miteinander ins Gespräch kommen, gemeinsam erfahren, voneinander lernen, ist der geeignete Weg zur Übermittlung und Annahme von Verhaltensmustern, die letztlich eine Verhaltensänderung am ehesten bewirken können.

2 Sexualität, ein öffentliches Thema

Schon immer war Sexualität ein wichtiges Thema der Menschen unseres Kulturkreises. Jedoch erst in den 70er Jahren dieses Jahrhunderts wurden in der Bundesrepublik sexuelle Verhaltensweisen erstmals in der breiten Öffentlichkeit diskutiert. Die sogenannte sexuelle Befreiung dieser Jahre blieb jedoch weit hinter den Erwartungen zurück. Statt wirklicher sexueller Freiheit stellte sich eher anhaltende Verunsicherung ein. Dennoch, das Thema Sexualität wurde salonfähig und wurde fortan, u.a. im Rahmen der 'Emanzipationsbewegung' der Frauen und der (drohenden) AIDS-Erkrankungen öffentlich erörtert.

In den 90er Jahren scheinen nun jedoch alle Dämme zu brechen. Das Thema Sexualität ist in aller Munde. Wir werden überschwemmt mit diesbezüglichen Infor-

mationen, auf direktem und indirektem Wege. Die Medien, ohnehin an Zahl und Umfang expandiert, lassen im Kampf um Verkaufszahlen und Einschaltquoten keine Gelegenheit aus, das Thema Sexualität insbesondere in seinen exotischen Erscheinungsformen vermeidlich kundengerecht aufzubereiten. Erotik als Synonym für Sexualität wurde zum Marketingkonzept für vielerlei, selbst gänzlich unerotischer Produkte. Sexualität ist letztlich selbst zur Ware geworden. Dies ist zwar keine neuere Entwicklung. Prostitution hat es schließlich schon immer gegeben. In Form, Masse und Intensität übersteigt das Angebot jedoch alle Prognosen.

Zudem wird Sexualität zunehmend mit Jugend und Vitalität gleichgesetzt. Der jahrtausende alte Wunsch der Menschen, ewige Jugend zu erfahren, findet in unserer mediengeprägten Gesellschaft seine Hochkultur. Und Jugend hatte schon immer ihr eigenes Tempo. Die Schnelllebigkeit der heutigen Informationen und Werte ist jedoch beispiellos und scheint noch längst nicht ihren Zenit erreicht zu haben.

Auch menschliche Beziehungen geraten in den Sog dieser Schnelllebigkeit. Die Fülle und Vielfalt von Informationen und Reizen läßt Ansprüche erwachsen, die zumindest in partnerschaftlichen Beziehungen kaum mehr abzudecken sind. Es wächst die Unzufriedenheit und damit die Suche nach dem Andersartigen, dem Neuen, der allumfassenden Befriedigung. Häufig wird diese Befriedigung mit sexueller Erfüllung gleichgesetzt, wobei sich Sexualität zunehmend von der partnerschaftlichen Bindung löst. Das **gesellschaftlich** und ökonomisch bedingte Leistungsprinzip greift auch auf Liebe und Sexualität über.

Die sexuellen Ansprüche begrenzen sich jedoch nicht auf das menschliche Leistungsvermögen. Vielmehr werden neue Technologien eingesetzt bzw. speziell entwickelt, den vorgeblichen Bedarf nach maximaler sexueller Erfüllung zu befriedigen. Pornographie, als Verbildlichung menschlicher Sexualphantasien schon immer ein Thema, entwickelte sich von der einfachen Bildvorlage zum internationalen multimedialen Spektakel und damit zu einem beachtlichen Wirtschaftsfaktor. Pornographie im Internet und Telefonsex weltweit sind die populäre Gegenwart. Cyber-sex, zwar noch in der Entwicklung, aber schon konkret, verspricht hautnahes sexuelles Erleben ohne Grenzen, sogar unter Vermeidung menschlicher Kontakte.

Schon heute, wiederum angeregt durch die Medien, werden die verschiedensten sexuellen Praktiken (unreflektiert) erprobt, gelebt und die Erfahrungen anschließend vor der Öffentlichkeit ausgebreitet. Sexuelle Neigungen prägen gerade bei jungen Menschen zunehmend die (sexuelle) Identität. Bisexualität, Sadomasochismus und andere sexuelle Praktiken werden zur Ideologie erhoben, um die sich der Alltag rankt. Eine Überfrachtung und damit Überforderung des Einzelnen sowie insbesondere der partnerschaftlichen Beziehung ist nicht selten die Folge. Eine Abkehr von der traditionellen Partnerschaft ist zu erwarten. Neue Lebens- und Liebesformen sind in Vorbereitung.

Sexualität steht somit ständig im gesellschaftlichen Rampenlicht. Doch wie wird Sexualität öffentlich diskutiert? Wo bleibt die gebotene Offenheit, wo die persönlichen Bedürfnisse? Wo bleiben Aspekte wie Gefühl, Scham und der ursprüngliche

Wunsch nach Nähe und Wärme? Wo werden Ängste und über AIDS hinausgehende Risiken angesprochen? Die Diskussionen werden öffentlich eher plakativ geführt und bleiben in ihrer Tiefe weitgehendst dem privaten Rahmen überlassen bzw. dem beratenden, therapeutischen Gespräch.

3 Sexualität, (k)ein Thema für Männer

Für Männer gilt dieses um so mehr, da sie in ihrer erfolgs- und außenorientierten Sozialisation meist nicht gelernt haben, sich auch mit sich selbst und ihren eigenen Bedürfnissen tiefergehend auseinanderzusetzen und gegen Überforderung abzugrenzen. Beruflicher, meßbarer Erfolg steht für die überwiegende Zahl der Männer noch immer im Vordergrund. Veränderungen am Arbeitsmarkt haben daran bisher nichts geändert. Parallel hat die sexuelle Leistungsfähigkeit oberste Priorität. Beides, Leistung und Sexualität, sind eng miteinander verknüpft. Schwierigkeiten in einem oder beiden Bereichen führen daher bei Männern häufig zu eklatanten Persönlichkeitskrisen. Den persönlichen Erfolg zurückzustellen und andere Facetten ihres Ichs zu leben, ist Männern überwiegend leider noch immer befremdlich.

Über Sexualität reden ist Männern, gemessen am Stand der öffentlichen Diskussion, sicher vertraut. Auch Männer haben ihren Standpunkt in der öffentlichen Sexualitätsdebatte. Sich selbst mit ihren eigenen Empfindungen und Ängsten in die Diskussion einzubringen, fällt ihnen hingegen mehrheitlich noch immer schwer, mehr noch das offene Gespräch unter

ihres Gleichen. Dennoch, eine positive Tendenz, basierend auf der allmählich zunehmenden Erkenntnis eigener sozialer Defizite und dem eingeleiteten Geschlechterdialog, ist zumindest erkennbar.

4 Sexualität auf dem Weg zur Enttabuisierung?

Trotz der benannten ständigen öffentlichen Thematisierung von Sexualität kann noch immer nicht von einer Enttabuisierung gesprochen werden. Mit der eher plakativen und sensationslüsternen Behandlung des Themas wird zwar eine Offenheit und Aufgeklärtheit suggeriert. Diese hält jedoch einer genaueren Betrachtung nicht Stand. Unerfahrenheit, Überforderung und dem zur Folge Verunsicherung und Verklemmtheit sind eher die Realität. Übernommene und unreflektiert gebliebene Moralvorstellungen prägen und erschweren zudem die (offene) Auseinandersetzung. Die Bereitschaft zur wirklichen Konfrontation mit der eigenen Sexualität und ihren Besonderheiten ist daher, insbesondere bei Männern, eher gering.

Inhaftierte drogenkonsumierende Männer bilden hier keine Ausnahme. Ihre primäre Sozialisation ist vergleichbar mit der anderer Männer. Ihre Geschlechterrollendefinition ist entsprechend ausgeprägt. Obwohl ausgegrenzt, sind sie doch Teil der Gesellschaft und nehmen sich als solchen wahr. Auch sie wollen an gesellschaftlichen Prozessen teilnehmen und orientieren sich entsprechend. Für den Themenbereich Beziehung und Sexualität trifft dieses ebenso zu. Diesbezügliche Beiträge in den ihnen zur Verfügung stehenden Medien (Zeitschriften und Fernsehen) werden be-

wußt wahrgenommen und in männlicher Manier diskutiert. Eine Selbstbetrachtung wird dabei genauso vermieden. Ohnehin in der Selbstreflektion nicht geübt, pflegen auch sie die gesellschaftliche Tabuisierung.

Daher ist es dringend notwendig, miteinander über Sexualität zu reden. Dieses gilt sowohl für Männer als auch für Frauen, untereinander und miteinander, für den privaten Rahmen und für den öffentlichen Raum, außerhalb und innerhalb von Anstaltsmauern. Nur im Austausch ist es Menschen möglich, voneinander zu lernen, den anderen kennenzulernen und damit letztlich auch sich selbst, die tatsächlich eigenen Bedürfnisse.

5 Safer-sex-Informationen im kommunikativen Kontext

Sicherlich ist es möglich, safer-sex-Informationen aufzulisten und diese Aufstellung, vielleicht sogar ansprechend und nutzergerecht gestaltet, an Betroffene weiterzugeben, ob nun verbal oder in schriftlicher Form. Den Betroffenen bleibt es damit überlassen, die Hinweise zur Kenntnis zu nehmen und ggf. umzusetzen.

Die Erfahrungen haben jedoch gezeigt, daß trotz umfassender Informationen, Menschen im sexuellen Kontakt selbst wenig geneigt sind, solche Vorgaben Dritter konsequent zu berücksichtigen. Vor und bei einem sexuellen Kontakt ist die Situation ohnehin spannungsgeladen. Die Beteiligten sind erregt und mit ihrem sexuellen Anliegen wie auch ihren diesbezüglichen Ängsten und Grenzen beschäftigt. Von außen an sie herangetragene und nicht in das eigene Lebenskonzept integrierte Verhaltensregeln haben hier wenig Chancen auf Umsetzung.

Wichtiger ist es daher, über Sexualität, besser noch über die eigene Sexualität ins Gespräch zu kommen, sich über die allgemeinen und persönlichen Wünsche und Ansprüche auszutauschen und dabei auch die eigenen Ängste und Grenzen zu thematisieren. In einem solchen Gespräch lassen sich auch safer-sex-Praktiken einbringen. Der einzelne Betroffene erhält damit Gelegenheit, sich mit seinem Sexualverhalten und dem der anderen Gesprächspartner auseinanderzusetzen. Er erhält die Möglichkeit, die angebotenen safer-sex-Praktiken im Kontext seiner eigenen Sexualität zu sehen, sich bewußt für (oder auch gegen) sie zu entscheiden und sie in seine Verhaltensmuster einzubeziehen, d.h. sie in sein Liebesspiel zu integrieren.

Doch um ein solches Gespräch anregen, anleiten und führen zu können, bedarf es der eigenen Auseinandersetzung mit dem Themenbereich Beziehung und Sexualität. Nicht nur die öffentliche Behandlung dieser Themen sollte in ihrer Breite zur Kenntnis genommen, auch die eigene Geschlechterrolle, die eigene Sexualität, die eigenen diesbezüglichen Erfahrungen sollten reflektiert und im Kontext der medialen, gesellschaftlichen und eigenen Entwicklung betrachtet werden. Die eigenen Empfindungen, Neigungen, Wünsche, Ängste und Grenzen sollten wahrgenommen und überdacht worden sein. Die angebotenen safer-sex-Praktiken sind dabei einzubeziehen.

Nur wer sich mit diesen elementaren Fragen beschäftigt hat, sich im Prozeß der Aufarbeitung befindet, wer Erfahrungen im Austausch dazu sammeln konnte, der kann auch anderen die Themen Bezie-

hung und Sexualität in einer Weise nahebringen, die einen offenen und ehrlichen Austausch erst ermöglicht. Der suggeriert dem/den anderen, dieser Mensch weiß wovon er spricht und lebt, was er sagt. Der weiß, sich adäquat einzubringen und vermag damit letztlich zu überzeugen.

6 Authentizität

Neben der inhaltlichen Auseinandersetzung, der fachlichen Qualifikation, sind auch menschliche Qualitäten gefragt. Die eigene Glaubwürdigkeit ist hier von zentraler Bedeutung. Das Zauberwort heißt Authentizität. Keine Rollen spielen, kein oberlehrerhaftes Gehabe, keine Floskeln, kein Gerede, sondern sich zeigen wie man ist, mit allen Fähigkeiten und Schwächen, mit aller Verbindlichkeit, ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für einen offenen Dialog. Niemand verlangt Perfektion. Sich im Prozeß befinden zählt. Sich Gedanken machen und den Mut aufbringen, persönliches, intimes an- bzw. auszusprechen ist die Basis mit Menschen ins Gespräch zu kommen und ebenso Menschen miteinander ins Gespräch zu bringen.

Wer mit Menschen in einen Dialog treten will, sollte deren Ebene suchen und sich auf dem Parkett der GesprächspartnerInnen mit den eigenen Argumenten einrichten. Nur so ist ein offenes Gespräch unter gleichen Bedingungen möglich.

Selbstverständlich schafft schon allein die fachliche Qualifikation bzw. die Vorbereitung auf das Thema ein Gefälle zwischen den Gesprächspartnern. Dieses zu dokumentieren macht auch Sinn, da sich die Beteiligten mit den angebotenen Inhalten auseinandersetzen sollen. Die Art und

Weise, wie diese Qualifikation vorgetragen wird, ist jedoch entscheidend für deren Akzeptanz und den Gesprächsverlauf. Eine überbetonte Darstellung der eigenen Qualifikation führt häufig zur Zurückhaltung der Teilnehmer, es kommt zum Monolog und letztlich zur Blockade. Eine unterbewertete Darstellung hingegen könnte die Akzeptanz sinken lassen, was meist ebenso zur Abgrenzung führt.

Ich selbst bevorzuge die Rolle eines Moderators, qualifiziert aber letztlich auch nur Mann mit Fähigkeiten und Problemen, der zur Beteiligung anregt, die Beiträge zusammenführt und die Inhalte ins Gespräch einstreut, d.h. der das Gespräch der Teilnehmer lenkt, ohne selbst durchgängig im Mittelpunkt zu stehen. In dieser Rolle erreiche ich in der Regel eine hohe Beteiligung und die Wahrung der Eigenverantwortlichkeit der Teilnehmer. Sie läßt ihnen hinreichend Raum zur Darstellung ihrer eigenen Belange, fördert sie in ihren Darstellungsmöglichkeiten, auch indem ich sie in ihren Beiträgen - soweit möglich - bestärke, und gibt ihnen die Möglichkeit, vorgegebene Inhalte nicht als Eingriff in ihre Privatsphäre zu erleben.

In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich die Frage, wie weit man sich als Gesprächsleiter mit seinen eigenen Erfahrungen in das Gespräch einbringt. Niemand ist zu raten, hier eine ausgiebige Selbstdarstellung zu betreiben. Das Gespräch kann allzusehr zur eigenen Nabelschau entgleiten. Distanz ist in jedem Fall zu wahren. Wer nicht über die Verwendung von Fallbeispielen zum Thema kommen möchte, kann aus dem eigenen Erleben schöpfen, wahrscheinlich die gelungenere Lösung, authentisch zu bleiben.

Dabei ist jedoch darauf zu achten, daß die persönlichen Beispiele für den Gesprächsleitenden unverfänglich bleiben und ihn nicht in den Mittelpunkt rücken. Wenn möglich, sollte man auf passende Ausführungen der Teilnehmer zurückgreifen und diese als Beispiel aufbereiten.

Darüber hinaus sollte sich jeder, der derartige Gespräche leitet, im klaren sein, daß er von seinem Gegenüber beobachtet wird. Jede Äußerung, jedes Zögern, jede Unsicherheit, jede Überheblichkeit, eben jedes Verhalten wird wahrgenommen und mit der Person und den angebotenen Inhalten in Zusammenhang gebracht. Daher sollte man als Gruppenleiter bei sich, bei seinen Möglichkeiten, d.h. authentisch bleiben.

Die eigene Authentizität begünstigt auch die Lösung des bereits angedeuteten Problems von Nähe und Distanz. Auf der einen Seite gilt es, Distanz zu wahren. Man selbst ist nicht der Betroffene und nicht in dessen Situation, sondern lediglich mit einem Anliegen zugegen. Auf der anderen Seite ist Nähe erforderlich, um ein menschliches Miteinander, ein offenes Gespräch zu erreichen. Ein Patentrezept für diese Gratwanderung gibt es nicht. Sympathie und Antipathie zu den Teilnehmern kommen begünstigend oder erschwerend hinzu. Jeder muß hier selbst seine Erfahrungen (immer wieder neu) sammeln.

7 Akzeptanz

Wer sich mit anderen Menschen über ihre Auffassungen und ihr Verhalten in aller Offenheit austauschen will, wird feststellen, daß sich deren Werte und Normen von den eigenen und/oder gesellschaftlichen mehr oder weniger unterscheiden.

Gesellschaftliche Normen sollen und können uns einen Rahmen und damit Orientierung geben. Einige dieser Normen sind seit vielen tausend Jahren überliefert und werden sicher auch in der Zukunft Bestand haben. Andere, wohl die meisten, veränderten sich im Zuge der ökonomischen und gesellschaftlichen Entwicklung und werden sich auch zukünftig weiter verändern. Auch hier vollzieht sich der Wandel immer rasanter, so daß es der Einzelne schwer hat, sich an ihnen zu orientieren.

Gerade im Bereich der Sexualität ist ein solch rasanter Wandel aktuell zu beobachten. Die Diskrepanz zwischen traditionellen Moralvorstellungen, die wir alle noch verinnerlicht haben, und neuen Ansprüchen nimmt immer mehr zu. Alles scheint erlaubt, vieles scheint geboten. In einer solchen Zeit der zunehmenden sexueller Orientierungslosigkeit und Verunsicherung neigen immer mehr Menschen dazu, sich ihre eigenen Werte zu bilden, ihre eigene Moral festzuschreiben. Darüber kann man diskutieren. Letztlich bleibt es jedoch jedem einzelnen selbst überlassen, sich für oder gegen ein bestimmtes sexuelles Verhalten zu entscheiden. Diese Entscheidung und das sich daraus ergebende sexuelle Verhalten ist zu akzeptieren.

In der Arbeit mit Menschen, gerade im Themenbereich Beziehung und Sexualität, ist Akzeptanz dringend angezeigt. Eigene Werte und Normen haben in einer Beratungs- oder pädagogischen Gruppensituation keinen Raum. Einzig die Maßstäbe bzw. das daraus resultierende Verhalten der Beratungssuchenden bzw. der Gruppenteilnehmer steht zur Diskussion. Dieses ist zu betrachten und die Betreffen-

den auf Möglichkeiten und ggf. Unmöglichkeiten hinzuweisen. Risiken und Nutzen ihres Verhaltens sind ihnen aufzuzeigen, so daß sie sich letztlich selbst (neu) entscheiden können, ihr bisheriges Verhalten beizubehalten oder zu verändern. Jede andere Einflußnahme käme einer Bevormundung gleich und würde den Gesprächspartner in seiner Eigenverantwortlichkeit disqualifizieren. Nur in einer ihn und sein Verhalten akzeptierenden Situation fühlt sich ein Gesprächspartner ernstgenommen, so daß er sich offen einbringen kann.

Akzeptanz hat allerdings auch seine Grenzen, insbesondere dann, wenn andere aufgrund des (sexuellen) Verhaltens zu Schaden kommen. Hier ist Position zu beziehen und sind Grenzen zu setzen. Der Betreffende sollte jedoch nicht ausgegrenzt werden. Auch er bzw. besonders er bedarf der Hilfe.

Akzeptanz und nicht Kritik ist angezeigt, um das erfahrungsgemäß häufig schwache Selbstwertgefühl von Männern in besonders schwierigen Lebenslagen nicht weitergehend nachteilig zu beeinflussen. Nur so lassen sich die mehr oder weniger ausgeprägt entwickelten Schutzmechanismen auflösen. Die Möglichkeit der positiven Verstärkung zur Förderung des Selbstwertgefühls sollte hingegen vielmehr genutzt werden. Menschen, die die Notwendigkeit zur Veränderung erkennen und diese vollziehen wollen, sollten in allen Teilschritten eine Bestärkung erfahren. Verbale und andere Formen der Anerkennung werden sie motivieren, ihren eingeschlagenen Weg fortzusetzen und das Ziel der selbständigen, eigenverantwortlichen

Entscheidung und des daraus resultierenden Handelns fortzusetzen.

8 Lebensweltbezug der Zielgruppe: Inhaftierte drogenkonsumierende Männer als Menschen in besonders schwierigen sozialen Lebenslagen

Für Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen, und dazu gehören auch die hier angesprochenen inhaftierten drogenkonsumierenden Männer, sind die vorstehenden Ausführungen von besonderer Bedeutung. Ohnehin gesellschaftlich stigmatisiert und ausgegrenzt nehmen sie tatsächlich nur eingeschränkt an öffentlichen Prozessen teil. Sie werden zumeist auf ihre akute Problematik reduziert und sind mit dieser sicher auch überwiegend hinreichend belastet, wenn nicht gar überfordert. Dennoch leben auch diese Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihre eigene beachtenswerte und zu respektierende Form der Sexualität. Diese Sexualität ist ebenso von der öffentlichen Behandlung des Themas beeinflusst, was nicht heißt, daß sie entsprechend gelebt wird. Die besonderen Haftbedingungen haben eine eigene sexuelle Subkultur entstehen lassen, die sich zur sonstigen zumindest darin unterscheidet, daß das sexuelle Verhalten im geschlossenen Vollzug nicht mit den tatsächlichen sexuellen Wünschen und der sexuellen Identität übereinstimmt.

Den überwiegend heterosexuellen inhaftierten Männern bleibt nur die Selbstbefriedigung und, aus Mangel an Kontaktmöglichkeiten zu Frauen, ein homosexuelles Verhalten zur Befriedigung ihrer sexuellen Bedürfnisse. Dieses Verhalten heterosexueller Männer wird in unserem

patriarchalischen Gesellschaftssystem nach wie vor tabuisiert und entschieden abgelehnt. Auch die vorstehend beschriebene gesellschaftliche Öffnung in diesem Themenbereich hat nicht zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung sexuellen Verhaltens geführt. Eine klare Zuordnung zu einer Gruppierung (Hetero- oder Homosexualität, ggf. mit Einschränkungen auch Bisexualität) unter Einhaltung entsprechender Verhaltensmustern wird verlangt und konsequent durchgesetzt. Die Angst vor der eigenen individuellen Verunsicherung, der kein Raum gegeben werden darf, ist m. E. der Motor dieser allgemeinen Beharrlichkeit und begründet den Schulterschuß der verschiedensten gesellschaftlichen Gruppierungen.

Dennoch gibt es Menschen, die beides leben, deren sexuelles Verhalten nicht mit ihrer Identität konform geht, bewußt oder gezwungenermaßen. Dieses ist zu akzeptieren und sollte keinesfalls bewertet werden. Ohnehin ist davon auszugehen, daß sich diese Menschen im inneren Konflikt befinden, einerseits dem gesellschaftlichen Anspruch entsprechen und andererseits die eigenen Bedürfnisse leben zu wollen. Dieser Konflikt prägt ihr Verhalten. Unterdrücktes Schamgefühl, Selbstverleugnung und Verdrängung sind Mechanismen, um die Realität ertragen zu können, alles keine den offenen Dialog begünstigenden Momente.

Hinzu kommt, daß einige inhaftierte Männer zur Beschaffung ihres persönlichen (Drogen-) Bedarfes sich und ihren Körper für sexuelle Aktivitäten anbieten. Prostitution ist ohnehin ein gesellschaftliches Konfliktthema, immer schon gegenwärtig, jedoch nie als gewerbliche Dienstleistung

akzeptiert. Für Männer gilt das um so mehr, da Prostitution traditionell der weiblichen Geschlechterrolle zugeordnet wird. Männer, die sich prostituieren, widersprechen dem Klischee, zumal sofern sie heterosexuell sind. Der sich ergebende persönliche Konflikt bleibt meist unreflektiert. Insbesondere bei der (Drogen-) Beschaffungsprostitution wird dieser Konflikt mehr oder weniger erfolgreich ausgeblendet.

Aber auch die ständig gegenwärtige physische und psychische Gewalt in JVA's nimmt erheblich Einfluß auf das Sexualverhalten. Die Institution selbst soll Freiheiten einschränken und prägt damit gleichzeitig die männliche (Zwangs-) Gemeinschaft, in der Gewalt, wenn auch nicht immer direkt spürbar, das vorherrschende Moment im alltäglichen Miteinander darstellt. Folglich spiegelt sie sich auch im sexuellen Verhalten der inhaftierten Männer. Von liebevollen Beziehungen ist daher weniger auszugehen. Als sexuelle Arrangements sind die Kontakte wohl eher zu bezeichnen, immer verbunden mit der Angst vor Entdeckung und entsprechenden Sanktionen.

Die Gewaltstruktur der Zwangsgemeinschaft bietet zudem hinreichend Raum für sexuelle Übergriffe. Neben Prostitution, die weniger unter gleichwertigen Partnern stattfindet, ist sexueller Mißbrauch und direkte Vergewaltigung von Mitinhaftierten alltägliche (sexuelle) Realität.

Vor diesem Hintergrund den Zugang zu männlichen Inhaftierten im Themenbereich Beziehung und Sexualität zu finden, scheint zunächst schwierig. Die Erfahrung lehrt jedoch, daß die Betroffenen bei entsprechender Zuwendung auch ihrerseits Interesse und Entgegenkommen zeigen.

Darauf ist aufzubauen und eine Vertrauensbasis zu entwickeln.

9 Vertrauensbildung

Vertrauensbildung ist das erste und grundsätzliche Ziel, insbesondere in der Arbeit mit Menschen in besonders schwierigen sozialen Lebenslagen. Nur in einem vertrauensvollen Rahmen lassen sich Themen offen ansprechen, die zum persönlichen und, wie hier der Themenbereich Sexualität, zum intimen Bereich eines Menschen zählen.

Vertrauen ist jedoch keine Selbstverständlichkeit. Es muß gewonnen bzw. erarbeitet werden. Doch zahlreiche erfahrene Verletzungen und deren persönliche Interpretation verhindern weitgehend die gebotene Offenheit. Zudem gehört für Inhaftierte die Mißtrauensbildung zur erfolgsversprechenden Überlebensstrategie in der Institution Gefängnis. Diese Strategie soll sie schützen und erschwert damit vertrauensvolle Kontakte.

Für die Vertrauensbildung sollte man sich daher hinreichend Zeit lassen. Der Prozeß ist zeitintensiv und vorher nicht in allen Einzelheiten planbar.

⇒ Persönliche Vorstellung

In der Arbeit mit Menschen bzw. Gruppen ist die Vorstellung der eigenen Person für die Vertrauensbildung von besonderer Bedeutung. Mit der eigenen Vorstellung werden Maßstäbe gesetzt, an denen sich das Gegenüber orientieren kann. Erfahrungsgemäß werden diese Vorgaben weitgehendst erwidert jedoch selten überschritten. Es ist daher äußerst wichtig, sich vorab zu überlegen, welche Persönlichkeits-

merkmale man selbst ansprechen bzw. angesprochen haben möchte.

⇒ Du oder Sie?

Erwachsene, sich nicht näher bekannte Menschen, siezen sich in der Regel. Das Sie soll gegenseitige Achtung und Respekt, aber auch die gebotene Distanz signalisieren. In der Gruppenarbeit ist eine solche Distanz häufig hinderlich, bei der Behandlung des intimen Themas Sexualität um so mehr. Man sollte daher allgemein das Du anbieten, ohnehin im Umgang der hier angesprochenen Zielgruppe untereinander üblich. Zudem trägt die ausschließliche Nennung des Vornamens zur Anonymisierung der Teilnehmer bei. Namensschilder sind ggf. hilfreich.

10 Weitere Voraussetzungen

Authentizität, Akzeptanz und Vertrauensbildung sind neben der fachlichen Qualifikation und der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Thema, die wichtigsten Voraussetzungen (Prinzipien) im Gespräch mit der Zielgruppe. Weitere sind jedoch zu beachten. Nachstehend eine Aufstellung:

⇒ Vertraulichkeit

Vertraulichkeit ist dringend anzuraten bzw. geboten. Sie ist ein Prinzip und sollte den Teilnehmern versichert werden. Sollte sie nicht gehalten werden können, beispielsweise weil man noch in einem anderen Bezug zu den Teilnehmern steht, sollte unbedingt vorab offen darauf hingewiesen werden, damit sich alle darauf einstellen können.

Das Prinzip der Vertraulichkeit gilt selbstverständlich auch für die Teilnehmer. Diese sind vorab nachdrücklich darauf hinzuweisen („Alles, was - vertraulich - in

diesem Raum gesprochen wird, bleibt auch in diesem Raum.“). Obwohl nicht kontrollierbar und immer wieder mißachtet, stellt diese Forderung einen Beitrag zur Eigenverantwortlichkeit der Gesprächsteilnehmer dar.

⇒ Unantastbarkeit der Integrität der Teilnehmer

Ebenso sind die Gesprächsteilnehmer darauf hinzuweisen, daß niemand wegen seiner Ansichten physisch oder verbal angegriffen werden darf. Jeder hat ein Recht auf eine eigene Meinung und dieses Recht ist vom Gesprächsleiter in jedem Fall zu schützen.

⇒ Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit

Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit sind ebenfalls dringend geboten. Die Einbringung eventuell eigener Schwierigkeiten mit dem Thema und der Veranstaltung kann einen Rahmen für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit schaffen. Hier bleibt allerdings abzuwägen, ob die besagten eigenen Schwierigkeiten die Veranstaltung entscheidend beeinflussen könnten. Sollten diese Schwierigkeiten gravierend sein, ist es angezeigt, diese im Vorfeld zu klären, ggf. zu verzichten.

⇒ Verantwortung tragen

Jeder, der ein solches Seminar durchführt, ein solches Gespräch leiten will, ist letztlich für das Gelingen seines Vorhabens selbst verantwortlich. Andere haben ihn vielleicht darum gebeten, evtl. dieses sogar angeordnet. In der konkreten Umsetzung ist er jedoch allein mit den Teilnehmern und muß sich allein der Auseinandersetzung mit ihnen stellen. Die Aufgabe läßt sich meist leichter bewältigen, wenn man

die Verantwortung auf einen oder zwei weitere Gruppenleiter verteilen kann. Dabei sollte man allerdings beachten, daß das Verhältnis Gruppenleiter / Teilnehmer noch stimmt. Empfehlungen hier auszusprechen ist schwierig. Die Erfahrungen des oder der Gruppenleiter sind hier zu berücksichtigen. Einem unerfahrenen Gruppenleiter würde ich nicht mehr als 10, besser 8 Teilnehmer empfehlen.

⇒ Sprache

Sprache ist unser wichtigstes Kommunikationsmittel. In unserer Sprache gehen wir unseren Gedanken nach. Mit unserer Sprache drücken wir uns gegenüber anderen aus. Über die Sprache nehmen wir andere differenzierter wahr, handelt es sich um rationale oder emotionale Inhalte. Das heißt nicht, daß sich sexuelles Erfahren auf Sprache reduziert. Im Gegenteil, es gibt wohl kaum einen Lebensbereich, der ein so vielfältiges Repertoire an Kommunikations- und Empfindungsmöglichkeiten anbietet. In einer vertrauten Atmosphäre können und sollen diese versucht und gelebt werden. Ein verbaler Austausch ist dennoch unumgänglich, will man über den anderen mehr erfahren als die eigene Wahrnehmung zuläßt.

Auf der Beziehungsebene sind Gespräche ohnehin unerläßlich. Sie sind Teil der Interaktion zwischen den BeziehungspartnerInnen. Sexualität als wiederum wesentlicher Teil einer partnerschaftlichen Beziehung ist ebenso Gegenstand sprachlicher Auseinandersetzungen.

Die Sprache birgt allerdings auch ihre Schwierigkeiten. Begriffe werden unterschiedlich definiert, verbale Darstellungen wiesen mißverstanden. Gerade im emotionalen und intimen Bereich können sich

sprachliche Mißverständnisse einstellen. Wahrnehmungen lassen sich nur schwer allgemeinverständlich ausdrücken, Empfindungen sich nicht standardisieren. Mit der gewählten Beschreibung wird Unterschiedliches verbunden. Dennoch bleibt uns nur die Sprache als differenzierteres Ausdrucksmittel. Sie stellt das komplexeste Kommunikationsmittel dar. Zur besseren Verständigung bedarf es daher der Übung sowie der sprachlichen Annäherung.

In der Arbeit mit Zielgruppen ist die sprachliche Ebene besonders zu beachten. Sprache kann verbinden, aber ebenso eine unüberwindliche Barriere schaffen. Es ist daher verstärkt darauf zu achten, daß der persönliche Ausdruck die Zielgruppe erreicht. Nur wer die Zielgruppe auf eine sie verständliche, besser vertraute Weise anspricht, kann mit Offenheit, d.h. Akzeptanz und Annahme rechnen.

Sexualität als allgemein tabuisierte Thematik bereitet auch in der sprachlichen Umsetzung Schwierigkeiten. Zum einen unterscheidet sich die Terminologie in der öffentlichen Auseinandersetzung meist erheblich von den privaten intimen Sprachgewohnheiten. Zum anderen differieren die Inhalte und deren Darstellungsform zwischen öffentlicher und privater Ebene. Begriffliche Unsicherheiten bzw. Verkrampfungen im Austausch sind meist vorgegeben. In einer Beratungs- oder Gruppensituation ist hier Akzeptanz in Bezug auf die Unsicherheiten zu signalisieren und ggf. eine sprachliche Brücke zu schlagen.

⇒ Bereitschaft zum Zuhören

Das Gelingen eines Kommunikationsprozesses hängt von der Fähigkeit zur Verbalisierung von Erfahrenem und Erlebtem

genauso ab wie von der Fähigkeit, aktiv zuhören zu können. Zuhören heißt, wirkliches Interesse am Anderen zeigen, ihn zu respektieren. Nur wer zuhört hat die Chance, den Anderen tatsächlich zu verstehen und in seiner Besonderheit wahrzunehmen. Zuhören können ist die Voraussetzung für einen wirklichen Dialog.

⇒ Sensibilität

Zu einer ganzheitlichen Wahrnehmung der Gesprächspartner gehört neben einer Wahrnehmung des Offensichtlichen auch das Registrieren von Zwischentönen, Gesten, Mimik, Verhalten und Ausstrahlung der Teilnehmer. Gerade im Bereich der Sexualität ist das Unausgesprochene häufig weit aufschlußreicher.

⇒ Für sich selbst sorgen

Darüber hinaus ist jedem unerfahrenen Gruppenleiter zu empfehlen, die eigenen Möglichkeiten, Grenzen und Bedürfnisse zu beachten. Er sollte sich überlegen, was er selbst benötigt, um sich in einer solchen Situation wohl zu fühlen. Das können die unterschiedlichsten Dinge sein, angefangen bei einer bestimmten Art der (mentalen) Vorbereitung, bis hin zu physischen Notwendigkeiten, Genüssen und Auszeiten während der laufenden Veranstaltung, bzw. einer Belohnung nach der Vervollendung.

⇒ Für die Teilnehmer sorgen

Ein Gruppenleiter ist für das Wohlbefinden der Teilnehmer verantwortlich, auch wenn diese als erwachsene Menschen in ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit ernstzunehmen sind. Die Gruppendynamik kann eine Situation herbeiführen, deren Konsequenzen für den

einzelnen Teilnehmer nicht mehr überblickbar sind. Hier ist der Gruppenleiter gefordert zu intervenieren und damit (späteren) Schaden von dem oder den Teilnehmern abzuwenden. Letztlich soll die Veranstaltung für alle Beteiligten einen Gewinn erbringen und keinesfalls auf Kosten einzelner oder aller durchgeführt werden.

⇒ Atmosphäre schaffen

Eine entspannte Gesprächsatmosphäre kann durch sogenannte Kontaktmittel wie Kaffee, Tee, Gebäck und, bei Inhaftierten sehr begehrt, Schokolade unterstützt werden. Allein diese Bedingungen schaffen noch keine Atmosphäre. Das gesamte äußere Setting muß sich auf die Situation der Zielgruppe einrichten und bewußt Gegenerfahrungen zum alltäglichen Gefängnisleben offerieren. Die Teilnehmer fühlen sich angesprochen und respektiert. Erfahrungsgemäß quittieren sie diesen eher geringen Aufwand mit erhöhter Aufmerksamkeit und Bereitschaft zur Mitarbeit. Der eigenen Kreativität sind hier keine Grenzen gesetzt. Der Umfang sollte jedoch dem Anlaß entsprechen.

⇒ Anreize bieten

Menschen in Haft verfügen meist über wenig finanzielle Mittel, um ihren persönlichen Bedarf zu befriedigen. Für drogenkonsumierende Inhaftierte trifft dieses um so mehr zu. Sie benötigen ihr Geld zur Beschaffung von Drogen. Andere Artikel des persönlichen Bedarf kommen daher in der Regel zu kurz. Kleine Präsente (Kontaktmittel) zum Abschluß der Veranstaltung können daher einen Anreiz zum Durchhalten darstellen. Tabak und Blättchen

etc. sind in einer JVA meist Mangelware und können entsprechend motivieren.

⇒ Spaß

Bei allen ernstzunehmenden Voraussetzungen und Prinzipien sollte man jedoch eines nicht vergessen, so eine Veranstaltung muß auch Spaß machen. Der Humor und das gemeinsame Lachen sollte dabei nicht zu kurz kommen. Denn wer lacht ist aufmerksam und wird die übermittelten Inhalte in positiver Erinnerung behalten.

⇒ Von Mann zu Mann...

Die vorstehenden Ausführungen lassen sich überwiegend auch für die Arbeit mit Frauen in vergleichbaren Situationen übertragen. Dennoch ist hier ausschließlich von der Arbeit mit Männern, genauer von der Arbeit mit drogenkonsumierenden inhaftierten Männern die Rede. Und Männer sollten zumindest im Themenbereich Beziehung und Sexualität auch unter sich bleiben, d.h. das Gespräch sollte nur von einem Mann geleitet werden. Auf den ersten Blick mag der Ausschluß von Frauen merkwürdig klingen, sind doch Frauen mit ihrer Sozialisation häufig die besseren Gesprächspartnerinnen in diesem Themenbereich. Wer jedoch sowohl Männergruppen als auch gemischtgeschlechtliche Gruppen, Heterosexualität vorausgesetzt, in diesem Themenbereich erlebt hat, wird einen erheblichen Unterschied im Verhalten der TeilnehmerInnen, insbesondere der Männer feststellen. In Gegenwart von Frauen stellen sich Männer erfahrungsgemäß anders dar. Entweder versuchen sie, sich positiv von den anderen abzuheben und negieren ihre schwache Seite oder sie präsentieren ihren

Schmerz und erwarten Beistand und Trost. In jedem Fall versuchen sie, in Konkurrenz zueinander die Aufmerksamkeit und Zuneigung der anwesenden Frauen auf sich zu ziehen. Darauf sollte in einer solchen Arbeitsrunde verzichtet werden.

11 Konzeptionelle und organisatorische Planung und Vorbereitung

Vor jeder Durchführung steht die Planung, die inhaltliche und organisatorische Vorbereitung auf das beabsichtigte Vorhaben, d.h. die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema, dem zu erwartenden Geschehen und der eigenen Rolle dabei. Das Thema safer sex ist zu behandeln. Doch, was will ich vermitteln? Wo setze ich meine Prioritäten? Wie will ich das Thema aufbereiten, welche Zusammenhänge herstellen und verdeutlichen? Welchen Faden will ich spinnen und welche Ziele setzen? Zudem sind Absprachen zu treffen und alle erforderlichen Materialien und Annehmlichkeiten zu beschaffen. Im folgenden werden die notwendigen Vorbereitungen chronologisch ausgeführt.

⇒ Kontaktperson

Sofern man nicht selbst in der Institution bereits tätig ist, sollte man zunächst eine(n) Ansprechpartner(in) vor Ort kontaktieren, ggf. erst einmal eine solche Person ermitteln. Diese Kontaktperson stellt das Bindeglied zwischen der Zielgruppe, der Institution und dem eigenen Vorhaben dar. Mit ihr sind im Vorfeld alle anstehenden Fragen zur Zielgruppe, zu den örtlichen und zeitlichen Gegebenheiten und den sich daraus abzuleitenden Möglichkeiten für die Durchführung zu klären und die Details präzise abzusprechen. Eine enge Zusammenarbeit ist notwendig.

⇒ Zeitrahmen

Der Veranstaltungstermin ist mit der Kontaktperson abzusprechen und der Zeitrahmen gemeinsam festzulegen. In einer JVA muß sich dieser am Tagesablauf der inhaftierten Männer orientieren und sollte weitgehendst ihre Gewohnheiten berücksichtigen. Anfang, Mittagspause und Ende sind meist vorgegeben und zu übernehmen. An diese Eckdaten ist das zeitliche Konzept anzupassen.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß eine Arbeitseinheit nicht weniger als 45 und nicht mehr als 90 Minuten umfassen sollte. Bei niedrigschwelligen Angeboten sollten in der Planung 60 Minuten nicht überschritten werden. Da die Konzentration im Tagesverlauf abnimmt, sollten die Arbeitseinheiten am Nachmittag entsprechend reduziert bzw. die Pausenzeiten erhöht werden.

⇒ Pausen

Für ausreichend Pausen ist zu sorgen. Die Pausen sollten gemeinsam verbracht und die Gelegenheit genutzt werden, miteinander auch über andere Themen ins Gespräch zu kommen. Insbesondere die Mittagspause, die gemeinsame Einnahme der Mahlzeit, sofern möglich, bietet sich dafür an. Man lernt sich dabei näher kennen und schafft damit eine breitere Vertrauensbasis.

⇒ Räumlichkeiten

Die räumlichen Bedingungen und Möglichkeiten sind vorab zu klären, ggf. ist ein Raum zu organisieren. Dieser Raum sollte eingesehen werden oder zumindest hinreichend beschrieben worden sein. Größe, Lichtverhältnisse, Ausstattung und eventuell störende Gegebenheiten (Geräusche, optische und akustische Mängel, Tempe-

ratur, etc.) sollten in Erfahrung gebracht werden, um ggf. Veränderungen bewirken zu können. Die räumlichen Gegebenheiten sind für die inhaltliche Planung (Gruppenarbeit und andere Übungen) von besonderer Bedeutung. Das methodische Vorgehen ist den räumlichen Möglichkeiten anzupassen. Zudem sollen sich alle Beteiligten in den Räumlichkeiten wohl fühlen.

Ich selbst arbeite ausschließlich im Stuhlkreis in der Mitte eines Raumes bzw. bei bestimmten Programmpunkten auch im Stehen. Der Kreis ist m. E. die Basis des von mir angestrebten gleichberechtigten Gespräches. Da die Teilnehmer von mir alle notwendigen Materialien erhalten, ist ein Mitschreiben nicht erforderlich. Dieses wird von mir auch nicht gewünscht, da es die Konzentration bindet und von der Teilnahme am Gespräch ablenkt. Zudem halte ich Tische für störend. Nur bei einzelnen Übungen nutze ich sie. Tische unterbinden den Blick auf den ganzen Menschen, sein Verhalten, seine Reaktionen. Sofern möglich, lasse ich vorab von den Teilnehmern die Tische entfernen und die Stühle entsprechend anordnen.

⇒ Materialien

Papier und Stifte (Kugelschreiber und verschiedenfarbige Filzstifte) sind ausreichend bereitzuhalten, zudem ein oder zwei große Bögen für eine Wandzeitung, ggf. auch Karteikarten und Klebeband. Ausgewählte Informationsmaterialien für die Teilnehmer, insbesondere zur Kondombenutzung und safer-sex-Praktiken, sofern vorhanden, oder über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln und die Deutsche Aids-Hilfe e.V. in Berlin erhältlich, sollten ebenfalls vorliegen. Weiter sind

Kondome in hinreichender Menge zum Üben und Verschenken erforderlich. Ein Gleitmittel und andere Mittel, die nicht im Zusammenhang mit Kondomen verwendet werden dürfen, sollten als Anschauungsmaterialien mitgeführt werden, Tücher zum anschließenden Reinigen der Hände ebenfalls. Darüber hinaus sind die sogenannten Kontaktmittel zu beschaffen.

⇒ Rauchen

Eigentlich bin ich Gegner des Rauchens während einer Veranstaltung. Dafür stehen die Pausen zur Verfügung. Eine solche konsequente Haltung kann jedoch zu einem Konflikt mit den Teilnehmern führen, der dann erheblichen Raum einnehmen und zu ernsthaften Auseinandersetzungen führen könnte. Es ist daher sinnvoll, diesen Punkt vorab mit den Teilnehmern abzusprechen und ggf. hier zurückzustecken. Eine Schachtel Zigaretten oder ein Paket Tabak mit Blättchen habe ich ohnehin immer dabei. Zigaretten sind ein kommunikationsunterstützendes Mittel. Mit Zigaretten läßt sich Anerkennung vermitteln und lassen sich Konflikte lösen, auch wenn man selbst nicht raucht. Entsprechend nutze ich sie.

⇒ Ankündigung

Die Ankündigung der Veranstaltung ist ein weiterer wichtiger Punkt der Vorbereitung. Die Kontaktperson ist wiederum einzubeziehen und mit ihr ein geeigneter Weg zur Ansprache der Zielgruppe abzusprechen. Menschen in besonderen sozialen Lebenslagen, so auch inhaftierte Männer, sind immer individuell und persönlich anzusprechen, eine Aufgabe der Kontaktperson in der JVA. Dennoch sollte auch der Durchführende sich und sein Vorhaben

vorstellen und damit die persönliche Ansprache der Kontaktperson unterstützen. Wer nicht selbst sein Angebot vorstellen kann, sollte folglich zu anderen Mitteln greifen. Die Gestaltung und Fertigung von Handzetteln und/oder Plakaten bietet sich hier an. Diese sollten ins Auge fallen und sich von anderen Veröffentlichungen positiv abheben. Mit dem PC ist eine Vorlage heute schnell erstellt. Aber auch handgefertigte Vorlagen haben nicht ihren Reiz verloren, gilt es doch die Zielgruppe adäquat anzusprechen, ihr Interesse zu wecken und sie zur Teilnahme zu motivieren.

Ich selbst habe mich hier für identische Plakate und Handzettel auf farbigem Papier entschieden. Eine gezeichnete Comicfigur soll auf amüsante Art den Bezug zum Thema herstellen und der mit dem PC gefertigte Text die notwendigen Informationen übermitteln. Das Material habe ich anschließend meiner Kontaktperson zur Verteilung übersandt.

⇒ Entgelt als Teilnahmeanreiz

Inhaftierte Männer gehen im allgemeinen auch in einer JVA einer Tätigkeit nach. Sie werden in Werkstätten, in der Küche und anderen Bereichen eingesetzt. Dafür erhalten sie ein Entgelt und/oder eine Prämie zur Deckung ihres persönlichen Bedarfes. Bei der Vorbereitung eines Seminars sollte man daher darauf achten bzw. darauf hinwirken, daß die Teilnahme am Seminar ebenfalls entlohnt bzw. prämiert wird. Dieses schafft einen größeren Anreiz zur Teilnahme und stellt eine Anerkennung für die auch im Seminar zu leistende Arbeit dar.

⇒ Inhaltliche Planung

Einige Ideen zum inhaltlichen Ablauf sind das Resultat erster Überlegungen. Diese sollte man sich unbedingt notieren. Eine Sammlung von Einfällen, die als Bausteine verwendet werden können, ist die Folge. Zunächst entsteht eine ungeordnete Liste. Wenn hinreichend Ideen vorhanden sind, kann man diese auf einzelne Zettel übertragen. Diese kann man dann auslegen und entsprechend seinen Vorstellungen arrangieren. Ein 'Spiel' mit den Bausteinen beginnt, bis allmählich ein gedanklicher Ablauf entsteht, um den sich die weiteren Ideen und Überlegungen ranken, bis zur Fertigstellung eines konkreten Konzeptes.

Der nächste Schritt ist die zeitliche Zuordnung. Der mit der Kontaktperson abgesprochenen Zeitrahmen ist einzubeziehen. Das daraus erstellte detaillierte Zeitraster mit seinen Arbeitseinheiten stellt die Basis für die weitere inhaltliche Planung dar. In dieses Zeitraster ist nun der bereits entworfene Ablauf mit den gesammelten 'Bausteinen' (siehe nachstehend) einzufügen. Das Konzept nimmt Formen an.

Die Beachtung des zeitlichen Rahmens ist bei der Durchführung von Seminaren, etc. äußerst wichtig und schwierig zugleich.

Die Zeit zur Vermittlung der Inhalte ist begrenzt. Zudem sind die Reaktionen der Teilnehmer auf das Angebot nicht planbar. Sich einen gewissen Spielraum zu lassen, ist daher angezeigt. Gleichzeitig ist darauf zu achten, daß die wesentlichen Elemente des Angebots präsentiert werden.

Bei der hier anzusprechenden Zielgruppe ist von einem wenig entwickelten Gruppenverhalten auszugehen. Grundsätzliche Verhaltensregeln wie einander zuhören, den anderen ausreden lassen und sich zu Wort melden, können nicht vorausgesetzt werden. Vielmehr ist von einer unstrukturierten Gruppendynamik auszugehen, die ein häufiges Intervenieren erforderlich macht. Dieses ist einzukalkulieren und das Angebot entsprechend zu gestalten.

⇒ Teilziele

Als weitere Hilfestellung sollte man sich Teilziele setzen. Das übergeordnete Ziel, hier die Vermittlung von safer-sex-Informationen, kann man in der konkreten Durchführung leicht aus den Augen verlieren. Teilziele hingegen, lassen sich leicht überprüfen und ggf. das eigene Verhalten korrigieren.

II. Planung und Durchführung eines Tagesseminars für drogenkonsumierende inhaftierte Männer zur Vermittlung von safer-sex-Kenntnissen

1 Aufgabenstellung

Für männliche drogenabhängige Inhaftierte sollte unter Beachtung der besonderen vollzuglichen sexuellen Gewohnheiten und Ausnahmesituationen ein Tagesseminar vorbereitet und durchgeführt werden. Ziel des Seminars war es, diese Personengruppe in safer-sex-Praktiken anzuleiten und zur Anwendung dieser Praktiken anzuhalten. Die Teilnahme war freiwillig. Der Verlauf und die abschließende Reflexion des Seminars wird im folgenden dargestellt.

2 Planung und Vorbereitung

Über die Kontaktpersonen wurden die haftinternen Bedingungen in Erfahrung gebracht. Der zeitliche und örtliche Rahmen wurde gemeinsam abgesteckt und die inhaltliche Planung wie bereits ausgeführt darauf aufgebaut. Auf der Basis der übermittelten zeitlichen Eckwerte wurde folgender Zeitrahmen erstellt:

09.00-10.10 Uhr	1. Arbeitseinheit	70 Minuten*
10.10-10.20 Uhr	Pause	10 Minuten
10.20-11.20 Uhr	2. Arbeitseinheit	60 Minuten
11.20-12.30 Uhr	Mittagspause	
12.30-13.30 Uhr	3. Arbeitseinheit	60 Minuten
13.30-13.45 Uhr	Pause	15 Minuten
13.45-14.30 Uhr	4. Arbeitseinheit	45 Minuten
14.30-14.45 Uhr	Pause	15 Minuten
14.45-15.30 Uhr	5. Arbeitseinheit	45 Minuten

* von einem verspäteten Beginn ist auszugehen

In diesem zeitlichen Rahmen wurden die inhaltlichen Überlegungen eingepaßt, Teilziele und Programmpunkte festgelegt, d.h. ein konkretes Konzept erstellt.

In Anbetracht der zu erwartenden Konzentrationsfähigkeit und Aufnahmekapazität der Teilnehmer wurde von einer weitergehenden zeitlichen Planung abgesehen. Der vorstehende zeitliche Rahmen umfaßt bereits ca. 4½ Stunden Arbeitszeit. Erfahrungsgemäß ist davon auszugehen, daß dieser zeitliche Umfang die Belastungsgrenze der Teilnehmer darstellt.

Bei der inhaltlichen Planung ist die Konzentrationsfähigkeit und Aufnahmekapazität der Teilnehmer ebenfalls zu berücksichtigen. Keinesfalls sollten die einzelnen Arbeitseinheiten inhaltlich überfrachtet werden. Weniger ist mehr, lautet hier die Devise. Nicht der Umfang der übermittelten Inhalte ist für eine erfolgreiche Arbeit von Bedeutung, sondern allein der Teil der Informationen, der auch tatsächlich bei den Teilnehmern ankommt. Es gilt sich daher zu beschränken und die Inhalte auf das Wesentliche zu reduzieren.

Im weiteren wurde die Ankündigung erstellt und der Kontaktperson übermittelt. Ferner wurden die erforderlichen Materialien (soweit nicht vorhanden) und Annehmlichkeiten beschafft.

3 Die Arbeitseinheiten

1. Arbeitseinheit

Teilziel: Sich gegenseitig kennenlernen, zueinander Vertrauen entwickeln und über das Thema ins Gespräch zu kommen, ist das Ziel der ersten Arbeitseinheit.

1. Vorstellungsrunde

Nach der Erläuterung des Tagesablaufs und der Rahmenbedingungen ist mit der eigenen Vorstellung zu beginnen. Informationen zur Person, Qualifikation, Motivation und den Absichten sollen vorgetragen werden. Anschließend sind die Teilnehmer aufgefordert sich vorzustellen. Diese Vorstellung wird mit einer Fragestellung verbunden, die den Teilnehmern Gelegenheit gibt, ihren Bezug zum Thema und/oder der Veranstaltung darzulegen. Die Ausführungen sollen Aufschluß über ihre Motivation und Ziele geben.

Ich habe den Anspruch, auch den Erwartungen der Teilnehmer gerecht zu werden und diese mit meinen eigenen Zielvorstellungen zu verbinden. Daher von mir die Frage: Was erwartest Du von dem heutigen Tag?

Bei der Vorstellung der einzelnen Teilnehmer sollten Zwischenfragen und -bemerkungen unterbunden werden, da sie den Vortragenden verunsichern könnten und der Zusammenhang seines Vortrags leicht verloren geht. Nachfragen hingegen sind erwünscht. Letztlich sollte jeder Teilnehmer zumindest einmal zu Wort gekommen sein und dabei erfahren haben, daß seine Einlassungen einen wichtigen Beitrag darstellen, seine Auffassungen und Erfahrungen akzeptiert und weitere Beiträge von ihm gewünscht werden. Für jeden Teilnehmer ist zur eigenen Vorstellung genügend Zeit vorzuhalten.

⇒ Methode „Ball“

Ich vermeide es, die Teilnehmer der Reihe nach vortragen zu lassen. Die Angst, als Nächster an der Reihe zu sein, schränkt die Aufmerksamkeit der nachfolgenden Teilnehmer häufig ein und reduziert erfahrungsgemäß ihren Beitrag. Wenn kein Ball zur Hand ist, knülle ich ein Blatt Papier und werfe dieses einem Teilnehmer zu, dessen Vorstellung ich nun wünsche. Die anderen Teilnehmer handhaben dieses ebenso. Niemand weiß somit, wann er an der Reihe ist. Der allgemeine Druck wird gemindert.

2. Thematisches Gespräch

Thematisch miteinander ins Gespräch zu kommen, ist ein weiteres Teilziel dieser Arbeitseinheit. Es gibt vielfältige Möglichkeiten ein Gespräch zwischen den Gruppenteilnehmern anzuregen. Eine Frage zum Themenbereich kann an sie gerichtet werden, an jeden Einzelnen oder an die Gruppe insgesamt. Die Frage kann mündlich oder schriftlich vorgetragen werden. Sie kann das Thema Beziehung, Geschlechterrollen, Sexualität, safer sex oder ähnliches beinhalten. Der eigenen Phantasie sind hier keine Grenzen gesetzt. Wichtig ist nur, daß man selbst ein Gespräch daraus herleiten kann, d.h. sich mit der Thematik auseinandergesetzt hat und auch das Pro und Kontra zu benennen weiß. Den Antworten der Teilnehmer kann man dann unterstützend oder nachfragend (nicht kritisch) begegnen, aus den Beiträgen immer neue Fragen ableiten, diese an die Runde oder an Einzelne richten und somit die Diskussion entfachen.

⇒ Schriftliche Fragen als Einstieg

Ich selbst richte solche Fragen gern zunächst an jeden einzelnen Teilnehmer.

Jeder Teilnehmer hat somit die Gelegenheit, sich zunächst unbeeinflusst mit der Frage auseinanderzusetzen. Dazu formuliere ich die Frage schriftlich und kopiere sie für jeden. Etwa 10 Minuten erhält nun jeder Zeit, sich allein Gedanken zu machen und diese Gedanken ggf. stichwortartig zu notieren. Anschließend eröffne ich die Gesprächsrunde.

⇒ Methode 'Stille Diskussion'

Hier habe ich mich für das Thema Geschlechterrollen in der Sexualität entschieden. In angepaßter Form benutze ich das Medium der sogenannten 'Stillen Diskussion'. Auf einem großen Bogen, 2 m x 1,50 m, einem Abschnitt einer Zeitungsendrolle, die von Zeitungsverlagen für karitative Zwecke meist kostenlos abgegeben werden, den ich auf einem Tisch in der Mitte des Raumes plaziere, notiere ich mit Filzstift:

Sexualität	
typisch weiblich	typisch männlich

Die Teilnehmer bitte ich nun, sich um den Tisch zu stellen (nicht setzen) und typisch weibliches und männliches im Bereich der Sexualität (ebenfalls mit einem Filzstift) aufzulisten. Es soll jedoch nicht bei einer Auflistung bleiben. Vielmehr soll auch aufeinander Bezug genommen werden, d.h. Notiertes schriftlich kommentiert oder ergänzt werden.

Die Teilnehmer sollen sich während des 20-30minütigen Ablaufs um den Tisch bewegen. Wortbeiträge sind zunächst nicht erwünscht, lassen sich aber erfahrungsgemäß (mit einer derartigen Zielgruppe)

nicht vermeiden. Ohnehin ist anschließend ein Übergang zum Gespräch vorzusehen, wobei die Beiträge weiterhin auf dem Blatt notiert werden sollen.

Hier ist ein geeigneter Zeitpunkt für eine Unterbrechung. Erfahrungsgemäß ist die Zeit der 1. Arbeitseinheit nun auch um und eine Pause erforderlich (Fortsetzung in der 2. Arbeitseinheit).

Schwierigkeiten und Hemmungen bereiten bei dieser Aufgabenstellung häufig fehlende Rechtschreibkenntnisse. Mit entsprechender Hilfestellung und dem Hinweis, daß Rechtschreibung hier kein Beurteilungskriterium sei, kann dem zumeist abgeholfen werden.

2. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 2. Arbeitseinheit ist die Fortsetzung der Vorangegangenen sowie die Thematisierung der sexuellen Realität der Teilnehmer in der JVA. Die Gegenüberstellung des eigenen sexuellen Anspruchs mit dieser Realität ist vorgesehen.

Im zweiten Teil dieser Aufgabenstellung sollen die Teilnehmer nun die wesentlichen Unterschiede zwischen weiblicher und männlicher Sexualität farbig markieren. Ein Austausch ist dabei gewünscht. Letztlich, wenn alle Beiträge notiert und entsprechende Markierungen vorgenommen worden sind, soll das Blatt, zur Einsicht für alle, an die Wand gehängt werden. Entsprechende Klebestreifen sind vorzuhalten.

Anschließend erfolgt eine Betrachtung des Ergebnisses aus neuer Perspektive. Mittels Beispielen soll das Ergebnis noch einmal

erörtert und die markierten Punkte untermauert werden.

1. Realisierung der haftinternen sexuellen Realität

Welche Formen von Sexualität lassen sich in einer JVA leben? Was ist unter Haftbedingungen überhaupt möglich? Was ist gängige Praxis? Diesen Fragen soll gesprächsweise nachgegangen werden.

Aufgrund fehlender Kontaktmöglichkeiten zu Frauen, von Freigang und von eventuellen Möglichkeiten bei einem Besuchskontakt abgesehen, besteht die Sexualität inhaftierter Männer, trotz überwiegend heterosexueller Identität, neben der Selbstbefriedigung aus homosexuellen Handlungen. Doch nicht nur zur eigenen Befriedigung wird Sexualität praktiziert. Wie bereits ausgeführt ist (Beschaffungs-) Prostitution üblich. Zudem ist sexueller Mißbrauch und Vergewaltigung unter den besonderen sozialen Bedingungen einer JVA ebenfalls Praxis.

Doch niemand kann erwarten, daß die Teilnehmer sich hinsichtlich ihres eigenen Sexualverhaltens hier outen, zumal ein homosexuelles Verhalten unter heterosexuellen Männern auch gesellschaftlich ein absolutes Tabu darstellt. Eher ist davon auszugehen, daß sie bei entsprechender Ansprache (vor Scham) verstummen und/oder ein aggressives Verhalten Raum greift. Das Gespräch ist daher anonymisiert zu führen. Nicht die eigene Praxis, sondern Kenntnisse über gängiges Sexualverhalten sollten abgefragt bzw. angesprochen werden.

Das sich anschließende Gespräch erfolgt unter folgender Fragestellung:

- ⇒ Welche sexuellen Praktiken kennst Du aus Deiner Zeit hier in der JVA?
- ⇒ Von welchen sexuellen Praktiken hast Du gehört?
- ⇒ Unter welchen Bedingungen finden sexuelle Praktiken statt?

Nachstehende sexuelle Praktiken und Bedingungen scheinen relevant und sollten, sofern nicht von den Teilnehmern selbst angesprochen, in das Gespräch eingebracht werden:

sexuelle Praktiken	Bedingungen des sexuellen Kontakts
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbefriedigung • Gegenseitiges Onanieren • Küssen/Zungenkuß • Oralverkehr • Analverkehr • Fingerfick / Faustfick • Spiele mit Urin und Kot • S/M (Sadomasochismus) • sex-toys (Vibratoren, Flaschen u. a.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Liebesbeziehung • bei einem zufälligen Zusammentreffen • bei einem geplanten Zusammentreffen • aus Gefälligkeit • in der Prostitution • unter Androhung von Verrat • unter Androhung von Gewalt • mittels körperlicher Gewalt (Festhalten, Schlägen, Tritten, etc.)

Erklärende Einlassungen zum Thema Hetero- und Homosexualität sind in diesem Zusammenhang angezeigt. Der Unterschied zwischen Homosexualität und homosexuellem Verhalten ist aufzuzeigen,

der Zusammenhang zwischen Geschlechterrolle und menschlichen Neigungen darzulegen. Die Bedeutung von Sexualität zu unserem persönlichen Wohlbefinden, sowohl biologisch als auch psychologisch, ist zu erklären. Bisexualität, eine Erscheinung vornehmlich junger Menschen zur Entfaltung einer neuen eigenen sexuellen Identität, kann ergänzend erläutert werden. All diese Fakten und Phänomene sind den Teilnehmern aufzuzeigen und daraus ein Gespräch zu entwickeln. Aber auch die negative Seite sexueller Realität in JVs ist anzusprechen. Das Gewaltpotential der Institution und der inhaftierten Männer sollte thematisiert und Prostitution, sexueller Mißbrauch und Vergewaltigung direkt angesprochen werden.

Akzeptanz signalisieren, ist an dieser Stelle von besonderer Bedeutung. Ohne Wertung sollte auf die besondere Situation in JVs hingewiesen und Verständnis (sofern authentisch) im Zusammenhang mit der besonderen vollzuglichen Situation zum Ausdruck gebracht werden.

Inwieweit allerdings ein Gespräch in diesem Rahmen möglich ist, wird sich zeigen und ist sicher abhängig vom zuvor geschaffenen Vertrauensverhältnis, der eigenen Offenheit und der der Teilnehmer. In jedem Fall ist die Anonymität der Teilnehmer und auch anderer Mitinhaftierter zu wahren.

3. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 3. Arbeitseinheit ist es, Infektions- und andere Risiken bestimmter sexueller Verhaltensweisen aufzuzeigen und geeignete safer-sex-Möglichkeiten gemeinsam zu erarbeiten.

1. Feedback

Vor dem inhaltlichen Einstieg ist nach der Mittagspause eine kurze Feedback-Runde zu empfehlen. Die Teilnehmer sollten nach ihrem Befinden und etwaigen Anmerkungen befragt werden.

2. Methode 'Bild- und Textvorlage'

Die zuvor genannten sexuellen Praktiken sollen dazu herangezogen werden. Allerdings könnten diese Praktiken visuell oder journalistisch aufbereitet werden. Bei Durchsicht von Illustrierten läßt sich problemlos ein eigenes Foto- oder Textarchiv zu den verschiedensten Themen erstellen. Ausgewählte Ausschnitte kann man in so einer Situation (und auch anderen) den Teilnehmern vorlegen und mit ihnen darüber einen Bezug zum Thema herstellen. Mittels entsprechender Fragestellungen könnte damit die Gesprächsbereitschaft belebt und ein neuer Zugang zum Thema geschaffen werden.

Sollten allgemeine oder erotische Fotoausschnitte das Thema nicht hinreichend treffen, können auch Collagen (ebenso Textcollagen) hergestellt oder auf pornographisches oder kulturelles (z.B. indische oder asiatische Darstellungen) Material zurückgegriffen werden. Ebenso sind entsprechend aussagefähige Comics, selbst gefertigt oder einer Vorlage entnommen, geeignet, das Thema anzuregen. Eine Mischung verschiedener Darstellungsformen, Zeichnungen, Fotoausschnitte und Texte, ist ebenso denkbar. Wer Bücher und Hefte nicht zerschneiden mag, kann diese kopieren. Eine Auswahl zum Thema passender Bild- und Textvorlagen ist vorzubereiten.

Die ausgewählten Darstellungen oder Texte werden den Teilnehmern vorgelegt und ihre Ansichten zu Risiken und möglichen safer-sex-Praktiken dazu gehört. Dabei sollten die Informationen nicht als Paket übermittelt, sondern ins Gespräch eingestreut werden. Kein Vortrag, sondern ein Gespräch ist der geeignete Weg, die Teilnehmer in ihrer Eigenverantwortlichkeit zu erreichen. Die Beteiligung aller ist erwünscht und sollte mittels Ansprache und Rückfragen unterstützt werden.

3. Hintergrundinformationen

Im Folgenden wurden die wesentlichsten Informationen zu Infektionsrisiken im sexuellen Kontakt und safer-sex-Möglichkeiten sowie einigen ausgewählten sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließ-

lich HIV/AIDS und Hepatitis zusammengefaßt. Diese Aufstellung soll lediglich einen Überblick über die ggf. zu vermittelnden Informationen geben und keinesfalls den Teilnehmern ausgehändigt werden. Der Informationsumfang und die Aufbereitung der Informationen ist nicht zielgruppengerecht und würde die Teilnehmer nur verunsichern bzw. überfordern. Zur Aushändigung liegen bereits hinreichend ansprechend gestaltete Informationsmaterialien vor. Zudem steht hier das vertrauensvolle Gespräch im Vordergrund. Hier sind die entsprechenden Informationen einzubringen, wobei zu berücksichtigen ist, daß von den Teilnehmern nur eine begrenzte Menge aufgenommen und verarbeitet werden kann.

Kurze Übersicht der wesentlichsten

Infektionsrisiken und safer-sex-Möglichkeiten

bei Sexualpraktiken unter haftspezifischen Bedingungen:

- Selbstbefriedigung:** kein besonderes Infektionsrisiko, ggf. Verletzungs- und Infektionsrisiko bei exzessivem Handeln und Unsauberkeit
besonderer Schutz: keiner
- gegenseitiges Onanieren:** kein besonderes Infektionsrisiko, ggf. Verletzungs- und Infektionsrisiko bei exzessivem Handeln und Unsauberkeit
besonderer Schutz: keiner
- Küssen / Zungenkuß:** Infektionsrisiko (Hepatitis und andere sexuell übertragbare Erkrankungen)
besonderer Schutz: keiner (nicht möglich)
- Oralverkehr:** Infektionsrisiko (HIV, Hepatitis u.a. sexuell übertragbare Erkrankungen)
besonderer Schutz: Kondom
- Analverkehr:** Infektions- (HIV, Hepatitis u.a. sexuell übertragbare Erkrankungen) und Verletzungsrisiko (Verletzung des Schließmuskels, der Darmschleimhaut und der Vorhaut)
besonderer Schutz: dickwandiges Kondom + Gleitmittel
- Fingerfick:** Infektions- (sexuell übertragbare u. andere Erkrankungen) und Verletzungsrisiko (Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut)
Besonderer Schutz: Kondom oder Gummihandschuh + Gleitmittel
- Faustfick:** Infektions- (sexuell übertragbare u. andere Erkrankungen) und Verletzungsrisiko (Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut)
besonderer Schutz: Gummihandschuh + Gleitmittel
- Urin- und Kotspiele:** Infektionsrisiko (sexuell übertragbare u.a. Erkrankungen, Gastroenteritiden)
besonderer Schutz: kein Oralkontakt, ggf. Gummihandschuh oder Kondom
- S/M:** umfassendes Infektions- und Verletzungsrisiko je nach Art der Praktik
besonderer Schutz: keine allgemeine Empfehlung möglich, Codewort zur einvernehmlichen Beendigung
- sex-toys:** Infektions- (HIV, Hepatitis, sexuell übertragbare u.a. Erkrankungen) und ggf. Verletzungsrisiko je nach Art des Gegenstandes
besonderer Schutz: Kondom + Gleitmittel

safer-sex-Informationen

Safer sex ist der größtmögliche (Infektions- und Verletzungs-) Schutz beim sexuellen Kontakt mit einem oder mehreren anderen Menschen!

Kommen Menschen miteinander in näheren Kontakt, besteht immer ein Infektionsrisiko (z.B. Erkältungserkrankungen)!

Infektionsrisiken, die zu einer chronischen, schwer- oder nichtbehandelbaren bzw. tödlichen Erkrankung führen, sollten beim sexuellen Kontakt unbedingt vermieden werden!

Im sexuellen Kontakt lassen sich bestimmte Infektionsrisiken weitestgehend ausschließen (z.B. durch Immunisierung/Impfung und/oder einem entsprechenden safer-sex-Verhalten)!

Welcher Schutz im sexuellen Kontakt erforderlich ist, richtet sich

- a) nach der jeweiligen sexuellen Praktik
- b) nach dem persönlichen Anspruch auf Ausschluß bestimmter Infektionsrisiken

Einen generellen Schutz gegen alle sexuell übertragbaren Erkrankungen gibt es im sexuellen Kontakt nicht!

Folgende Verhaltensregeln können helfen:

- kein Geschlechtsverkehr ohne Kondom
- kein Oralverkehr ohne Kondom
- kein Analverkehr ohne extra starkes Kondom und Gleitmittel
- kein Austausch von sex-toys ohne Kondombenutzung
- keine sexuellen Praktiken, die zu Verletzungen führen

Auch geschützter Geschlechts-, Oral- und Analverkehr birgt ein Restinfektionsrisiko (andere sexuell übertragbare Erkrankungen)!

Ebenso besteht ein Restinfektionsrisiko beim:

Petting Restinfektionsrisiko:
Herpes, ggf. Hepatitis, Gonorrhoe, Krätze, Filzläuse u. a.
Schmierinfektionen

Küssen Restinfektionsrisiko:
ggf. Hepatitis, Herpes I, ggf. Gonorrhoe u.a.

HIV/AIDS-Informationen

HIV = Human Immuno Deficiency Virus = menschliches Immundefekt-Virus

AIDS = Acquired Immuno Deficiency Syndrome = Erworbener Immundefekt

HIV - Übertragungswege:	Blut zu Blut Sperma zu Blut Scheidenflüssigkeit zu Blut
keine HIV - Übertragungswege:	andere Körperflüssigkeiten, Händedruck, Umarmung, Küsse, Atem, Toilette, Bäder u.a. Gegenstände oder Räumlichkeiten
HIV - Antikörpertest:	12-14 Wochen nach einer Infektion (zwischenzeitlich hohe Infektionsgefahr für andere)
positives Testergebnis:	HIV-Infektion ist erfolgt Ängste zunächst keine gesundheitlichen Einschränkungen
Infektion bis(sog.) Aids-Erkrankung:	unbestimmter Zeitraum (Jahre)
(sog.) Aids-Erkrankung:	Infektionskrankheiten und Tumore infolge des Immundefekts
Behandlungsmöglichkeiten:	verschiedene Medikamente (Mix)
Heilungschancen:	keine
(Schutz-) Impfung:	nicht möglich

Hepatitis B + C-Informationen

Hepatitis B - Virus = HBV

Hepatitis C - Virus = HCV

Übertragungswege:	<p>HBV: Blut zu Blut Sperma zu Blut Scheidenflüssigkeit zu Blut Körperflüssigkeit zu Blut (eingeschränkt) Virus dringt durch Schleimhaut</p> <p>HCV: Wahrscheinlich nur Blut zu Blut 40-50% der Übertragungswege unklar</p>
Inkubationszeit:	30 Tage bis 9 Monate (7-8 Wochen)
Symptome:	<p>HBV: <u>1. Stadium</u> Allgemeine Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Durchfall, grippale Beschwerden, Gliederschmerzen, Juckreiz u.a.</p> <p><u>2. Stadium</u> dunkler Urin, heller Stuhl, ggf. Gelbfärbung der Haut u. Augen</p> <p>HCV: keine greifbaren Symptome</p>
Diagnose:	Bluttest zur Antikörperbestimmung
Erkrankung:	HBV: kann in einzelnen Fällen zur chronischen Leberentzündung/-zirrhose führen (Abbau der Leberzellen)
wichtig:	Alkoholverbot und keine anderen die Leber belastenden Stoffe
Impfung:	<p>HBV: Möglich bzw. empfohlen bei häufig wechselnden Sexualpartnern</p> <p>(es besteht Meldepflicht)</p>

Informationen zu den häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen

STD = **S**exuality **T**ransmitted **D**iseases = sexuell übertragbare Erkrankungen

die häufigsten STD sind:

Gonorrhoe (GO oder Tripper)

Übertragungswege: mittels infizierte Sekrete über Schleimhäute (Schmierinfektion)
meist Geschlechtsverkehr

Inkubationszeit: 3 - 5 Tage

Symptome: eitriger Ausfluß, Brennen beim Urinieren

Syphilis (Lues)

1. Stadium: Symptome: Nässende geschwürartige Hauterscheinungen, Lymphknotenschwellung

Übertragungswege: Sekret zu Blut
Blut zu Blut
Aufnahme auch über Schleimhäute
(Schmierinfektion)

2. Stadium: Symptome: generalisiertes Körperexem

Übertragungswege: hochansteckend im Körperkontakt

3. Stadium: Symptome: Nervenausfälle,
z.B. an Augen und Beinen, Hirnschäden

Übertragungswege: wie vorstehend

Inkubationszeit: 1-13 Wochen (meist ca. 3 Wochen)

Chlamydien

Übertragungswege: über Schleimhäute (Schmierinfektion)

Inkubationszeit: 14-21 Tage

Symptome: eitriger Ausfluß, Brennen beim Urinieren

Trichomonaden

Übertragungswege: über Schleimhäute (Schmierinfektion)

Inkubationszeit: wenige Tage

Symptome: brennender Ausfluß mit starker Entzündung

Herpes genitalis

Übertragungswege: leicht übertragbar durch (genitalen) Hautkontakt

Inkubationszeit: wenige Tage

Symptome: schmerzhafte Bläschen an den Genitalien

Pilzerkrankung

Übertragungswege: leicht übertragbar durch Hautkontakte, auch nach Grippe u. Antibiotikaeinnahme u.a.

Inkubationszeit: wenige Tage

Symptome: Juckreiz, brennende Entzündung

Krätze und Filzläuse

Übertragungswege: leicht übertragbar durch Hautkontakt, Decken und Bekleidung

Inkubationszeit: wenige Tage

Symptome: Juckreiz, Entzündungen

Die wichtigsten Informationen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen

Sexuell übertragbare Erkrankungen sind Infektionserkrankungen, die hauptsächlich durch sexuelle Kontakte übertragen werden.

Sie sind im Frühstadium relativ leicht zumeist mit Antibiotika behandelbar.

Erfolgt keine (rechtzeitige) Behandlung, kann es zu ernsthaften Folgeschäden (u.a. Organschäden und Unfruchtbarkeit) kommen.

Sexuell übertragbare Erkrankungen begünstigen die HIV- und Hepatitis-Infektion.

Nicht immer sind die Symptome einer sexuell übertragbaren Erkrankung wahrnehmbar. Einzelne Symptome treten nur bei Männern oder Frauen auf. Eine Untersuchung und ggf. Behandlung beider Sexualpartner ist daher immer erforderlich.

Folgende Symptome weisen auf eine sexuell übertragbare Erkrankung hin:

- **Brennen beim Wasserlassen**
- **ungewöhnliche Rötung der Geschlechtsteile**
- **Juckreiz an den Geschlechtsteilen**
- **auffälliger Ausfluß aus dem Glied**
- **Schmerzen im Genitalbereich oder im Unterbauch**
- **Hautveränderungen (entzündete Stellen, Schuppen, Pusteln, Pickel, Warzen, Knötchen) oder Geschwüre im Genitalbereich (Glied und After) bzw. im Mund-Rachen-Raum**
- **Geschwollene Lymphknoten in der Leistenbeuge**

Bei einem oder mehreren dieser Anzeichen sollte ein Arzt (möglichst Hautarzt oder Urologe) aufgesucht werden.

4. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 4. Arbeitseinheit ist die Vermittlung der wichtigsten Informationen zum Kondom und Kondomgebrauch sowie das Erreichen einer gewissen Fertigkeit in der Anwendung.

1. Informationen zum Kondom

Entsprechendes Anschauungsmaterial, d.h. hinreichend Kondome, möglichst verschiedener Hersteller und Qualität, sowie auch Gleitmittel sind bereitzuhalten. Andere, nicht zu empfehlende Hilfsmittel, können ebenfalls gezeigt werden. Zudem ist ein Gegenstand erforderlich, über den sich ein Kondom ziehen läßt. Sofern kein Holzpenis, der beispielsweise vom Pro Familia-Versand vertrieben wird, vorhanden ist, dessen Format ich allerdings für wenig geglückt halte, da er Mythen zur Penisgröße unterstützt, sollte man auf andere Gegenstände, z.B. Haushaltskerzen, Zucchini oder Bananen, alles in angemessener Größe, zurückgreifen. Ich selbst

benutze eine Kunststoffbanane, die in Kaufhäusern oder Dekorationsfachgeschäften erhältlich ist und deren scharfen Gußgrat ich entfernt habe. Es genügt aber auch der Zeige- und Mittelfinger des Nachbarn, um die Kondomverwendung üben zu können.

In jedem Fall sollte man die Kondombenutzung vorher selbst umfassend geübt haben. Es ist ausgesprochen peinlich, hier Fehler zu machen und motiviert die Teilnehmer kaum zur eigenverantwortlichen Anwendung. Sicher, die Handhabung des Kondoms sieht zunächst einfach aus. Man neigt jedoch leicht zur Nachlässigkeit. Doch bei der Demonstration der Kondombenutzung ist Präzision erforderlich, da man davon ausgehen muß, daß in der Praxis, im tatsächlichen erotisierten spannungsgeladenen sexuellen Kontakt, einiges davon nicht umgesetzt wird.

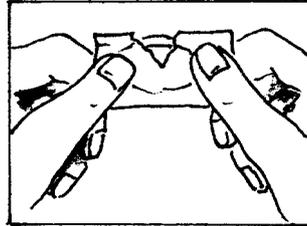
Nachstehende Informationen zur Kondombenutzung sollten den Teilnehmern gesprächsweise vermittelt werden:

Das Kondom

Namen:	Präservativ, Präser, Pariser, Gummi, etc.	
Material:	Naturkautschuklatex	
Wandungsstärke:	normal = DIN-Norm, 0,04-0,08 mm, 6x dünner als menschliche Haut oder stärker (z.B. HT-Spezial)	
Beschichtung:	Gleitmittel, ggf. spermienabtötende Substanz	
Form:	verschieden	für Qualität unerheblich!
Geschmack:	Frucht o. anderes	für Qualität unerheblich!
Farbe:	schwarz, rot, etc.	für Qualität unerheblich!
Oberflächengestaltung:	Noppen, Ringe	
Qualität:	nur Markenqualität !	
Qualitätszeichen:	Code- / Prüfnummer	
Verfalldatum:	nie überschreiten! sollte noch längere Zeit haltbar sein	
äußerer Eindruck:	unbeschädigt, nicht gedrückt, nicht eingerissen oder löchrig	
Kondomlagerung:		
Temperatur:	vor Hitze und Kälte schützen! nicht im Kühlschrank, nicht im Auto, nicht auf der Heizung, nicht in der Sonne lagern	
am Körper:	nicht in Hosentasche und nicht in der Geldbörse lagern, in Jacken oder Brusttasche aufbewahren	
Behälter:	Kondombox (Kunststoffbehälter)	
Wichtig für die Kondomhandhabung:		
Unverträglichkeiten:	nie in Verbindung mit Ölen und Fetten (Hautcreme, Vaseline, Nivea, Massageöl) verwenden, Zersetzungsgefahr!	
Öffnen der Verpackung:	nie Messer, Schere, Fingernägeln verwenden Beschädigungsgefahr!	

Der Kondomgebrauch

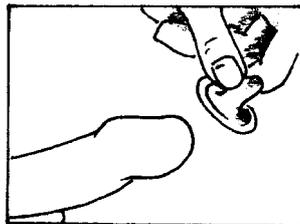
Herausnehmen aus Verpackung:



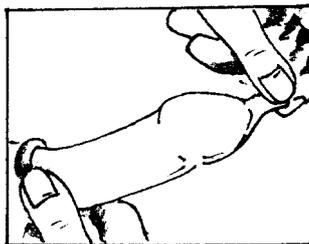
An der Perforierung der Packung einreißen (ohne Fingernägel und Hilfsmittel) und das Kondom behutsam aus der Packung nehmen bzw. herausschieben.

Das Kondom mit 2 Fingern am Rand greifen. Vorsicht bei spitzen Fingernägeln!

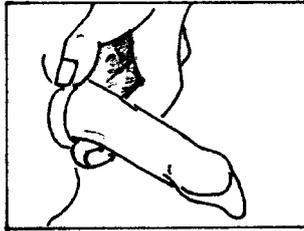
Überziehen des Kondoms:



Das Kondom mit 2 Fingern der anderen Hand am Reservoir (Spitze) greifen, die Vorhaut mit der freien Hand zurückziehen und das Kondom auf den eregierten Penis bzw. Eichel (mit der Rolle nach außen) aufsetzen.



Anschließend das Kondom vollständig, bis zum Ende abrollen.

Entfernen des Kondoms:

Nach dem Erguß und vor dem Erschlaffen den Penis mit dem Kondom herausziehen. Das Kondom dabei am Kondomrand am Gliedansatz festhalten.

Anschließend das Kondom vom Penis abziehen und verknoten.

Entsorgung des Kondoms:

Das gebrauchte Kondom kommt in den (Rest-) Müll, nicht in die Toilette (Verstopfungsgefahr!).

Ein Kondom darf immer nur einmal verwendet werden!

Bei jeder sexuellen Variante muß ein neues Kondom verwendet werden!

häufige Fehler:

kein Kondom
Kondom rutscht beim Herausziehen ab
Kondom wird beschädigt und/oder reißt

Vorteile des Kondoms:

sicherste Infektionprophylaxe
sicherstes Verhütungsmittel
keine Nebenwirkungen
leichte Anwendung
sofortige Wirkung
jederzeit und an vielen Stellen erhältlich
nicht rezeptpflichtig
jederzeit verfügbar
eigenverantwortliche Nutzung
eigenverantwortlicher Schutz

Nachteile des Kondoms:

subjektive mindere Empfindungsstärke
Handhabung muß erlernt werden

2. Kondomanwendungsübung

Anschließend erhält jeder Teilnehmer nacheinander ein Kondom sowie hinreichend Zeit und Aufmerksamkeit, die Anwendung selbst zu üben. Fehler sind dabei sofort zu korrigieren. Gegebenenfalls sollten dem Teilnehmer weitere Kondome zur Verfügung gestellt werden.

Da davon auszugehen ist, daß sexuelle Kontakte unter haftspezifischen Bedingungen wenig entspannt verlaufen, sollte der Kondomgebrauch weitergehend geübt werden, um die diesbezüglichen Fähigkeiten der Teilnehmer zu verfeinern.

3. Methode 'Kondombox'

Eine weitere Übungsmöglichkeit stellt die Arbeit mit der Kondombox¹ dar. Man nehme einen rechteckigen Pappkarton und schneide in die beiden gegenüberliegenden kurzen Seiten je ein handgroßes Loch. Der Karton wird verschlossen und verklebt. Einsicht bzw. Durchsicht ist nur durch die beiden Löcher möglich. In den Karton werden ein verschlossenes Kondom und ein Penisersatz - siehe vorstehend - gelegt. Jeder Teilnehmer erhält Gelegenheit, seine Fertigkeiten unter Beweis zu stellen. In dem er beide Hände, je in eines der Löcher steckt, kann er sein Tun nicht mehr überblicken, sondern muß sich auf seinen Tastsinn verlassen. Er hat nun die Aufgabe das Kondom aus der Ver-

packung zu nehmen und über den Penisersatz zu streifen.

Wer zuschauen möchte, kann auch ein Sichtfenster einschneiden. An der vom Körper abgewandten Längsseite sollte dann eine Öffnung eingeschnitten, jedoch nicht vollständig ausgeschnitten werden. Der Ausschnitt sollte nach oben klappbar sein, um die Einsicht des Übenden zu verhindern.

Wer eine solche Kondombox nicht zur Verfügung hat, kann sich auch anderweitig behelfen. Beispielsweise kann die Kondomanwendung auch hinterrücks, in einer beidseitig offenen Tüte oder unter einem Tuch versucht werden.

Auch ist diese Übung unter wettbewerbsähnlichen Bedingungen denkbar. Männer mögen solche Spiele. Die Zeit könnte gestoppt werden. Die Kondomanwendung könnte unter den unmöglichsten (akrobatischen) Umständen probiert werden. Wichtig ist nur, daß die Übungen immer korrekt vollzogen werden. Gegebenenfalls muß die Übung wiederholt werden. Man sollte allerdings unbedingt vorher alles einmal selbst geprobt haben, damit es nicht zu ungewollten Pannen kommt.

Es ist davon auszugehen, daß die Teilnehmer nach Kondomen zum späteren Eigengebrauch fragen. Auch dafür sind hinreichend Kondome vorzuhalten. Es ist jedoch mit der Kontaktperson zu klären, wo und wie die Teilnehmer und andere Inhaftierte Kondome erhalten können. Auch diese Information ist zu vermitteln. Die Verteilung der bereitgehaltenen Kondome sollte jedoch erst zum Abschluß in Verbindung mit anderen Informationsschriften erfolgen.

1 Anregung aus 'Kondome - quer durchs Curriculum', Ian Harvey, Verlag an der Ruhr, Mülheim an der Ruhr, 1995

5. Arbeitseinheit

Teilziel: Die letzte Arbeitseinheit hat das Ziel, den Tag abzurunden. Fragen sollen gestellt werden. Ergänzungen haben hier Raum. Materialien und die versprochenen Kondome sind zu übergeben. Auf das folgende Vertiefungsseminar ist hinzuweisen und entsprechende schriftliche Einladungen auszuhändigen.

1. Der Abschluß

Eine Abschlußrunde, in der jeder noch einmal zu Wort kommt ist sinnvoll und m.E. angezeigt. Auch andere Feedback-Methoden, z.B. ein Fragebogen zum Inhalt oder zum persönlichen Befinden, sind denkbar. Ich verzichte darauf, da die Teilnahme am folgenden Seminar mir hier Aufschluß gibt. Letztlich bleibt nur die Verabschiedung und die Danksagung an die Teilnehmer.

4 Zusammenfassung der Seminare durchführung

Zu Beginn der Veranstaltung hatten sich 12 Teilnehmer eingefunden. Zwei Teilnehmer entschuldigten sich und verließen bald darauf den Raum. Zwei andere kamen später hinzu. Die Gruppe verblieb in dieser Zusammensetzung bis zum Ende des Tages.

Das Seminar fand in der Teestube der haftinternen Drogenberatungsstelle statt. Der Raum war mit einem Sofa, Sesseln, Stühlen, Couchtischen und einer Küchenzeile ausgestattet und war damit völlig gestellt. Die Teilnehmer hatten zwar alle Platz, saßen jedoch eng an eng. Anders als beschrieben, bestand somit kaum Bewegungsspielraum für die vorbereiteten methodischen Arbeitsansätze.

Darüber hinaus war Einkaufstag, eine 14tägige Einrichtung der JVA. Die per-

sönlichen Vorräte der Teilnehmer waren offenbar verbraucht und der Druck, sich mit Rauchwaren, Süßigkeiten und anderen Utensilien des persönlichen Bedarf einzudecken, entsprechend groß. Die Teilnehmer erklärten, daß sie nur am Vormittag Zeit hätten. Am Nachmittag sei der Laden geöffnet und sie müßten sich um ihre Einkäufe bzw. ihr Geld kümmern. Die Kontaktperson wurde darauf hinzugeholt und gemeinsam nach einer Lösung gesucht. Letztlich wurde der Einkauf der Teilnehmer von der Kontaktperson umorganisiert und gemeinsam vereinbart, daß das Seminar um 15.00 Uhr endet, um ihnen den Einkauf zu ermöglichen.

In der Vorstellungsrunde berichteten die Teilnehmer über ihre persönliche Situation. Im Alter zwischen 25 und 44 Jahren haben sie Haftstrafen zwischen wenigen Monaten und 4 Jahren abzusitzen. Ihre Ausführungen ergaben, daß alle heterosexuell sind. Neun sind oder waren verheiratet. Vier haben ein oder zwei Kinder, die bei der Partnerin oder ihren Eltern leben. Sechs erklärten, daß sie eine Freundin haben, zu der sie nach ihrer Entlassung zurückkehren. Zwei Teilnehmer wurden vor kurzem von ihrer Ehefrau oder Freundin verlassen.

Zu ihrer Motivation zur Teilnahme am Seminar befragt, äußerten die Männer überwiegend, daß ihnen die vorangegangenen Seminare (safer use) gut gefallen haben. Sie hätten viel gelernt und erwarten hier ein entsprechendes Ergebnis.

Da aufgrund der beengten Räumlichkeit die geplante „stille Diskussion“ nicht durchgeführt werden konnte, wurden die Teilnehmer mit folgender Einstiegsfrage konfrontiert: Was ist Dir (als Mann) beim Sex wichtig?

Folgende Antworten wurden chronologisch gelistet:

Befriedigung	Eifersucht	Uneigennützigkeit
Orgasmus	Geld	Gerechtigkeit
Macht	Perversität	Spaß
Kraft	Erektion	Schmerz
Beziehung	Kinder	Lust
Romantik	Erfüllung	Erregung
sexuelle Erfahrung	Liebe	Vertrauen
Zuneigung	wechselnde Partner	Enttäuschung

Bereits bei der Nennung einiger Begriffe entfachte eine lebhaft Diskussions. Begriffen wie Macht, Eifersucht, Uneigennützigkeit, Schmerz und Vertrauen wurde widersprochen. Insbesondere zwei Teilnehmer dominierten in Machomanier und forderten den harten Sex. Breite Unterstützung fanden sie dabei allerdings nicht. Die überwiegende Zahl der Teilnehmer sprach sich für ein kooperatives Zusammenwirken von Mann und Frau aus, wobei sich das Spektrum bis hin zu den extremen Varianten sexuellen Erlebens erstreckte. Als wesentlichste Kriterien für guten Sex wurden letztlich Orgasmus und Liebe genannt.

In der 2. Arbeitseinheit wurde die sexuelle Praxis in der JVA angesprochen und auf die zuvor genannten Begriffe Bezug genommen. Zunächst wurden seitens der Teilnehmer die Besuchskontakte, als Möglichkeit mit der Partnerin auch in sexuellen Kontakt zu treten, angeführt. Im weiteren wurde Selbstbefriedigung eingeräumt bzw. später, mit wachsendem Vertrauen, auch bestätigt. Entsprechende Einlassungen zur Selbstbefriedigung und zum homosexuellen Verhalten heterosexueller Männer - siehe vorstehend - öffneten das Gespräch auch hinsichtlich anderer sexueller Praktiken, ohne ein outing zu provozieren.

Gegenseitiges Onanieren, Oralverkehr und der Gebrauch von sex toys wurde eingeräumt. Analverkehr und die anderen in der vorstehenden Kurzübersicht genannten Praktiken fanden besondere Aufmerksamkeit. Hinsichtlich der Bedingungen, unter denen Sexualität in der JVA stattfindet, wurden geplante Zusammentreffen und Prostitution an- bzw. (ansatzweise) ausgeführt. Liebesbeziehungen wurden entschieden verneint. Der Gewaltaspekt wurde zwar eingeräumt, in den Beiträgen jedoch vermieden.

Die 3. Arbeitseinheit wurde mit einem kurzen Feedback begonnen. Alle Teilnehmer waren erschienen und äußerten sich positiv über den Verlauf des Vormittags.

Im weiteren sollten anhand der genannten sexuellen Praktiken mögliche Infektions- und andere Risiken sowie geeignete safer-sex-Möglichkeiten aufgezeigt bzw. gemeinsam erarbeitet werden. Dazu wurden einige Bildvorlagen mit entsprechenden Darstellungen ausgewählt und den Teilnehmern vorgelegt. Die Reaktionen auf die Vorlagen waren erwartungsgemäß stimulierend. In der lebhaften Diskussion um geeignete safer-sex-Möglichkeiten wurden allerdings erhebliche Unsicherheiten und Defizite im Themenbereich deutlich, so

daß von dem Vorhaben letztlich abgewichen und zunächst Grundsätzliches zum Thema Übertragungsrisiken, insbesondere im Bereich HIV und Hepatitis, ausgeführt wurde. Safer-sex-Praktiken wurden dabei angesprochen, jedoch in Anbetracht der Defizite im wesentlichen auf das Kondom beschränkt.

Nach einer weiteren Pause wurde in der 4. Arbeitseinheit der Kondomgebrauch durchgesprochen. Wiederum offenbarten sich erhebliche Defizite und Unsicherheiten. Den Teilnehmern wurden die wichtigsten Informationen zum Kondom - siehe vorstehend - (gesprächsweise) vermittelt und letztlich der Kondomgebrauch einzeln geübt. Trotz ausführlicher Demonstration des Kondomgebrauches waren anschließend nur vier Teilnehmer in der Lage, ein Kondom fehlerfrei anzuwenden. Auch mehrfache ausführliche Wiederholungen und Korrekturen erzielten kein absolutes Ergebnis. Zumindest bei zwei Teilnehmern waren nach wie vor erhebliche Unsicherheiten festzustellen. Von weiteren Wiederholungen wurde im Interesse dieser Teilnehmer abgesehen.

Im Anschluß wurde die Kondombox eingesetzt. Auch hier zeigten sich zunächst allgemeine Unsicherheiten und Fehler, die sich jedoch in der Wiederholung, auch bei den beiden zuvor genannten Teilnehmern, weitgehendst korrigieren ließen.

Festzustellen ist, daß die Kondomanwendung allen Teilnehmern mehr oder weniger erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Von einer für den sexuellen Kontakt notwendigen Sicherheit kann bei den Teilnehmern nicht gesprochen werden. Einige äußerten sich bereits dahingehend, (weiterhin) ohne Kondom sexuell verkehren zu

wollen. Das Ziel, zumindest Sicherheit in der Kondomanwendung zu vermitteln, wurde nicht erreicht. Der Programmpunkt ist zu wiederholen.

In Anbetracht der Defizite der Teilnehmer im Kondomgebrauch und der erforderlichen Wiederholungen wurde die 4. Arbeitseinheit erweitert und endete erst gegen 14.40 Uhr. Auf eine 5. Arbeitseinheit wurde daher verzichtet, zumal die Teilnehmer ab 15.00 Uhr zum Einkauf wollten und sich Unruhe ausbreitete.

In der verbleibenden Zeit wurde auf Fragen einzelner Teilnehmer eingegangen und letztlich die Teilnehmer verabschiedet.

Ursprünglich war entsprechend der Aufgabenstellung eine weitere Arbeitseinheit vorgesehen. Das Seminar sollte erst um 16.30 Uhr enden. Auf diese weitere Arbeitseinheit wurde jedoch bereits in der Planung verzichtet, da die Zielgruppe (und auch andere vergleichbare Zielgruppen) erfahrungsgemäß ihre Schwierigkeiten hat (haben), in der für sie ungewohnten Situation, trotz Pausen, sich über einen so langen Zeitraum zu konzentrieren. Obwohl eine rege Mitarbeit ausnahmslos aller Teilnehmer festzustellen war, war nach der Mittagspause ein allgemeiner Leistungsabfall zu registrieren. Die Teilnehmer wurden unruhig, führten zunehmend Randgespräche und begannen, auf ihren Sitzgelegenheiten herumzurutschen. Da sie aufgrund der räumlichen Gegebenheiten auf ihren Plätzen fixiert waren, konnten keine auflockernden Bewegungsübungen eingebracht werden. Im Nachhinein läßt sich feststellen, daß die Teilnehmer mit ca. 4½ Stunden reiner Unterrichtszeit hinreichend

belastet waren. Von weitergehenden Erwartungen sollte im Interesse der zu vermittelnden Botschaften Abstand genommen werden. Das positive Interesse der Teilnehmer könnte kippen und sich in Ablehnung wandeln.

Ein Behälter mit Kondomen und portioniertem Gleitmittel wurde zur freien Entnahme aufgestellt. Auf die Vergabe von Kunststoffbehältern zur Kondom Aufbewahrung wurde nach Rücksprache mit der Kontaktperson verzichtet, da diese auch zur Lagerung und damit zum Verstecken von Drogen benutzt werden könnten.

III. Planung und Durchführung eines Tagesseminars für drogenkonsumierende inhaftierte Männer zur Vertiefung von safer-sex-Kenntnissen und Weiterbildung der Teilnehmer zu Mediatoren

1 Aufgabenstellung

In einem zweiten Tagesseminar sollte die Weiterbildung interessierter inhaftierter Männer zu Mediatoren erfolgen. Die Teilnahme war wiederum freiwillig. Vorkenntnisse waren erwünscht, aber nicht zwingend. Als Teilnehmer boten sich die des vorangegangenen Seminars an. Diese haben auch entsprechende Einladungen erhalten. Darüber hinaus erfolgte eine öffentliche Ausschreibung in der JVA.

Schwerpunkt des Seminars war, die vorhandenen Kenntnisse im Bereich safer-sex-Praktiken zu vertiefen und zudem

Den Teilnehmern wurden abschließend folgende Broschüren ausgehändigt:

- ⇒ „PSSST! - Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten, Eine Broschüre für junge Leute“,
Bestellnummer 13090000
- ⇒ Faltblatt (ohne Titel) zum Kondomgebrauch,
Bestellnummer 70470000

Beide Broschüren sind bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, erhältlich.

Möglichkeiten zur effektiven Weitergabe des Wissens an Mitsässen aufzuzeigen. Das Seminar fand ebenfalls in der JVA statt. Die Teilnahme war wiederum freiwillig.

2 Planung und Vorbereitung

Die Vorbereitung erfolgte nach dem bereits beschriebenen Muster des vorangegangenen Seminars unter Einbeziehung der dort gewonnenen Erfahrungen und erarbeiteten Ergebnisse.

Wiederum wurden in der vorbereitenden Auseinandersetzung Einfälle (Bausteine) gelistet und auf der Basis des bewährten Zeitrahmens zu einem Konzept zusammengestellt. Die beengten Raumverhältnisse waren dabei zu berücksichtigen. Wie beim vorangegangenen Seminar festgestellt werden mußte, läßt die räumliche Situation in der Teestube der JVA wenig Spielraum für über ein Gespräch hinaus-

gehende methodische Ansätze. Methodisch didaktische Arbeitsweisen, wie in anderen Lerngruppen üblich und auch hier sinnvoll, waren somit nicht umzusetzen. Entsprechend reduzierte sich das Angebot.

Ferner waren zur eigenen Kontrolle erneut Teilziele zu benennen. Die Kontaktperson war wiederum einzubeziehen. Für kleine Annehmlichkeiten und ein angenehme Atmosphäre war ebenfalls erneut zu sorgen. Die erforderlichen Materialien wurden bereitgehalten.

Die Einladungen wurden bereits beim vorangegangenen Seminar ausgesprochen und die entsprechenden Handzettel verteilt. Die Seminarankündigung wurde zudem von der Kontaktperson ausgehängt und verteilt. Mögliche weitere Teilnehmer wurden von ihr angesprochen.

3 Die Arbeitseinheiten

1. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 1. Arbeitseinheit ist die Wiederherstellung der im vorangegangenen Seminar gemeinsam erfahrenen produktiven Arbeitsatmosphäre, der Wiedereinstieg in das Thema und die Wiederholung und Vertiefung der wesentlichen Informationen des vorangegangenen Seminars.

Die (Infektions-) Risiken bestimmter sexueller Verhaltensweisen sowie die damit in Verbindung zu bringenden geeigneten safer-sex-Möglichkeiten sollen erneut thematisiert werden. Aufgrund der festgestellten erheblichen Defizite soll insbesondere der Kondomgebrauch noch einmal geübt und die wesentlichsten Informationen dazu erneut vermittelt werden.

1. Einführungsrunde

Nach der Begrüßung, der Darstellung des Tagesablaufs und der Rahmenbedingungen ist, sofern neue Teilnehmer anwesend sind, eine erneute Vorstellungsrunde, allerdings in begrenztem Zeitumfang, angezeigt. Eine solche Vorstellungsrunde oder Einführungsrunde könnte mit einer Fragestellung zum Thema verbunden werden. Das im vorangegangenen Seminar Behandelte könnte in abgefragt werden. Jedoch sollte die Methode keinesfalls einem (schulischen) Leistungsnachweis entsprechen, sondern möglichst gemeinsam und spielerisch erfolgen, ohne die Leistung zu bewerten.

2. Methode 'safer-sex-Quiz'

Wegen der Defizite und Unsicherheiten beim Kondomgebrauch etc., soll auf eine Einführungsrunde verzichtet und sogleich thematisch eingestiegen werden. Wiederholungen, obwohl notwendig, finden zumeist nicht die Begeisterung der Teilnehmer. Insofern muß nach einem geeigneten Medium gesucht werden, das die Aufmerksamkeit der Teilnehmer weckt. Ich habe mich hier für ein Quiz entschieden. In einem (safer-sex-) Quiz können die Teilnehmer ihr Wissen selbst überprüfen und ggf. ihre Wissenslücken füllen.

Das Quiz besteht aus einem Spielbrett, einer entsprechenden Anzahl an farblich unterschiedlichen Steinen, einem oder zwei Würfeln, hinreichend Kondomen, hier auch der Kondombox - siehe vorangegangenes Seminar - und etwa 100 Fragen aus den behandelten bzw. gewünschten Themenbereichen.

Das Spielbrett ist auf einem großen Bogen Karton oder Papier leicht selbst zu erstellen.

len. Mit Stiften werden etwa 50 Felder fortlaufend eingezeichnet, zudem ein Start- und ein Zielfeld. Etwa 10 oder mehr Felder werden verstreut besonders gekennzeichnet. Würfel und farbige Steine sind im privaten Haushalt sicher vorhanden. Kondome sind zum Üben bereitzuhalten. Die notwendigen Fragen werden aus den behandelten bzw. gewünschten Themenbereichen (hier insbesondere aus dem Bereich der Kondomanwendung) selbst zusammengestellt und auf entsprechenden Kärtchen notiert. Mögliche Fragen sind:

- Wovor sollte man sich beim sex schützen?
- Was hält Menschen davon ab, Kondome zu benutzen?
- Welches ist die häufigste Ursache für geplatze Kondome?
- Wie kann man seinen Sexualpartner dazu bringen, ein Kondom zu benutzen?
- Wer bestimmt beim Sex, ob safer sex praktiziert wird?
- Wie kann man sich gegen sexuelle Belästigungen schützen?
- bzw. auch
- Wie wird HIV übertragen?
- Wie kann man sich vor Hepatitis B schützen?
- Welche sexuell übertragbaren Erkrankungen kennst Du?
- Welche Symptome deuten auf eine sexuell übertragbare Erkrankung hin?
- etc.

Mit den Fragen wird der Anspruch festgelegt. Einfache Fragen zum Fachwissen (HIV/AIDS, Hepatitis und andere sexuell übertragbare Erkrankungen bzw. deren Übertragungswege, Symptome, etc.) sind möglich und wichtig. Bei unrichtiger oder unvollständiger Beantwortung kann hier

(auch von der Gruppe) korrigiert oder ergänzt werden. Spannender sind Verhaltensfragen, wie vorstehend aufgezeigt. Hier gibt es häufig nicht nur eine richtige Antwort, so daß eine Diskussion mit der Gruppe entstehen kann.

Spielregeln

Jeder Teilnehmer erhält einen farbigen Stein. Bei zu vielen Teilnehmern werden Paare oder Gruppen gebildet. Die einzelnen Teilnehmer rotieren dann innerhalb ihres Teams, können sich aber gegenseitig beraten. Die Steine werden auf Start gesetzt. Wer die höchste Zahl würfelt darf beginnen.

Jeder Teilnehmer setzt seinen Stein entsprechend seiner gewürfelten Zahl weiter. Dort darf er eine Karte ziehen. Beantwortet er die Frage korrekt, darf er stehen bleiben. Ist seine Antwort falsch oder unvollständig, muß er zurück zu seinem letzten Feld. Die Entscheidung, ob eine Antwort anzuerkennen ist, sollte die Gruppe gemeinsam treffen.

Kommt ein Teilnehmer auf ein besonders gekennzeichnetes Feld (☺), muß er zeigen, daß er den Kondomgebrauch beherrscht. Bei einem weiteren gekennzeichneten Feld (☞) muß er dazu die Kondombox benutzen. Bei einem Fehler muß auch er zurück.

Wer letztlich zuerst das Ziel erreicht, hat gewonnen.

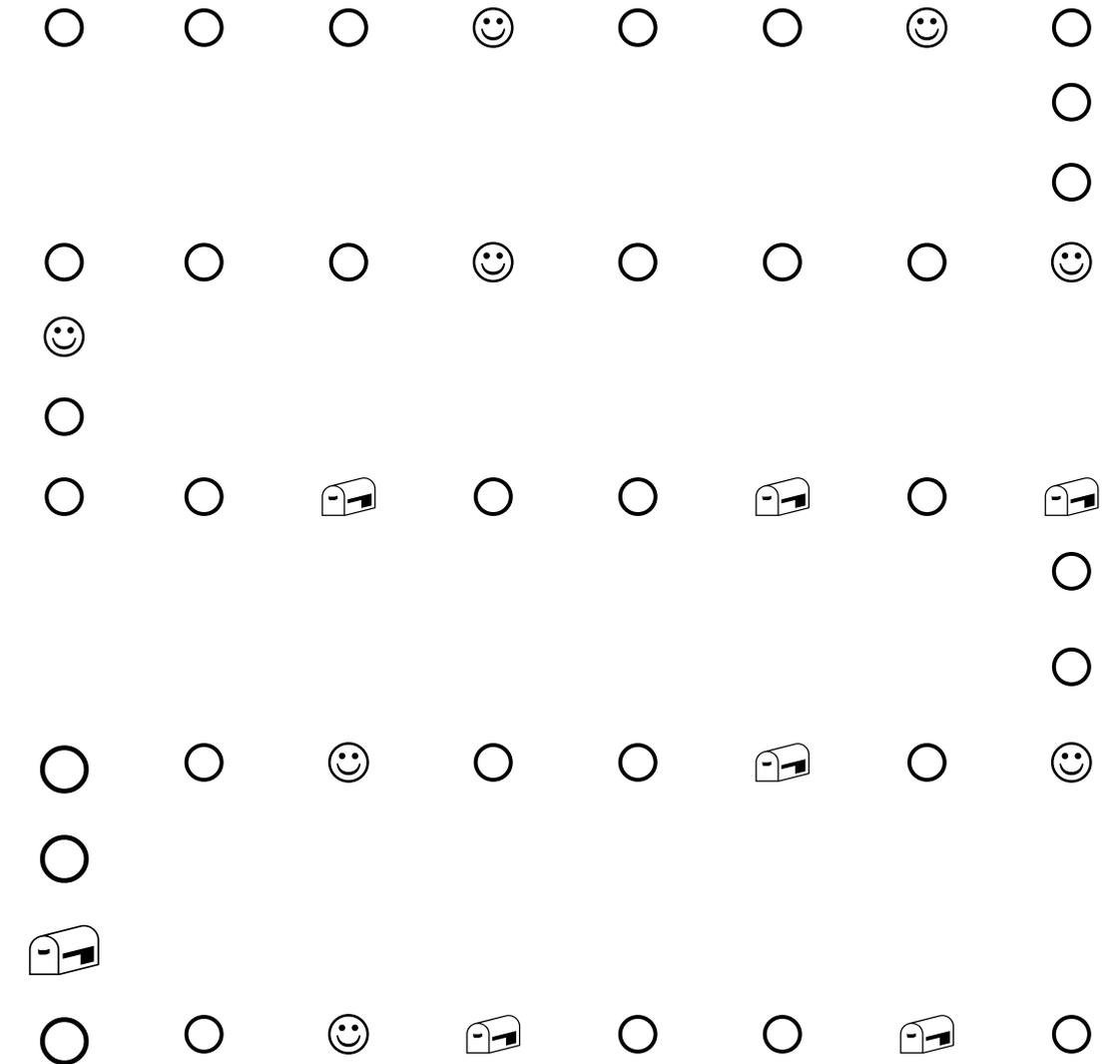
Diese Regeln können beliebig im Vorfeld variiert werden. So sind verschiedene Themenbereiche, die auf den Feldern farblich oder mittels Zahlen kenntlich gemacht werden, denkbar. Ebenso ist eine Steigerung bei der Kondomanwendung möglich.

Nachstehend ein skizziertes Spielbrett:

Start



SAFER-SEX-QUIZ



☺ = Kondom-Anwendung

📦 = Kondombox benutzen



Ziel

Das safer-sex-Quiz stellt lediglich den Rahmen für das zu behandelnde Thema dar. Wichtigstes Element dieser Übung sind die Fragen, die es zu beantworten gilt. Hier sind die Teilnehmer zunächst auf sich gestellt. Sie müssen sich allein mit der Frage auseinandersetzen, zumal sie mit den anderen im Wettbewerb stehen. Erst bei einer Nicht- oder Falschbeantwortung kommen die anderen Teilnehmer zum Zuge. An sie ist dann die Frage weiterzuleiten bevor man selbst die Antwort ausführt.

2. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 2. Arbeitseinheit ist die Fortsetzung und Beendigung des safer-sex-Quizes.

Die verbleibende Zeit bis zur Mittagspause soll zur gesprächsweisen Vertiefung genutzt werden. Defizite der Teilnehmer, die evtl. beim Quiz deutlich wurden, sollen hier thematisch aufgegriffen und erneut behandelt werden.

3. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 3. Arbeitseinheit ist die erneute Hervorhebung der Notwendigkeit, safer sex zu praktizieren und die Vertiefung der diesbezüglichen Kenntnisse.

1. Konsequenzen ungeschützter sexueller Kontakte

Methode '(Video-) Film'

Mittels des AIDS-Spots 'Magic Bus'² sollen die Teilnehmer für die Risiken ungeschützter sexueller Kontakte erneut sensibilisiert

2 'Magic Bus' von Emir Kusturica, 1997, erhältlich über die AIDS-Hilfe e.V., Frankfurt a.M.

werden. Der Spot soll gezeigt und die dargestellte Dramatik, der Verlust von nahestehenden Menschen, anschließend diskutiert werden.

Filme sind beiderseits ein beliebtes Medium. Allerdings sollte man sich einen Film vorab gründlich, ggf. mehrmals ansehen und sich keinesfalls auf die Beschreibung oder Hinweise anderer verlassen. Filme haben meist eine bestimmte Botschaft. Ob diese jedoch immer erkennbar ist bzw. ob evtl. weitere Botschaften vorhanden und diese ebenso passend sind, ist genau und selbst zu prüfen. Filme müssen aber nicht komplett gezeigt werden. Ausschnitte oder bestimmte Teile genügen meist, die gewünschte Botschaft zu übermitteln. Diese kann ohnehin nur Diskussionsgrundlage sein. Das gemeinsame Gespräch erübrigt sich damit keinesfalls.

4. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 4. Arbeitseinheit ist die Herausarbeitung von Einflußmöglichkeiten auf Mitinhaftierte.

1. Einflußmöglichkeiten auf Mitinhaftierte

Wo, wann und wie nehme ich sexuelle Kontakte anderer wahr? Was kann ich im Vorfeld oder im Nachhinein tun, wie Einfluß nehmen? Was will ich dann der Person vermitteln? Gemeinsam ist hier zu überlegen und ggf. Erfahrungen auszutauschen.

Diese Arbeitseinheit setzt wiederum ein hohes Maß an Vertrauen voraus, da Internas zur Sprache kommen können und ein persönliches outing nahe liegt. An dieser Stelle muß daher noch einmal in aller Deutlichkeit wiederholt werden, ein per-

sönliches outing der einzelnen Teilnehmer hinsichtlich ihres eigenen sexuellen Verhaltens ist in jedem Fall zu vermeiden. Nach Beendigung des Seminars kehren alle Teilnehmer in ihren Haftalltag zurück. Andere Menschen, Mitinhaftierte und JVA-Personal, umgeben sie wieder. Andere Gruppierungen und Hierarchien bestimmen wieder das zwischenmenschliche Miteinander. Persönliche Offenbarungen können sich dann leicht gegen den Betroffenen richten und für ihn schwerwiegende Konsequenzen haben. Nicht der einzelne Teilnehmer selbst, er kann die Folgen seines situativen Handelns häufig nicht überblicken, sondern der Gruppenleiter ist hier in der Verantwortung und hat daher alles zu unterlassen bzw. zu unterbinden, was einem Teilnehmer längerfristig schaden könnte. Die Anonymisierung aller Aussagen ist daher dringend angezeigt und muß durchgängig strikt beibehalten werden. Die Teilnehmer sind entsprechend anzuweisen und ihre Aussagen daraufhin zu kontrollieren. Gegebenenfalls ist einzuschreiten.

Methode 'Beispiele oder Geschichten zum Gesprächseinstieg'

Ein oder mehrere Beispiele sollen zur evtl. Anregung des Gesprächs vorbereitet werden. Folgende Beispiele sind vorstellbar:

Du siehst zwei Dir gut bekannte Mitinhaftierte in eine Zelle gehen. Sie schließen die Tür. Du ahnst oder weißt, daß sie sex miteinander haben. Was kannst Du tun?

Beim Duschen beobachtetest Du, wie sich zwei Mitinhaftierte, die Du gut kennst, in besonderer Weise betrachten. Du spürst, zwischen ihnen könnte sich ein sexueller Kontakt anbahnen.

Was kannst Du tun?

Du bist mit einem oder mehreren Mitinhaftierten im Gespräch. Plötzlich kommt das Thema auf sexuelle Kontakte im Strafvollzug. Was kannst Du tun?

Die Beispiele könnten in kurzen Geschichten aufbereitet werden. Je nach Teilnehmerzahl wäre auch Gruppenarbeit denkbar. Den Teilnehmern könnten die Beispiele oder Geschichten vorgetragen oder besser schriftlich präsentiert werden. Sie sollen nun eine Lösung erarbeiten, um ihre safer-sex-Botschaft den betreffenden Personen zu vermitteln. Anschließend sollen sie ihr Vorgehen darstellen. Entsprechende Notizen wären bei einer evtl. Gruppenarbeit angezeigt.

Da Gruppenarbeit hier räumlich nicht möglich ist, sollen den Teilnehmern lediglich die Beispiele vorgetragen werden. Gemeinsam ist dann zu überlegen und zu diskutieren, welcher der geeignete Weg ist, safer-sex-Informationen an andere Mitinhaftierte weiterzugeben.

5. Arbeitseinheit

Teilziel: Die letzte Arbeitseinheit hat wiederum das Ziel, den Tag noch einmal Revue passieren zu lassen, wichtiges noch einmal hervorzuheben und den Teilnehmern Raum für Fragen zu geben.

Weitere Materialien können übergeben werden. Noch einmal könnte die Kondombox zum Einsatz kommen und Informationen ergänzt, ggf. Wissenslücken gefüllt werden.

1. Der Abschluß

In jedem Fall ist eine Abschlußrunde angezeigt, in der jeder Teilnehmer zu Wort

kommt. Diese Runde könnte mit einer Fragestellung verbunden werden. Die Frage nach dem persönlichen Ergebnis („Was hast Du für Dich hier gelernt?“) scheint mir angezeigt.

Mit der Verabschiedung und Danksagung an die Teilnehmer endet der Tag.

4 Zusammenfassung der Seminare durchführung

Zu Beginn hatten sich 9 Teilnehmer eingefunden, die auch an dem zuvor veranstalteten safer-sex-Seminar teilgenommen hatten. Zwei weitere Männer wurden aufgrund einer zwischenzeitlich begonnenen Arbeitsmaßnahme entschuldigt. Der Verbleib des dritten Abwesenden blieb unklar. Das Seminar fand wiederum in der Tee-stube der haftinternen Drogenberatungsstelle statt.

Da alle Teilnehmer miteinander bekannt waren, wurde auf eine erneute Vorstellungsrunde verzichtet. Lediglich der Tagesablauf wurde nach der Begrüßung dargestellt.

Es wurde daher sogleich mit dem safer-sex-Quiz begonnen, d.h. das Spiel aufgebaut und die Spielregeln erläutert.

Ohne Ausnahme beteiligten sich alle sehr rege an dem Quiz. Der damit verbundene Wettbewerb motivierte die Teilnehmer augenscheinlich. Jeder war bemüht, die sein Fortkommen betreffenden Fragen korrekt zu beantworten, während die anderen Teilnehmer die Antworten kontrollierten und hinsichtlich ihrer Richtigkeit und Vollständigkeit bewerteten. Entsprechend verhielten sich die Teilnehmer bei der teilweise geforderten Kondomanwendung. Auch hier wurde die Handhabung von

den anderen Teilnehmern kritisch beobachtet und bewertet. Eine gleichzeitige Einbeziehung aller Teilnehmer war damit gegeben.

Trotz des Wettbewerbs gaben sich die Teilnehmer gegenseitig Hilfestellungen - ein erster Schritt in Richtung Mediatorenfortbildung. Dieses Verhalten wurde insofern unterstützt. Wie sich zeigte, fanden die Teilnehmer hier sehr bald ihre eigenen (nicht personenabhängigen) Kriterien, in wie weit zu helfen und wann die Frage oder das Kondom unzureichend behandelt worden waren.

Insbesondere hinsichtlich der Kondomanwendung waren deutliche Fortschritte festzustellen. Ausnahmslos alle Teilnehmer waren abschließend in der Lage, ein Kondom fehlerfrei und in einer akzeptablen Zeit anzuwenden. Entsprechendes war auch hinsichtlich der Fragen festzustellen. Die Fragen wurden zunehmend fehlerfrei und vollständig beantwortet, so daß auch hier eindeutig von einer Verbreiterung und Vertiefung des Wissens aller Teilnehmer gesprochen werden kann.

Der Spielverlauf zeigte, daß die Teilnehmer diese Art der Wiederholung nicht als solche wahrnahmen. Sie arbeiteten bzw. spielten konzentriert mit und erfreuten sich an den selbst erbrachten Leistungen. Entsprechende Anerkennungen bestärkten dieses positive Gefühl und motivierten sie darüber hinaus. Erst in der Schlußphase, nach etwa 1¼ Stunden, ermüdete ihr Interesse. Die lange Spieldauer war auf die Würfelergebnisse zurückzuführen. Selten wurden mehr als 4 Punkte gewürfelt. Zukünftig sollte hier ggf. ein zweiter Würfel hinzugefügt werden.

Die (wichtige) Prämierung des Gewinners erfolgte am Ende des Seminars.

Nach der Mittagspause wurde noch einmal auf safer-sex-Möglichkeiten eingegangen und verschiedene Praktiken gesprächsweise eingebracht. Dabei wurden erste ablehnende Äußerungen laut. Die Notwendigkeit zur Anwendung dieser Praktiken wurde seitens einiger Teilnehmer in Frage gestellt. Zur Begründung wurden Behandlungsmöglichkeiten bei den meisten sexuell übertragbaren Erkrankungen bzw. fehlende Möglichkeiten bei HIV/AIDS und Hepatitis vorgetragen.

Den Teilnehmern wurde darauf einige Bild Darstellungen³ vorgelegt. Die sehr drastischen Darstellungen der hier zuvor angesprochenen sexuell übertragbaren Erkrankungen und entsprechende Einlassungen konnten die Teilnehmer dahingehend überzeugen, daß es bei den genannten sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich HIV/AIDS und Hepatitis nicht nur um Leben oder Tod geht, sondern diese Erkrankungen mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang stehen. Insbesondere die schmerzhaften Veränderungen im Genitalbereich schienen sie zu beeindrucken und erübrigten fortan die Notwendigkeitsdebatte von safer-sex-Praktiken.

Im weiteren wurde den Teilnehmern der AIDS-Spot 'Magic Bus' vorgestellt, der den Verlust von Mitmenschen infolge HIV/AIDS thematisiert. Die Machart des Spots belustigte zunächst die Teilnehmer. Im weiteren Gespräch wurde jedoch die

eigene Betroffenheit deutlich. Alle Teilnehmer haben bereits selbst ihnen nahestehende Personen verloren, zum überwiegenden Teil ebenso infolge HIV/AIDS. Dieser Verlust und die Art und Weise des Sterbens wurde thematisiert. Obwohl sie den Tod zunächst verharmlosten und als Erlösung glorifizierten, wurde den Teilnehmern sehr schnell bewußt, daß diesem Tod ein Leidensweg vorausgeht, der keinesfalls glorreich verläuft. Die Notwendigkeit, zur Vermeidung eines solchen (Lebens-) Verlaufs, sich (auch) safer-sex-Praktiken zu bedienen, wurde in diesem Zusammenhang hervorgehoben.

In der folgenden Arbeitseinheit wurden Möglichkeiten zur Einflußnahme auf andere Inhaftierte hinsichtlich safer sex angesprochen. Solche Möglichkeiten wurden zunächst allgemein verneint. Erst einzelne Beispiele der Teilnehmer eröffneten den Blick für das Mögliche und ließen weitere folgen. Folgende Kriterien zur Einflußnahme auf andere drogenkonsumierende Männer wurden dabei von den Teilnehmern selbst erarbeitet:

- ⇒ Geduld
- ⇒ (menschliche) Nähe
- ⇒ Präsenz
- ⇒ keine Erfolgsorientierung/-erwartung
- ⇒ Rückschläge/Versagen (einstecken können)
- ⇒ voneinander lernen
- ⇒ Hilfe ist auch Selbsthilfe
- ⇒ Selbstkontrolle

Die Teilnehmer stellten fest, daß sie allgemein wenig Einfluß auf andere drogenkonsumierende inhaftierte Männer haben. Sie können diese zwar auf die Risiken ihres sexuellen Verhaltens hinweisen. Ent-

3 aus 'Geschlechtskrankheiten - Symptomatik, Diagnose und Therapie', Rolf Ulrich, Hans Marseille Verlag, München, 1990

scheiden müßten und würden diese jedoch letztlich selbst. Anders verhalte es sich mit nahestehenden Männern oder Freunden. Den guten Freund lasse man nicht hängen, lautete das allgemeine Votum. Hier wurden Einflußmöglichkeiten bejaht. Aufgrund des längerfristigen intensiveren Kontakts seien Möglichkeiten der kontinuierlichen Intervention gegeben. Gemeinsam könne nach Alternativen gesucht und Lösungsmöglichkeiten gefunden werden. Die direkte Vermittlung von safer-sex-Praktiken wurde in diesem Zusammenhang ebenfalls eingeräumt bis bejaht. Allerdings, so wurde deutlich, bereitet den Teilnehmern die offene Thematisierung von sexuellen Neigungen und Aktivitäten Schwierigkeiten. In dieser Runde sei ein offener Austausch zu sexuellen Themen zwar unbedenklich. Eine Übertragung dieser Offenheit auf alltägliche Situationen, konnten sich die Teilnehmer weniger vorstellen. Hier wäre bei Folge-seminaren anzusetzen.

Die Teilnehmer kamen in den vorstehenden Zusammenhängen immer wieder auf ihr Drogenkonsumverhalten zu sprechen. Der Spritzentausch war dabei ihr zentrales Thema. Insbesondere unter den haftspezifischen Bedingungen kommt oder kam es hier offenbar wider besseren Wissens immer wieder zum Fehlverhalten. Die Bereitschaft unter bestimmten Bedingungen, insbesondere bei Entzugserscheinungen, gerade in den Abendstunden im Zellen-

trakt bzw. in der Zelle selbst, eine gebrauchte Spritze zu benutzen, ist wohl allgemein sehr groß. Ebenso wurde eine Bereitschaft zu unkontrollierten sexuellen Handlungen unter diesen Bedingungen eingeräumt bzw. bestätigt. Die eigene Entscheidungsmöglichkeit bzw. -fähigkeit, so die übereinstimmende Erklärung aller Teilnehmer, sei unter Entzugserscheinungen eingeschränkt bzw. aufgehoben. Zur Befriedigung des Drogenbedarfes seien dann alle Gegenleistungen denkbar und üblich.

Diese Situationsbeschreibung konnte nicht in Abrede gestellt werden. Die Sucht fordert hier ihren Tribut. Allerdings ist dieser Zustand nicht allumfassend, sondern, zumal in der JVA und nach eigenem Bekunden der Teilnehmer, auf bestimmte Zeiten beschränkt. Außerhalb dieser Zeiten und nach der Entgiftung, so auch die allgemeine Zustimmung, sei der Einzelne sehr wohl in der Lage, sich zu entscheiden und damit Risiken zu vermeiden. Zur Abdeckung des Risikozeitraumes sei es eben wichtig, einen Freund oder Helfer zur Seite zu haben, der dann für den notwendigen Schutz sorgt. Es wurde angeregt, sich dieser Aufgabe zu stellen bzw. sich einen Helfer zu suchen.

Letztlich stand noch die Prämierung des safer-sex-Quiz-Gewinners aus. Alle Teilnehmer erhielten hier das gleiche Präsent. Mit der Verabschiedung und Danksagung endete das Seminar.

VI. Planung und Durchführung eines Tagesseminars für MultiplikatorInnen zur eigenständigen Vermittlung von safer-sex-Kenntnissen an inhaftierte drogenkonsumierende Männer

1 Aufgabenstellung

Letztlich sollte eine Multiplikatorenschulung für ausgewählte und bereits im Strafvollzug tätige MitarbeiterInnen von Selbsthilfegruppen (z.B. Aids-Hilfe und JES) vorbereitet und durchgeführt werden. Die Fortbildung soll diese befähigen eigenständig Angebote mit entsprechenden Inhalten im Justizvollzug zu planen und durchzuführen bzw. diese in bereits bestehende Angebote einfließen zu lassen. Die Multiplikatorenschulung erfolgte im Rahmen eines Tagesseminars, in der örtlichen Aids-Hilfe.

2 Planung und Vorbereitung

Es wurde angeregt, die Fortbildung außerhalb der JVA durchzuführen. Dieses hatte im wesentlichen organisatorische Gründe. Die Arbeitsbedingungen außerhalb einer JVA lassen einfach mehr Freiraum in der zeitlichen und räumlichen Gestaltung. Die organisatorische Verantwortung wurde damit auf den örtlichen Veranstalter verlagert, der ohnehin in das örtliche soziale Netz eingebunden ist und damit über die besseren Voraussetzungen verfügt.

In den Räumen der Aids-Hilfe sollte die Fortbildung durchgeführt werden. Neben den dortigen Mitarbeitern sollten auch andere teilnehmen. Einzelheiten waren zu-

nächst nicht bekannt. Spätere Gespräche ergaben, daß, obwohl ein geschlechtsspezifischer Arbeitsansatz vereinbart worden war, sich überwiegend Frauen angemeldet hatten. Diese veränderte Situation war kurzfristig inhaltlich zu berücksichtigen, d.h. auch im Seminar zu thematisieren.

Die Einrichtung wurde vorab aufgesucht. Dabei wurde die dortige Kontaktperson kennengelernt und die Räumlichkeiten eingesehen. Mit der Kontaktperson wurde wiederum der Zeitrahmen, die Arbeitsbedingungen und die Berücksichtigung evtl. inhaltlicher Wünsche abgestimmt. Für die atmosphärische Gestaltung erklärte sich die Kontaktperson verantwortlich.

In Anbetracht der zu erwartenden Teilnehmer und ihren Erfahrungen im Fortbildungsbereich, konnte von einem seminarüblichen Zeitraster ausgegangen werden. Die einzelne Arbeitseinheit sollten somit etwa 90 Minuten umfassen.

Das zeitliche Raster wurde darauf wie folgt festgelegt:

09.00 - 10.30 Uhr	1. Arbeitseinheit	90 Minuten
10.30 - 10.45 Uhr	Pause	
10.45 - 12.15 Uhr	2. Arbeitseinheit	90 Minuten
12.15 - 13.00 Uhr	Mittagspause	
13.00 - 14.30 Uhr	3. Arbeitseinheit	90 Minuten
14.30 - 14.45 Uhr	Pause	
14.45 - 16.00 Uhr	4. Arbeitseinheit	75 Minuten

Im weiteren war wiederum der Themenbereich zu spezifizieren und den Arbeitseinheiten zuzuordnen. Teilziele waren zu benennen, die Arbeitsmaterialien zu beschaffen und vorzubereiten. Wiederum sollte, soweit möglich, im (Stuhl-) Kreis ohne Tische gearbeitet werden.

Ein wesentlicher Teil der zu vermittelnden Inhalte und Erfahrungen wurde im Abschnitt I, II und III bereits umfassend beschrieben. Auf eine erneute Darstellung soll daher nachstehend verzichtet werden. Lediglich die entsprechenden Kapitel sollen genannt werden.

3 Die Arbeitseinheiten

1. Arbeitseinheit

Teilziele: Kennenlernen und gemeinsames Absprechen der Arbeitsbedingungen, Erläuterung der Arbeitsschritte zur Seminarvorbereitung und Eröffnungsrunde, Bezugnahme zum eigenen sexuellen Verständnis und der sexuellen Realität der Zielgruppe.

1. Vorstellungsrunde

Der Begrüßung folgt die Vorstellungsrunde. Bei der eigenen Vorstellung soll, neben den üblichen Angaben zur eigenen Person, bewußt etwas aus dem privaten Bereich berichtet werden. Es ist davon auszugehen, daß die Teilnehmer dem folgen und entsprechendes berichten werden. Später, nach der Festlegung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen, soll die Auflösung erfolgen und den Teilnehmern die Möglichkeiten und auch Gefahren eines solchen Vorgehens erläutert werden (vergleiche Abschnitt zu Authentizität und Vertrauensbildung).

Die Vorstellungsrunde wird wiederum mit einer Fragestellung verbunden. Die Frage nach bisherige Erfahrungen als Berater im Themenbereich Sexualität und safer-sex-Praktiken sowie mit der Zielgruppe soll über Vorkenntnisse Aufschluß geben.

Es folgt eine Erörterung der bisherigen Vorgehensweise (vergleiche Abschnitt I,

Persönliche Vorstellung, 'Du oder Sie', Vertraulichkeit, Unantastbarkeit der Integrität der Teilnehmer, Zeitrahmen, Pausen, und Abschnitt II, Vorstellungsrunde, „Ball“).

2. Haftinterne Realität im Kontext eigener sexueller Erfahrungen und Werte

Im folgenden soll der Bezug zwischen dem sexuellen Verständnis der TeilnehmerInnen und dem Thema (safer sex) sowie der haftinternen sexuellen Realität der Zielgruppe hergestellt werden. Das menschliche (bzw. eigene) Bedürfnis nach einer erfüllten Sexualität soll dabei reflektiert und anschließend mit der Realität der Zielgruppe in Zusammenhang gebracht werden. Der Vergleich zwischen dem persönlichen Anspruch an Sexualität und der haftinternen Realität wird die Diskrepanz verdeutlichen. Das persönliche Anliegen der TeilnehmerInnen, der Zielgruppe safer-sex-Botschaften vermitteln zu wollen, soll damit sachlich und emotional auf eine praxisnahe Ebene gebracht werden.

Dazu werden den Teilnehmern 3 verschiedenfarbige Fragebögen nacheinander im 10 Minuten Abstand ausgehändigt. Die Fragen sind jeweils einzeln zu beantworten und in deutlicher Schrift (mit Filzstift) stichwortartig auf dem Bogen zu notieren.

⇒ 1. Fragebogen

Was ist, wenn ich keine Sexualität habe?

Dann bin ich ...

Dann fühle ich mich ...

- ⇒ 2. Fragebogen
Was ist, wenn meine Sexualität mich nicht befriedigt?
Dann bin ich ...
Dann fühle ich mich ...
- ⇒ 3. Fragebogen
Was brauche ich als Frau / Mann für eine befriedigende Sexualität?

Die Fragebögen werden anschließend nach Fragen und Geschlechtern gruppiert im Raum ausgelegt und die Teilnehmer aufgefordert, umher zu gehen, die Antworten zu sichten und sich mit den Aussagen auseinanderzusetzen. Es folgt der Austausch im Plenum zur Frage:

- ⇒ Was ist mir beim Lesen aufgefallen?
- ⇒ Was hat mich angesprochen?
- ⇒ Was habe ich bei der Beantwortung empfunden?

In der sich daraus ergebenden Diskussion soll die Bedeutung von Sexualität für unser aller Wohlbefinden herausgearbeitet werden. Die Notwendigkeit, sich mit den eigenen sexuellen Erfahrungen und dem eigenen sexuellen Erleben, den eigenen Wünschen, Phantasien und Ängsten auseinanderzusetzen, soll hier verdeutlicht werden. Dieses gilt insbesondere für MitarbeiterInnen von Institutionen, die sich mit dem Thema Sexualität bzw. mit Teilbereichen dieses Themas beschäftigen.

Sexualität ist kein abstraktes Thema, mit dem man sich wertneutral beschäftigen kann. Botschaften können hier nicht einfach übernommen und an Dritte weitergegeben werden. Sexualität ist immer auch etwas Persönliches. Die eigene sexuelle Identität, die eigenen Erfahrungen und die persönliche Moral werden immer einflie-

ßen. Informationen werden gewertet und Botschaften an Dritte folglich interpretiert weitergegeben. Diese Wertung und Interpretation ist für andere vernehmbar, auch wenn die Botschaft mit dem ursprünglichen Wortlaut übereinstimmt. Die nonverbale Kommunikation kann hier Bände sprechen. Es ist daher wichtig, hier eine eigene, klare Position zu entwickeln, die auch mit der persönlichen, rationalen und emotionalen Haltung übereinstimmt. Nur bei einer Übereinstimmung von Botschaft und eigener Haltung ist auch die Glaubwürdigkeit gewährleistet. Will man Menschen zum safer sex anhalten, ist die eigene Glaubwürdigkeit von zentraler Bedeutung.

Geschlechterfrage in der Multiplikatorenarbeit

An dieser Stelle muß auch die Geschlechterfrage zur Sprache kommen. Die anwesenden Teilnehmerinnen haben ebenso die Absicht mit der Zielgruppe (drogenkonsumierende inhaftierte Männer) diesbezüglich zu arbeiten. Ob das möglich und sinnvoll ist, ist zu diskutieren und die Grenzen und Risiken aufzuzeigen.

Ich selbst rate davon ab. Männer und Frauen sind einfach verschieden. Ihre Genetik und Biologie ist anders. Ihre Sozialisation nimmt einen anderen Verlauf und setzt andere Schwerpunkte. Vereinfacht gesagt, Frauen haben eine andere Wahrnehmung. Sie machen andere Erfahrungen und entwickeln folglich andere Sicht- und Verhaltensweisen. Beide, Männer wie Frauen, brauchen daher auch ihren eigenen Raum und eine gleichgeschlechtliche Gemeinschaft zur persönlichen Entwicklung. Gerade in sozialen Be-

reichen haben Männer ihre Defizite. Statt voneinander zu lernen, suchen sie nach wie vor die soziale Kompetenz der Frauen. Doch diese Kompetenz basiert auf deren Sozialisation. Sie ist zwar für den einzelnen Mann häufig sehr hilfreich, trägt jedoch erfahrungsgemäß wenig zur Änderung des ursächlichen Primärverhaltens von Männern bei. Männer müssen daher lernen sich selbst zu helfen, voneinander zu lernen und damit eigene soziale Kompetenz gewinnen, die sich sicherlich von der der Frauen unterscheiden wird (vergleiche Abschnitt 'Sexualität, (k)ein Thema für Männer' und 'Von Mann zu Mann...').

Dieses ist kein Votum gegen den Dialog zwischen den Geschlechtern. Auch dieser ist dringend notwendig und zu unterstützen. Ein solcher Dialog sollte jedoch auf der Ebene gleichwertiger Partnern und Partnerinnen erfolgen und sich nicht im Bereich Krisenbewältigung und Aufarbeitung von Defiziten bewegen.

Im intimen Bereich der Sexualität ist der geschlechtsspezifische Ansatz um so mehr erforderlich. Sexualität ist nicht geschlechtsneutral. Frauen und Männer erleben Sexualität anders und gehen unterschiedlich damit um. Es gibt sicher Gemeinsamkeiten, aber ebenso Unvereinbarkeiten. Dieses ist zu akzeptieren und dem Rechnung zu tragen.

Ferner sind Männer und Frauen - sofern heterosexuell - potentielle (Sexual-) Partner. Ein Austausch - gerade im Bereich Sexualität an anderer Stelle gewünscht und notwendig - birgt immer die Gefahr einer (einseitigen) Verlagerung der Gesprächsebene. Der Austausch mutiert unter solchen Bedingungen leicht zur Koketterie

und damit zum Vorspiel eines möglichen sexuellen Kontakts. Dieses ist weder Ziel noch Wunsch einer solchen Begegnung. Eine beiderseitige Disziplin wäre wünschenswert, ist erfahrungsgemäß jedoch häufig aufgrund der naturgegebenen Anziehung der Geschlechter eine Illusion.

Für die hier betroffene Zielgruppe trifft dieses Argument in besonderer Weise zu. Inhaftierte Männer, ohnehin in ihrer Heterosexualität abstinent lebend, reagieren auf Weiblichkeit entsprechend empfindlich. Der direkte Kontakt mit einer Frau, zumal zum Thema Sexualität, löst sicher sehr schnell die entsprechenden Phantasien und mehr aus. Dieses Ergebnis kann m.E. keinesfalls Ziel eines sexualpädagogischen Angebotes sein.

Methode 'Traumreise'

Sofern es die Zeit noch erlaubt, ist hier ein Bruch vorgesehen. Mittels einer Traumreise sollen sich die Teilnehmer nun in die Situation der Zielgruppe versetzen. Die Teilnehmer werden dazu aufgefordert sich zurückzulehnen, die Augen zu schließen und einen gedanklichen Spaziergang durch die JVA zu vollziehen. Am Eingangstor beginnend sollen sie sich ihren Weg durch die JVA bahnen. Alle Details werden in ruhiger Stimme angesagt. Die Teilnehmer sollen sich alles genau mit dem inneren Auge betrachten, die verschiedensten Räumlichkeiten durchqueren und letztlich eine bestimmte Zelle betreten. Dort sollen sie sich gedanklich setzen und das Ambiente auf sich wirken lassen. Nach einer gewissen Zeit sollen sie sich vorstellen, hier eine für sie befriedigende Sexualität zu erleben.

Anschließend kommen alle aus der Gedankenreise in die Runde zurück. Eine kurze Beschreibung des Erlebten sollte nun folgen, ggf. nur mit einem Wort. Eine weitergehende Diskussion wird sich voraussichtlich erübrigen, da die Teilnehmer die Diskrepanz zwischen ihrem eigenen sexuellen Anspruch und der haftinternen Realität sicher deutlich wahrnehmen werden.

Die Methode 'Traumreise', auch anderweitig einsetzbar, soll anschließend erläutert werden.

Diese Methode kann Teilnehmer in eine vorgegebene und entsprechend beschriebene Situation versetzen. Die Wahrnehmung entsprechender situationsbedingter Empfindungen ist möglich und kann in die Diskussion einbezogen werden. Diese Methode sollte allerdings zuvor selbst erfahren und hinreichend geübt worden sein. Bei einzelnen Teilnehmern kann es u.U. zu Komplikationen kommen. Hier ist dann verantwortlich zu intervenieren.

2. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 2. Arbeitseinheit ist die methodisch didaktische Aufarbeitung des Gespräches mit den Teilnehmern zum Thema Sexualität und safer sex.

1. Vermittlung von safer-sex-Informationen im Gespräch

Die Vermittlung von safer-sex-Inhalten sollte gesprächsweise erfolgen. Sexualität, allgemein und haftintern, ist daher zu thematisieren und dabei die erforderlichen safer-sex-Inhalte einzubringen. Doch wie ist ein solches Gespräch zu beginnen, wie zu führen und zu lenken.

Zur Eröffnung eines Gespräches empfiehlt es sich, eine Frage zu formulieren. Diese kann auf vielfältigste Art und Weise den Teilnehmern präsentiert werden. Folgende Methoden wurden bereits ausgeführt und sollen hier erörtert werden:

- ⇒ verbale Fragestellung (an einzelne oder alle Teilnehmer)
- ⇒ schriftliche Fragestellung (für Einzelne oder Gruppen)
- ⇒ „Stille Diskussion“
- ⇒ Fragestellung mittels Bild oder Textvorlagen (für Einzelne, Gruppen oder alle Teilnehmer)

Darüber hinaus sollen die bereits ausgeführten Kriterien einer Gesprächsführung erörtert werden (vergleiche Abschnitt I).

Methode zum 'Abbau von Sprachbarrieren'

Im Zusammenhang mit dem Stichwort Sprache soll eine Methode zum Abbau von Sprachbarrieren und damit zur Lockerung der Sprachgewohnheiten vorgestellt werden. In der Außendarstellung werden im Bereich Sexualität fast ausschließlich 'klinische' Begriffe verwendet. Auf der Beziehungsebene ist das häufig anders. Die Partner entwickeln hier ihre Terminologie selbst. Da es im Austausch mit der Zielgruppe hier zu Unsicherheiten kommen könnte, wäre folgende Übung sicher hilfreich und ggf. amüsant:

Aufgabe:

Notiere 10 weitere Begriffe für Penis (alternativ Vagina, Busen, Anus, etc.)

Anschließend sollen die Begriffe vorgelesen und gemeinsam bewertet werden. Eine Einlassung zu den Sprachgewohn-

heiten der verschiedenen Zielgruppen und anderer sowie der auch hier gebotenen Akzeptanz scheint angezeigt.

3. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 2. Arbeitseinheit ist die Auseinandersetzung mit den Arbeitsbedingungen bei der Gestaltung von Seminaren. Den TeilnehmerInnen soll vermittelt werden, wie sie eigenständig Seminare planen und vorbereiten können und was bei der Durchführung zu beachten ist.

1. Feedback

Nach dem Mittagessen soll noch einmal kurz Raum für Fragen und Meinungen in Zusammenhang mit dem Vormittagsprogramm gegeben werden.

2. Methode 'Hausbau'

Die Teilnehmer werden dazu in 3 oder 4 Gruppen aufgeteilt. Die Gruppen verteilen sich auf die Räume oder Raumecken. Folgende Fragestellung wird den Gruppen vorgetragen bzw. auch schriftlich vorgelegt:

Was ist uns (der Gruppe) wichtig und zu beachten bei der Vorbereitung und Durchführung einer Veranstaltung zum Thema safer sex in einer JVA?

Die Gruppen werden gebeten, zunächst die Elemente/Begriffe zu sammeln und jedes in einem oder wenigen Worten auf einem gesonderten Blatt zu notieren. Sobald eine angemessene Sammlung von Begriffen/Blättern vorliegt, sollen sie diese Notizen auslegen und daraus eine Struktur

erarbeiten, deren verschiedene Stränge jeweils zu überschreiben sind.

Ich selbst beschreibe diese Arbeitsweise als 'Hausbau'. Ein begriffliches Gebäude soll erstellt werden. Ein Gebäude besteht aus einem Fundament (Basis), ggf. auch einem oder mehreren Kellern (Differenzierung der Basis), ferner Wänden oder Säulen (verschiedene Bereiche) und einem Dach (Ziel). Entsprechend sollen die einzelnen Gruppen ihre (Gebäude-) Struktur entwickeln.

Anschließend ist eine gemeinsame Betrachtung aller Strukturen / Gebäude vorgesehen, wobei jede Gruppe ihr Werk vorstellt und erläutert. Ergänzungen und Berichtigungen sind jederzeit möglich. Anregungen der anderen Teilnehmer sind erwünscht.

Im Plenum soll diese Methode schließlich erläutert und erörtert werden. Diese Methode ist sowohl in der Vorbereitung als auch in der Gruppenarbeit selbst vielfältig, je nach Themenstellung, anwendbar. Beispielhaft soll eine Gruppe daher folgende Frage bearbeiten:

Safer sex heißt für uns?

Das erstellte Gebäude kann dem Betrachter einen klaren Überblick vermitteln. Es kann den Zusammenhang zwischen den einzelnen Faktoren herstellen und damit offene (Eingangs-) Fragen klären und Lösungswege aufzeigen.

Mittels der von den Teilnehmern im 1. Seminar gesammelten Begriffe soll dieses beispielhaft dargestellt werden:

Ziel: Befriedigung			
1. Säule: mittelbare Bedingungen	2. Säule: unmittelbare Bedingungen	3. Säule: Unwägbarkeiten	4. Säule: Ergebnis
Zuneigung Uneigennützigkeit Gerechtigkeit Geld sexuelle Erfahrung Kraft	Lust Erregung Romantik Erektion Perversität	Eifersucht	Orgasmus Kinder Spaß Erfüllung Enttäuschung Schmerz
Basis: Liebe, Vertrauen, Beziehung, wechselnde Partner, Macht			

So oder anders könnte das Ergebnis aussehen, wobei in der Arbeit mit den Teilnehmern weniger das Ergebnis, sondern vielmehr der Lösungsweg im Mittelpunkt steht. In der Diskussion darum, können Zusammenhänge verdeutlicht und Einsichten vermittelt werden. Die Teilnehmer sind gezwungen die Begriffe für sich zu werten und zuzuordnen. In der Auseinandersetzung müssen sie Stellung beziehen. Damit eröffnet sich ein breites Diskussionsfeld.

Abschließend sollen die verbleibenden, bisher nicht erwähnten Elemente zur Planung, Vorbereitung und Durchführung einer entsprechenden Veranstaltung vorgestellt und erläutert werden (vergleiche Abschnitt I und II).

4. Arbeitseinheit

Teilziel: Ziel der 4. Arbeitseinheit ist die Vermittlung von einigen Methoden zur Fortbildung der Zielgruppe.

1. Vorstellung und Vermittlung verschiedener bereits ausgeführter Arbeitsmethoden

Folgende bereits dargestellte Arbeitsmethoden sollen vorgestellt und ggf. eingeübt werden:

- ⇒ Formulierung von schriftlichen Fragen zur Einleitung eines Gespräches (vergleiche Abschnitt II 'Schriftliche oder mündliche Fragen als Einstieg')
- ⇒ Erstellung von und Arbeit mit Text- und Bildvorlagen (vergleiche Abschnitt II Methode 'Bild- oder Textvorlage')
- ⇒ 'Stille Diskussion' (vergleiche Abschnitt II 'Stille Diskussion')
- ⇒ Kondomtraining mittels Kondombox u.a. (vergleiche Abschnitt II, 'Kondomanwendungsübung' und 'Kondombox')

⇒ safer-sex-Quiz als Feedback-Methode (vergleiche Abschnitt III 'safer-sex-Quiz')

2. Vorstellung und Vermittlung weiterer Arbeitsmethoden

Erstellung eines safer-sex-Plakates als Feedback-Methode

Die Teilnehmer werden dazu in Gruppen eingeteilt. Diesen Gruppen werden verschiedene haftübliche sexuelle Praktiken und Bedingungen (Oral- und Analverkehr, gegenseitiges Onanieren, Vergewaltigung, etc.) zugeteilt oder zugelost. Sie erhält damit die Aufgabe, ein safer-sex-Plakat zu entwickeln, das auf diesbezügliche Risiken hinweist und safer-sex-Praktik aufzeigt. Die Aufgabe einer Gruppe könnte beispielsweise lauten:

„Vorsicht bei ungeschütztem Analverkehr,
sonst kann Dir folgendes passieren:
Darum nehme“

Ein größerer Bogen, Filzstifte, ggf. Zeitschriften und Scheren werden zur Verfügung gestellt. Die Teilnehmer haben etwa 30 Minuten Zeit ihre Botschaften zu formulieren und darzustellen. Bei der Erstellung der Plakatcollagen sollte man den Gruppen behilflich sein. Anschließend soll jede Gruppe ihr Plakat aufhängen und erläutern. Dabei sollen die Risiken und safer-sex-Praktiken gemeinsam erörtert und ggf. ergänzt werden.

Methode 'Rollenspiel'

In einem Rollenspiel können erste praktische Erfahrungen im Bereich der safer-sex-Anwendung wie auch der diesbezüglichen Einflußnahme auf andere gesam-

melt werden. Das Rollenspiel sollte unter ein Motto gestellt werden. Als bietet sich an, einen Film für das Fernsehen zu drehen. Der Film spielt in einer JVA. Allerdings ist das Drehbuch verloren gegangen. Es muß daher improvisiert werden. Lediglich die erste Szene liegt noch in Fragmenten vor. Demnach, ausgehend vom Beispiel einer Mediatoren-Veranstaltung, kam es zu einem sexuellen Kontakt zwischen zwei oder mehreren Personen. Einer der betreffenden Personen ist vermutlich mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung infiziert. Wer und um welche Erkrankung es sich handelt, ist unbekannt. Was nun zu tun ist, soll szenisch dargestellt werden. Alle Teilnehmer sind dabei einzu beziehen, sei es als Darsteller, als lebende Requisiten oder als Menschen hinter der Kamera. Damit es jedoch nicht zu 'Handgreiflichkeiten' zwischen den Darstellern kommt, gibt es eine/n Regisseur/eine regieführende Gruppe, der/die die Handlung vorgibt. Alles wird nur angedeutet. Alle TeilnehmerInnen wirken beratend mit. Der Handlungsablauf ist dabei genau zu beobachten. Einwände und Rückfragen sind ggf. angezeigt. Auf einen präzisen Ablauf ist zu achten. Schließlich ist der Gruppenleiter der Produzent.

Methode 'Kreuzwort- oder Bilderrätsel'

Zum Thema erstellte Kreuzwort- oder Bilderrätsel, die die bereits übermittelten Informationen beinhalten, können ebenso eingesetzt werden. Diese werden den Teilnehmern vorgelegt und einzeln oder gemeinsam gelöst. Solche Aufgaben können auch im Laufe des Tages eingebracht werden und dienen der beiderseitigen Kontrolle des Wissensstandes. Für den Ein-

stieg in das Thema scheinen sie mir nicht hinreichend kommunikativ und daher weniger geeignet. Allerdings kann ein solches Kreuzwort- oder Bilderrätsel auch mit den Teilnehmern selbst erstellt werden. Geeignete Begriffe sind dann gemeinsam oder in Gruppen zu finden und miteinander zu verbinden. Der gemeinsame Austausch steht dabei wiederum im Mittelpunkt. Die Teilnehmer erhalten Gelegenheit ihr Wissen einzubringen. Dieses kann in der Übung entsprechend ergänzt werden.

Weitere Arbeitsmethoden selbst erstellt

Weitere Methoden sind zum Thema miteinander (spielerisch) ins Gespräch zu kommen sind denkbar und abhängig von der eigenen Kreativität. Ein großer Teil der im Handel erhältlichen Gesellschaftsspiele läßt sich entsprechend umgestalten. Wichtig ist dabei nur, daß die gewünschten Themen im Mittelpunkt stehen. Dazu sind meist lediglich Fragen umzuformulieren oder entsprechende Aufgaben zu stellen.

Vor dem Einsatz ausprobieren

Besonders wichtig ist, daß man Methoden, die man einsetzen möchte, zuvor selbst oder in seinem Umfeld ausprobiert hat. Pannen können zu erheblichen Störungen und zum gegenteiligen Ergebnis führen. Daher ist in jedem Fall im Vorfeld zu üben und auch die benötigte Zeit zu stoppen. Diese ist im Zeitraster unbedingt zu berücksichtigen.

3. Der Abschluß

In der verbleibenden Zeit ist Raum für abschließende Fragen zu geben. Ein Austausch bzw. eine Abgleichung von Mate-

rialien wäre sinnvoll. Auch ist eine Präsentation des Aids-Spots 'Magic Bus', sofern nicht bereits bekannt, mit anschließender Diskussion möglich.

Letztlich soll eine Abschlußrunde erfolgen, bei der jeder Teilnehmer noch einmal zu Wort kommt. Diese endet mit der Verabschiedung und der Danksagung an die Teilnehmer.

4. Zusammenfassung der Seminardurchführung

Nach Auskunft der Kontaktperson hatten sich 15 Personen verschiedener Institutionen zum Seminar angemeldet. Neun MitarbeiterInnen nahmen schließlich teil, die sich aus sechs Frauen und drei Männern zusammensetzten.

Die Teilnehmer der vorangegangenen Seminare in der JVA hatten gegenüber den MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe sehr positiv über den Seminarverlauf und das Ergebnis berichtet. Die Erwartungshaltung war dementsprechend hoch, zumal sie selbst, nach eigenem Bekunden, Schwierigkeiten haben, das Thema Sexualität bei den inhaftierten Männern anzusprechen. Diese würden auf das Thema nicht eingehen.

Bereits in der Vorstellungsrunde wurden diese Schwierigkeiten ansatzweise deutlich. Obwohl etwas aus dem privaten Rahmen eingebracht wurde, gingen nicht alle TeilnehmerInnen darauf ein bzw. beschränkten sich auf ihre Familiendaten. Unsicherheiten und Abgrenzungsbemühungen waren hier erkennbar, jedoch nicht beunruhigend. Erst nach der ersten Übung (3 Fragebögen zur eigenen Sexualität) und dem deutlichen Hinweis, daß es der Reflexion der eigenen sexuellen Erfah-

rungen und Werte bedarf, kam es zum breiteren Widerspruch. Die eigenen sexuellen Erfahrungen seien privat und nicht Gegenstand der Diskussion. Das Mißverständnis, daß es nicht darum geht, seine sexuellen Erlebnisse zu schildern, sondern seine persönlichen Wertungen zu reflektieren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse offen einzubringen, konnte wohl nicht hinreichend ausgeräumt werden. Äußerungen einzelner, daß die Mitglieder der Zielgruppe entsprechendes vortragen oder nachfragen könnten, über das dann zu reden sei, ließ nicht auf einen geeigneten Ansatz zur safer-sex-Anleitung schließen. Der nachdrücklichen Anmerkung, daß etwas einzubringen sei, bevor man etwas erwarten könne, folgte betretenes Schweigen.

Die angebotene Traumreise in die Haftanstalt löste erwartungsgemäß allgemeine Betroffenheit aus. Niemand konnte sich vorstellen unter diesen Bedingungen (erfüllte) Sexualität zu erleben. Die Methode selbst wurde in Frage gestellt und von einzelnen als zu gefährlich bzw. zu konstruiert verworfen.

Die Betroffenheit aus der Traumreise verstärkte das allgemeine Schweigen. Insofern wurde hier eine Feedback-Runde angesetzt und nach dem Befinden und den Erwartungen gefragt. Dabei ergab sich ein breites Meinungsbild. Von Zufriedenheit bis inhaltlicher Kritik war alles vertreten. Eine Teilnehmerin brachte die Kritik auf den Punkt. Nicht die inhaltliche Auseinandersetzung mit (der eigenen) Sexualität werde gewünscht, sondern ein „Koffer mit Werkzeug“ erwartet. Gegen Widerstände und allgemeiner Betretenheit wurde wiederholt erklärt, daß solche Methoden,

Übungen, etc. wohl ein Aufhänger und Medium sein können. Das persönliche Gespräch mit der Zielgruppe ersetzen sie jedoch keinesfalls. In den Gesprächen sei dann Stellung zu beziehen. Dafür ist eine eigene reflektierte Position und die Bereitschaft zum offenen Austausch erforderlich. Beides ist keine Selbstverständlichkeit, sondern ist zu erarbeiten und zu üben.

Im weiteren gab es eine Meinungsverschiedenheit zum vertretenen geschlechtsspezifischen Ansatz. Einzelne Frauen und Männer konnten diesen nicht nachvollziehen. Insbesondere diese Frauen empfanden sich als zweite Wahl. Dem wurde entschieden widersprochen und die sozialisationsbedingten sozialen Qualitäten von Frauen hervorgehoben. Der geschlechtsspezifische Arbeitsansatz wurde zwar ausgeführt, fand jedoch nicht das gewünschte Verständnis. Zur Beendigung der Diskussion führte das pragmatische Argument eines Teilnehmers, daß heute niemand auf die Idee käme, eine Frauengruppe von einem Mann leiten zu lassen.

Meinungsverschiedenheiten wurden auch im Zusammenhang mit der Vergabe von Annehmlichkeiten und Präsenten laut. Mit materiellen Zuwendungen würde man sich die Teilnahme erkaufen, war das Gegenargument. Offenbar wurde hier von Einzelnen eine Diskussion gewünscht, auf die jedoch nicht weiter eingegangen wurde. Der Standpunkt, daß direkte (auch materielle) Anerkennung zur weiteren Motivation und damit letztlich zur Verselbständigung der Person und des Anliegens beiträgt, wurde vertreten, zumal wenn der reale finanzielle Aufwand im Verhältnis zum Gesamtaufwand gering ist. Ohnehin

kann hier jeder selbst entscheiden, welche Anreize er oder sie in eine Veranstaltung einbringen will.

Im weiteren wurde der „Werkzeugkoffer“ (wie vorgesehen) gefüllt und die verschiedenen Methoden zur Gesprächseinleitung und -strukturierung vorgestellt. Diese Methoden wurden bereits vorstehend ausgeführt. Die Teilnehmer nahmen die Angebote interessiert auf. Allerdings wurde die Zeit knapp. Verspätungen und die zuvor erfolgten Diskussionen zum eigenen sexuellen Verständnis und geschlechtsspezifischen Arbeitsansatz sowie der Wunsch nach einem pünktlichen Ende machten teilweise einen Schnelldurchlauf erforderlich.

In der Abschlußrunde erhielten alle Teilnehmer noch einmal Gelegenheit sich zum Vorgetragenen zu äußern. Auch hier war das Spektrum der Rückmeldungen eher breit. Das Ergebnis der zuvor beschriebenen Diskussionen hatte einen Teil der Meinungen offenbar geprägt.

Bemerkenswert scheint mir der abschließende Kommentar eines Teilnehmers, der hier, da in der Grundhaltung exemplarisch, wiedergegeben werden soll. Auf der falschen Veranstaltung wähnte sich dieser in der Abschlußrunde. Zuvor hatte er über den Tag verstreut berichtet, daß er alkoholkrank und haftentlassene, auch drogenkonsumierende Männer in einer Wohngruppe betreut. Unter safer sex habe er bisher die Vergabe von Kondomen verstanden. Das Gespräch mit den Bewohnern suche er in diesem Zusammenhang nicht. Das sei auch nicht seine Sache. Wenn sie Fragen hätten, können sie ja zu ihm kommen.

Diese Haltung scheint zunächst auf mangelnde Motivation und fehlende Bereitschaft, sich mit seinem Klientel auseinanderzusetzen, hinzuweisen. Bei näherer Betrachtung (und den Betreffenden vor Augen) wird ein anderer Aspekt deutlich. Sich mit den sexuellen Belangen seines Klientels zu beschäftigen heißt auch, die eigenen sexuellen Bedürfnisse und Realitäten gespiegelt zu bekommen. Die scheinbare Sicherheit der eigenen Position zur Sexualität kann dabei aufbrechen. Verunsicherung könnte sich ausbreiten. Die Einsicht zur notwendigen Veränderung könnte sich fixieren. Veränderungen sind jedoch meist angstbesetzt. Niemand begibt sich gern in diesen Prozeß. An Bekanntem und Bewährtem wird festgehalten, suggeriert es doch Stabilität und Solidität. Neues hingegen wird als unruhe- und unsicherheitsbringend empfunden und folglich zunächst blockiert. Die Chance zur persönlichen Weiterentwicklung, die in einer solchen Auseinandersetzung steckt, wird zunächst nicht gesehen. Es bedarf eben vieler solcher Anregungen (‘Bausteine’), um eine Bewegung auszulösen. Aus dieser kann dann der erste Schritt zur (persönlichen) Veränderung entstehen.

Hier ist m.E. auch eine Ursache für das betretene Schweigen und zum Teil ablehnende Verhalten einzelner TeilnehmerInnen zu suchen. Die intuitive Scheu vor nachhaltiger Veränderung und persönlichem outing beschränkt (noch) die persönlichen Möglichkeiten, u.a. sich im Bereich safer sex angemessen einzubringen.

Ein weiterer Grund waren die - im nachhinein betrachtet - unklaren Ausgangsvoraussetzungen. Äußerungen einzelner TeilnehmerInnen ließen darauf schließen,

daß sie thematisch nicht vorbereitet waren, andernfalls wohl auch fern geblieben wären. Zudem sind nicht alle TeilnehmerInnen mit der Beratung oder Betreuung drogenkonsumierender Männer (in JVA) betraut. Es fehlte hier an Vorerfahrungen und Einsatzmöglichkeiten. Eine deutliche Seminaurausschreibung und Teilnehmerauswahl hätte einige Mißverständnisse im Vorfeld beseitigen können. Die TeilnehmerInnen hätten dann ihre Erwartungen an der Aufgabenstellung (siehe vorstehend 1. Aufgabenstellung) ausrichten können.

Dieses Versäumnis ist auf die Delegation von Verantwortung zurückzuführen. Es erfolgten diverse Absprachen zwischen den verschiedenen beteiligten Personen

und Ebenen. Alles schien damit geklärt und führte dennoch zu Mißverständnissen und Meinungsverschiedenheiten. Leidtragende sind die Teilnehmer und auch der Seminaurdurchführende. Dieser trägt jedoch letztlich die Verantwortung (vergleiche Abschnitt I, 'Verantwortung tragen') für das Gelingen seines Vorhabens. Er muß im Vorfeld für Klarheit sorgen, muß die potentiellen Teilnehmer informieren und ihnen sein Angebot - möglichst schriftlich - vorstellen, so daß sie sich für oder gegen das Angebot bzw. ihre Teilnahme entscheiden können. Der hier beschriebene Konflikt ist daher auch ein 'gutes' Beispiel dafür, wie man es nicht machen sollte.

V. Schlußbemerkungen

Ausgangspunkt des hier beschriebenen Modellversuchs war die Feststellung, daß Konsumenten von illegalen Drogen ihr diesbezügliches Verhalten von anderen Drogenkonsumenten erlernt haben. Folglich sollte versucht werden, drogenkonsumierende inhaftierte Männern in der safer-sex-Anwendung zu unterweisen und sie darüber hinaus zur Weitergabe dieser Kenntnisse zu befähigen.

Betrachtet man das Ergebnis der beiden ersten Seminare, so ist zunächst festzustellen, daß es weder im ersten Seminar gelang, die Zielgruppe zur safer-sex-Praxis hinreichend zu befähigen, noch im zweiten, sie zur Weitergabe entsprechender Kenntnisse zu unterweisen. Dieses Ergebnis konnte auch nicht wirklich erwartet

werden. Etwa 4½ Stunden reine Seminarzeit reichen keinesfalls aus, die erwarteten und wiederum festgestellten Defizite der Zielgruppe aufzuarbeiten und ihre mehrjährigen Erfahrungen durch neue zu ersetzen.

Dennoch war eine Tendenz erkennbar, die für die Fort- bzw. Umsetzung des Modells spricht. Bereits beim zweiten Seminar, beim safer-sex-Quiz, war ein weitergehender Abbau der zuvor registrierten Unsicherheiten und Defizite deutlich feststellbar. Die Teilnehmer waren nun alle in der Lage, ein Kondom sachgerecht anzuwenden und konnten einen Großteil der Fragen richtig und vollständig beantworten. Dieses Ergebnis läßt den Schluß zu, daß das angestrebte Ziel zwar nicht in einem Seminar erreichbar ist, eine Serie

von entsprechenden und aufeinander abgestimmten Veranstaltungen hier jedoch einiges bewirken kann.

Ob sich eine safer-sex-Praxis bei drogenkonsumierenden Männern längerfristig und kontinuierlich durchsetzen läßt, scheint mir fraglich. Der Konsum illegaler Drogen unter den herrschenden Haftbedingungen begünstigt nicht gerade ein eigenverantwortliches und gesundheitsbewußtes Verhalten. Dennoch, selbst wenn nur einzelne Drogenkonsumenten die angebotenen safer-sex-Praktiken für sich zumindest zeit-

weise umsetzen und damit folgenschwere Infektionen verhindert werden, scheint dieser Aufwand, auch im Hinblick auf mögliche krankheitsbedingte Folgekosten, gerechtfertigt.

Entsprechendes läßt sich auch für die Multiplikatorenveranstaltung zusammenfassen. Auch hier ist mit einer Veranstaltung sicher nur **ein** 'Baustein' zu legen. Weitere, aufeinander abgestimmte 'Bausteine' müssen folgen, um auch diese Gruppe für das Thema zu öffnen und sie in ihrer sinnvollen Arbeit zu unterstützen.

VI. Danksagung

Abschließend möchte ich mich bei meiner Kontaktperson in der JVA Lingen I, Abt. Groß Hesepe, Herrn Sawallisch, für seine hilfreiche Unterstützung, sowie den Seminarteilnehmern in der JVA für ihre aktive Mitarbeit sehr herzlich bedanken. Ebenso möchte ich mich bei Frau Monika Janning und Herrn Klaus-Dieter Walther für die freundliche Aufnahme und Verpflegung

sowie den teilnehmenden Mitarbeitern der AIDS-Hilfe Emsland und des katholischen Sozialdienstes in Lingen herzlich bedanken.

Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Julia Obleser für die grafische Gestaltung und meinen Kolleginnen in der Beratungsstelle bei sexuell übertragbaren Erkrankungen für ihren fachlichen Rat.

VII. Literaturhinweise

Sexualpädagogische Materialien - für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule, Uwe Sielert, Frank Herrath, Heidrun Wendel, Reinert Hanswille u.a., Beltz Verlag Weinheim und Basel, 1993

Abenteuer Partnerschaft, Inga Roth, Peter Brokemper, Verlag an der Ruhr, Mühlheim an der Ruhr, 1991

Kondome quer durchs Curriculum, Ian Harvey, Verlag an der Ruhr, Mühlheim an der Ruhr, 1995

Männliche Sexualität - Was (nicht) alle schon immer über Männer wußten ..., Bernie Zilbergeld (1978), Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 5, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 1983, Gesamtherstellung: Steinbauer & Rau, München, 22. Auflage 1992

Kleine Helden in Not - Jungen auf der Suche nach Männlichkeit, Dieter Schnack, Rainer Neutzling, Rowohlt Taschenbuch-

verlag GmbH, Reinbeck bei Hamburg, 1990

Die Prinzenrolle - Über die männliche Sexualität, Dieter Schnack, Rainer Neutzling, Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH, Reinbeck bei Hamburg, 1995

Die sichere Lust - Verhütung für den Mann, Heiko Pust, Waldthausenverlag, Ritterhude 1996

Das Verschwinden der Sexualmoral - Über sexuelle Verhältnisse, Gunter Schmidt, Ingrid Klein Verlag GmbH, Hamburg 1996

Let's talk about sex

Was wir schon immer über
sicheren Sex wissen wollten

Einladung

zu einer Tagesveranstaltung
mit Kathrin Essmann

vom Café Sperrgebiet,
Treffpunkt und Beratungsstelle
für drogenabhängige, sich prostituierende
Mädchen und junge Frauen, Hamburg

am Donnerstag, den 28.8.1997

Bei Interesse: Anmeldung Suchtberatungsdienst Gangolf Schaper

Kathrin Eßmann

Safer sex - Training für Drogenkonsumentinnen im Frauenjustizvollzug - Ein Modell zur Thematisierung von Sexualität

1 Arbeitseinheit:

Safer sex Training für inhaftierte Drogenkonsumentinnen im Jugend- und Frauenjustizvollzug

Thema

Safer-sex-training unter Beachtung der besonderen vollzuglichen sexuellen Gewohnheiten und Ausnahmesituationen. Als Anregung und Thematisierung bislang tabuisierter institutionalisierter Lebensäußerungsformen und -praktiken: wie Homosexualität (auch unfreiwillige), Sexualität als Machtmedium, Prostitution, Gewalterfahrungen in der Sexualität mit Männern unter aufmerksamer Beachtung möglicher traumatischer Erfahrungen.

Zeit

2 Durchgänge, zeitlich abgestimmt auf den Alltag im Strafvollzug, z. B.:

9.00 Uhr bis 11.30 Uhr

13.00 Uhr bis 16.00 Uhr

Inhalt

1. Vorüberlegungen zu der Veranstaltung
2. Einleitung
3. Sexualität - Begriffsklärungen
4. Vorstellungsrunde
5. Mittagspause

6. HIV & Aids - Schuld und Verantwortung
7. HIV - Hepatitiden
8. Safer Sex und Sexualpraktiken
9. „Falle-Schieben“
10. Abschlußrunde
11. Schlußbemerkungen

1. Vorüberlegungen zu der Veranstaltung

Die Intention dieser Veranstaltung bezieht sich auf zwei Ebenen:

- a) „Lebenspraktische“ Ebene: Den Teilnehmerinnen soll praktisches, im Alltag anwendbares Wissen über Safer sex, sexuell übertragbare Krankheiten und sicherere Arbeitspraktiken für eventuell stattfindende Prostitution vermittelt werden in einer Form, in der Informationen klar und verständlich weitergegeben werden und auch untereinander transportiert werden können. Es geht vor allem darum, vorhandenes Wissen zu sammeln und zu ergänzen
- b) „Pädagogische“ Ebene: Sexualität soll thematisiert werden. Die Teilnehmerinnen sollen erleben, daß Erfahrungen (Mißbrauch, Gewalt, Prostitution) und aktuelle Bedürfnisse (bzgl. Arbeitsalltag/Beschaffungsprostitution) sowie

Gefühle, die mit Erfahrungen und alltäglichen Problemen zusammenhängen, besprechbar sind. Peer education und „Aufklärung“ bzgl. Safer sex etc. werden sinnvoll und umfassend möglich und umsetzbar, wenn der gesamte Themenkomplex Sexualität für die betroffenen Frauen verbalisierbar wird.

Annahmen über die Zielgruppe

- ⇒ Die drogenkonsumierenden Inhaftierten verfügen über (langjährige) Bewältigungserfahrungen des Lebens unter den Bedingungen eines illegalen Drogenkonsums, wie Beschaffungsprostitution, Abhängigkeitsstrukturen auf der Szene im Alltag
- ⇒ Um auf der Straße zu überleben, hat jede einzelne Frau ihre Strategien entwickelt, was sich auch auf die Prostitution bezieht
- ⇒ Die Einzelne muß vorgeben, sich genau im Milieu auszukennen, um ernst genommen zu werden.
- ⇒ Große Wissenslücken sind vorhanden, die selten gefüllt werden können, weil in der Szene nur partiell informelle Strukturen funktionieren.
- ⇒ Konkurrenz steht vor Wohlwollen.
- ⇒ Die Frauen wollen sich schützen. Die Frauen wollen überleben und müssen sich schützen.
- ⇒ Sexualität wird selten oder nie thematisiert. Probleme, Ängste, Bedürfnisse und ein eventueller Bedarf an „Fachwissen“ sind in den meisten Drogenhilfe-, Therapieeinrichtungen oder im Justizvollzug kein Thema. Möglicherweise sprechen die einzelnen Teilnehmerinnen zum ersten Mal in dieser Form über Sexualität. D.h., daß der Bedarf, sich mit diesem Thema ausein-

anderzusetzen, sehr groß ist, ebenso wie möglicherweise die Erwartungen der Teilnehmerinnen an die Veranstaltung.

2. Einleitung

Die Seminarleiterin stellt sich vor:

- ⇒ Wer bin ich? Was mache ich?
- ⇒ Erklärung darüber, was peer education ist
- ⇒ Ziel, Ablauf und Inhalte der Veranstaltung vorstellen

Was erwarte ich von den Teilnehmerinnen?

- ⇒ Mitarbeit
- ⇒ den Versuch, offen zu sein
- ⇒ respektvollen Umgang während der Veranstaltung

Es waren zu Beginn der ersten Einheit elf Teilnehmerinnen anwesend:

Sechs Frauen kamen aus dem Erwachsenen-Strafvollzug, fünf der Frauen bzw. Mädchen aus dem Jugendstrafvollzug. Der Einfachheit halber verwende ich im folgenden die Begriffe „Erwachsene“ (Alter etwa zwischen 28 und 38 Jahren) und „Jugendliche“ (etwa zwischen 15 und 21 Jahren), oder aber „Frauen“ (wenn alle gemeint sind).

Zu Beginn der zweiten Einheit nach der Mittagspause nahmen eine Erwachsene und eine Jugendliche nicht mehr an der Veranstaltung teil.

3. SEX-Begriffsklärungen

Frage: Welche Begriffe kennt ihr für Sexualität?

Arbeitsblätter mit Zeichnungen von Körperteilen (**siehe Anhang 1**) werden an die Teilnehmerinnen verteilt, alle schreiben ca. 10 Minuten lang Begriffe auf, und zwar in Kleingruppen zu zweit oder zu dritt. Die Zusammenstellung der Gruppen erfolgt nach Sitzreihenfolge.

Die Zettel werden eingesammelt, gemischt, neu verteilt und die Begriffe vorgelesen und auf dem Flipchart in zwei Spalten mitgeschrieben (Begriffe, die ich mag / benutze. Begriffe, die ich nicht mag / nicht benutze).

Es soll sich darauf geeinigt werden, welche Sprache während der Schulung benutzt wird. Auch das Wertende und Demütigende an Sprache soll den Teilnehmerinnen bewußt gemacht werden, so daß sie reflektieren, was sie kränkt und womit sie andere kränken können.

Ergänzende Fragen, die diskutiert werden können:

⇒ Seit wann haben die Frauen Sex, mit wem, wie haben sie Sex bisher erlebt?

Bei diesem Thema ist es wichtig, vorher deutlich auszusprechen und damit anzuerkennen, daß es im Leben der Frauen viele Gewalterfahrungen gegeben haben kann und daher keine in die Erinnerung bzw. Diskussion einer schmerzhaften Erfahrungen einsteigen muß.

⇒ Was ist der Unterschied zwischen privatem Sex und Anschaffen?

Gruppendynamik¹

Die Auflistung wurde nach wiederholtem Nachfragen ergänzt, es wurde bei dieser Übung viel gelacht, unbekannte Begriffe wurden erklärt (meist Fremdworte lateinischen Ursprungs von meiner Seite, Umgangssprache von Seiten der Teilnehmerinnen). Die Zuordnungen von Begriffen zu positiv bzw. negativ aus der Gruppe waren sehr klar und deutlich und relativ homogen.

Während dieser Übung wurden bereits Unsicherheiten der unterschiedlichen Teilnehmerinnen deutlich sowie teilweise die Haltung der Teilnehmerinnen zu Sexualität. Die Jugendlichen beteiligten sich weniger, schienen aber mit Interesse das Gesagte aufzunehmen. Die Erwachsenen zeigten sich selbstsicherer und abgeklärter, insgesamt aber auch wesentlich frustrierter von den Erfahrungen, die sie auf „privater“ Ebene mit Sexualität gemacht hatten. Zum größten Teil dominierten die Erwachsenen die Übung.

Inhalt²

Es fielen an dieser Stelle auch bereits die Begriffe „Inzest“ „Vergewaltigung“ „Trieftäter“ „Mißbrauch“ „Kindesmißbrauch“. Es wurde von den Frauen deutlich betont, daß die Begriffe OK sind, der Inhalt aber furchtbar und schrecklich.

-
- 1 Unter „Gruppendynamik“ wird hier auch verstanden bzw. zusammengefaßt: Motivation der Teilnehmerinnen, Umgang der Teilnehmerinnen mit relevanten Themen, Verhalten der Teilnehmerinnen
 - 2 Unter „Inhalt“ wird hier auch verstanden bzw. zusammengefaßt: Einschätzung der Seminarleitung, ob die Inhalte vermittelt werden konnten und wie die Inhalte aufgenommen wurden.

Alle Begriffe wurden schließlich noch in [„männlich“ = „benutzend“] und [„weiblich“ = „beschreibend, nett“] eingeteilt. Diese Einteilung verlief spontan und machte deutlich, wie die Frauen die Freier³ und oft den Sex / die Sexualität und die Sprache von Männern empfinden. Deutlich wurde damit auch, wie sehr sie sich von diesem Verhalten befremdet und abgestoßen fühlen.

Es wurden durch Begriffsklärungen und Zuordnungen schon zu Beginn der Veranstaltung von allen eine Distanzierung gegenüber demütigendem Verhalten und demütigender Sprache vorgenommen. Damit standen Begriffe (und damit verbundene Assoziationen) zur Verfügung, die ggf. während der Veranstaltung genutzt werden konnten. Dementsprechend gingen alle Teilnehmerinnen insgesamt vorsichtig und bewußt miteinander um.

Methodik/Didaktik

Es ist wichtig, die Begriffe visuell am Flipchart darzustellen. Da ein Blatt Papier zu wenig Raum bot, mußte um- und wieder zurückgeblättert werden, was umständlich war und Unruhe erzeugte. Es wäre sinn-

voll, den Flipchart gleich an eine Wand zu stellen, an der dann auch ggf. volle Blätter befestigt werden können.

Nachfragen und Nachhaken bei den Bewertungen und klare Bewertungskriterien sind bei dieser Übung wichtig und wurden auch gegeben. Die Kriterien („männlich“ und „weiblich“) sind zwar sehr plakativ, wurden aber von den Teilnehmerinnen aufgenommen und erfüllten ihren Zweck, nämlich die in der Sprache inhärenten oder transportierten Werte transparent zu machen.

4. Vorstellungsrunde

Jede Teilnehmerin bekommt auf den Rücken einen Zettel geklebt, auf den eine andere (möglichst eine, die sie nicht kennt) kurze Antworten zu den folgenden vier Fragen aufschreiben soll. Hinterher Selbstvorstellung in der Runde anhand dieser Zettel.

1. Woher komme ich?
2. Was mag ich?
3. Was kann ich besonders gut?
4. Was will ich hier bei dieser Veranstaltung?

Gruppendynamik

Eines der Mädchen aus dem Jugendvollzug boykottierte diese Übung. Sie wurde von den anderen gelassen, die meisten schienen es jedoch sowieso schwierig zu finden, sich miteinander in diesem Raum zu bewegen. Die Frauen wirkten sehr „cool“ und selbstbeherrscht, Verhaltensstrategien im Gefängnisalltag wurden deutlich. Die Übung stieß jedoch nicht auf Begeisterung.

Die Frauen mußten von den Tischen, die in U-Form angeordnet waren, aufstehen

3 Mit „Freier“ sind männliche Kunden bzw. Klienten der Prostituierten gemeint. Auf dem Drogenstrich handelt es sich dabei meist um Männer, die dadurch ‘aufgegeilt’ werden, daß sie die Macht über die Mädchen und Frauen haben, weil diese durch die Drogenabhängigkeit, den hohen Geldbedarf und die oft aktuellen Entzugserscheinungen erpreßbar sind. Für die Freier sind diese Mädchen und Frauen „billig“ und machen „ohne Gummi“, um sich den nächsten Druck zu finanzieren, außerdem sind sie oft körperlich nicht in der Verfassung, sich bei Gewaltanwendung, z.B. Vergewaltigung, zur Wehr setzen zu können.

und sich in die Mitte zwischen den Tischen bewegen, was für die meisten irritierend war. Trotzdem beteiligten sich fast alle und stellten sich schließlich - wieder sitzend - anhand der vier Fragen vor. Die Jugendlichen waren auch dabei schwer zum Sprechen und zu einer zusammenhängenden Eigenvorstellung zu motivieren.

Auch in dieser Übung wurden altersspezifische Haltungen und Erfahrungen mit der Drogenszene deutlich - die Jugendlichen identifizierten sich (noch) nicht oder nicht so stark über den Drogenkonsum bzw. die Zugehörigkeit zu einer Drogenszene.

Eine der Frauen gab zu, daß sie keine Lust auf einen Arbeitstag im Vollzug gehabt hätte und daß sie deshalb in der Veranstaltung absitzen wollen würde. Diese Frau nahm dann jedoch rege an der Veranstaltung teil und bestätigte hinterher, daß sie eine Menge gelernt hätte und die Veranstaltung für sich förderlich fand.

Inhalte

Auffällig war, daß die Jugendlichen auf die Frage, was sie besonders gut könnten, fast alle nichts zu sagen wußten und das Wort weitergaben. Auffällig war auch, daß bei dieser Frage die Erwachsenen alle bemerkten, daß sie gut reden, sich auseinandersetzen, zuhören und Ratschläge geben konnten, daß sie sich also selbst soziale und kommunikative Kompetenz zutrauten.

Antworten auf die Frage „Was mag ich“ waren unter anderem von den Erwachsenen „Drogen“, „breit sein“, „ballern“. Die Beantwortung wurde von mir als „Test“ empfunden - wie ich als Seminarleiterin auf die Antworten reagieren würde. Auch war diese Aussage eine selbstbewußte Identitätsbezeugung, fast trotzig, die deut-

lich machte, daß die Frauen mit der Tatsache, daß sie Drogen konsumieren WOLLEN, ernstgenommen und wahrgenommen werden wollen.

Alle bekundeten ihr Interesse an dem Thema Sexualität, daß sie etwas lernen wollten und Erfahrungen austauschen wollten.

Methodik/Didaktik

Die Seminarleiterin sollte deutlich signalisieren, daß sie auf wirklich ehrliche Antworten der Teilnehmerinnen wert legt, ohne daß diese Ehrlichkeit negative Konsequenzen für die Teilnehmerinnen hat. Diese Versicherung kann ein wichtiger Faktor sein, um zwischen Seminarleitung und Teilnehmerinnen das notwendige Vertrauensverhältnis zu schaffen. Eine Abgrenzung zu Strafvollzug und Kontrolle wird dadurch vorgenommen. Und schließlich bietet diese Runde eine Möglichkeit, die Motivation der Teilnehmerinnen und ihre Bereitschaft, in Kontakt zu gehen, einzuschätzen, deshalb sind alle ehrlichen Antworten hilfreich.

Ergänzende Fragen:

- Wann / wie war der Zugang zur (Drogen) Szene?
- Welche Arten von Prostitution gibt es? Wie sind sie in die Prostitutionszene gekommen? Hatten sie Zuhälter?
- Sind sie angelernt worden? (Haben sie *Falle-Schieben* gelernt? Von wem? Wie kann Frau auf der Szene das lernen?)
- Was ist Anschaffen / Prostitution? Was ist eine Prostituierte? Definieren sich die Frauen selbst als Prostituierte?

Diese Fragen sind wichtig, um herauszufinden, was die Frauen selbst schon wissen und können, und auch, ob sie bereits etwas davon an andere weitergegeben haben. Anschließend an die Antworten ist auch ein Gespräch darüber sinnvoll, was das Wissen ihnen in bestimmten Situationen genützt hat.

Gruppendynamik

Der Umgang untereinander in dieser Runde war sehr vorsichtig und respektvoll, es wurde intensiv zugehört und auf die Erzählenden eingegangen und ergänzt. Die Erwachsenen dominierten diesen Abschnitt aufgrund der gemachten Erfahrungen mit Prostitution. Auch wurden zu Ende dieser Einheit Altersunterschiede sehr deutlich und die Erwachsenen rieten den Jugendlichen einerseits von der Prostitution ab, gaben alle andererseits eine negative Einschätzung der Zukunftsperspektiven der Jugendlichen von sich. Die Jugendlichen fanden die Erwachsenen an diesem Punkt frustrierend und demotivierend und äußerten sich sehr ablehnend gegenüber Prostitution „Das würde ich nie machen“. Es schien eine Mutter-Kind-Dynamik zu entstehen (reglementierende Fürsorglichkeit der „Erfahrenen“, trotzige Ablehnung der bevormundeten „Unerfahrenen“).

In diesem Gespräch wurden jedoch keine Wertigkeiten zwischen Anschaffen und Nicht-Anschaffen aufgestellt, da auch deutlich wurde, daß es für die Frauen, die „ackern gingen“, eine starke Belastung war und sie durch ihre Mißbrauchserfahrungen sehr früh das „Aushalten“ gelernt hatten, lernen mußten. Diesen Erfahrungshintergrund achtend, gingen die Teil-

nehmerinnen untereinander verständnisvoll und respektvoll miteinander um. Die Reaktionen reichten von Erschütterung und Empörung bis Resignation bzgl. der Tatsache, daß sie alle in ihrer Kindheit sehr unterschiedliche, doch bezüglich der Gewalt, des Machtmißbrauchs, des sexuellen Mißbrauchs und der Gewalterfahrungen ähnliche traumatisierende Erfahrungen vorzuweisen hatten. Gemeinsamer Erfahrungshintergrund war ein soziales Ambiente, in dem die Frauen aufwuchsen, in dem das Erlernen von Selbstwertgefühl oder der Selbstverständlichkeit, sich gegen solche Übergriffe zur Wehr setzen zu können, Rechte über den eigenen Körper zu haben etc., den Mädchen und Frauen nicht vermittelt worden waren

Inhalt

ANSCHAFFEN ODER NICHT: Bei der an alle gerichteten Frage, ob die Mädchen / Frauen anschaffen gehen würden, stellte sich heraus, daß die Jugendlichen noch nicht anschaffen gegangen waren (also nur „privaten“ Sex) und somit dieser ganze Teil eher von den Erwachsenen mit Wissen bzw. Erfahrungen abgedeckt werden konnte. Zur Frage nach dem Einstieg in die Szene erzählten zwei der Frauen kurz ihre Biographien (Mißbrauch, zur Prostitution gezwungen, später Drogen; eine andere aus finanziellen Gründen anschaffen gegangen mit Anlernen durch andere Prostituierte, gleichzeitig Einstieg in Drogenkosum). Es wurde deutlich, daß fast alle Frauen eine Geschichte von sexuellem Mißbrauch zu erzählen hatten, daß die Prostitution niemals als ein akzeptabler oder angenehmer „Beruf“ von den Frauen betrachtet wurde, sondern als das Mittel, schnell an Geld zu kommen, um den

hohen finanziellen Bedarf für die Drogen abdecken zu können. Die Erwachsenen betonten den Jugendlichen gegenüber, daß sie auch mit sogenannter „Beschaffungskriminalität“ angefangen hätten, daß sie irgendwann alle in den Knast gewandert waren und in den Polizeiakten bekannt gewesen seien und daß Prostitution schließlich die einzige „legalere“ Möglichkeit gewesen sei, zu Geld zu kommen. Die Jugendlichen saßen vornehmlich wegen Diebstahl u.ä.

FRAGE, WIE DIE TEILNEHMERINNEN DIE EMOTIONALE TRENNUNG ZWISCHEN „ANSCHAFFEN“ UND „PRIVATEM SEX“ VORNEHMEN WÜRDEN UND OB DAS IMMER FUNKTIONIERE: Alle Erwachsenen gaben zu, daß sie es mit zunehmendem Alter und nach schon sehr langer Zeit des Anschaffens zunehmend schwieriger finden würden. Zwei der Frauen erzählten im Rahmen dieses Gespräches auch, daß sie in der Haftanstalt lesbische Beziehungen gelebt hätten; ihre Partnerinnen waren jedoch jeweils vor ihnen entlassen wurden, doch es bestünde noch Kontakt. Zwei der Frauen konnten sich überhaupt keinen privaten Sex mehr vorstellen und betonten, daß für sie Sex schon immer etwas mit Bezahlen zu tun gehabt hätte, daß Sex zu ihrem Leben gehöre, weil sie gelernt hatten, daß eine Frau sich zur Verfügung zu stellen hätte und daß sie aufgrund ihrer Erfahrungen momentan oder grundsätzlich Schwierigkeiten hätten, sich vorzustellen, sexuelle oder andere „normale“ Beziehungen aufzubauen.

In dieser Einheit wurde deutlich, daß die Beschaffungsprostitution für die Frauen eine starke emotionale Belastung war, daß sie jedoch diese Form der Geldbe-

schaffung der Beschaffungskriminalität vorzogen, da die Gefahr der Inhaftierung nicht so hoch sei. Die Prostitution stieß bei allen Frauen insofern auf bekannte Strukturen, als daß sie durch sexuelle Mißbrauchserfahrungen während ihrer Kindheit oder Jugend bereits lernen mußten, ihre Gefühle von ihrem Körper abzuspalten, da es nur so möglich war, die Mißbrauchserfahrung psychisch zu „überleben“. Lediglich eine der Erwachsenen erzählte, daß sie das Anschaffen mal „versucht“ hätte, daß sie das aber gar nicht aushalten konnte und wollte und sich mit Dealerei und Diebstählen bisher gut über Wasser halten konnte; sie lehnte das Anschaffen auch in Zukunft für sich ab.

Methodik/Didaktik

Die Rolle der Seminarleiterin war in dieser Einheit die der Moderatorin. Es soll darum gehen, die Erfahrungen und damit auch Ressourcen der Frauen abzufragen und zu moderieren und damit auch transparent und nutzbar zu machen. Wissen, Respekt voreinander und füreinander und ein Überblick über die eigenen Erfahrungen sind Grundlagen für peer-education bzw. peer-support.

Nachfragen, intensives aktives Zuhören und Gesprächsmoderation sind in dieser Einheit nötig. Das bevormundende Verhalten der Erwachsenen mußte etwas gebremst werden, da die Stimmung merklich schwankte, als die Jugendlichen sich so „überpower“ fühlten. Auch mußte aufmerksames Zuhören der ganzen Gruppe unterstützt werden, in dem z.B. zum Ausreden-lassen ausdrücklich aufgefordert wurde.

Die Moderation dieser Einheit ist einerseits gut gelungen, was den Austausch der Erfahrungen der Erwachsenen untereinander betrifft. Andererseits muß der Seminarleitung klar sein, daß es bei den Fragen nach den Erfahrungen immer ein Gefälle zwischen Jugendlichen und Erwachsenen gibt und daß die Erwachsenen in dieser Position die „Wissenden“ sind und zu „Bevormundenden und Besserwiserischen“ werden können. Es ist von der Gruppenkonstellation und der Motivation der Teilnehmerinnen abhängig, ob dieser Austausch funktioniert. Die Jugendlichen müssen interessiert sein an den Erfahrungen der Erwachsenen, die Erwachsenen müssen an einem Gespräch mit den Jugendlichen interessiert sein, beides mit Achtung füreinander.

Dynamik während der Veranstaltung am Vormittag

Während der ersten Einheit wurden zwei Zigarettenpausen gemacht, was sehr wichtig war, zum einen, damit alle sich ein bißchen bewegen konnten, zum anderen für den Austausch und die Diskussion der Inhalte der Teilnehmerinnen untereinander.

Wir verließen in den Pausen das „Schulzimmer“ und blieben auf dem Flur, in dem das Rauchen möglich und erlaubt war. Unangenehmerweise gab es zweimal am Vormittag „Hausalarm“. Eine Klingel ertönte und die Angestellten mußten alle anwesenden Personen ins nächste mögliche bzw. offenstehende Zimmer einschließen. Einer der Alarme war während einer Pause, so daß die Teilnehmerinnen nur zur Hälfte im Raum waren, als wir eingeschlossen wurden. In dieser Situation

wurde mir von den Frauen jedoch einiges über den Gefängnisalltag erzählt, was die informelle Atmosphäre innerhalb der Gruppe förderte.

5. Pause

6. Hiv / Aids / Schuld und Verantwortung bezüglich Infektion

Es wurde ein **Fragebogen (Anhang 2)** verteilt mit Fragen bezüglich der *Schuld und Verantwortung* und dem Umgang mit einer HIV-Infektion.

Die Fragebögen werden in Dreier-Gruppen (nach Sitzreihenfolge zusammengestellt) gemeinsam ausgefüllt (10-15 Minuten) und sollen *nicht* abgegeben werden.

Die Begriffe „Schuld“ und „Verantwortung“ werden auf das Papier / Flipchart geschrieben. Die Teilnehmerinnen werden gefragt, was der Unterschied zwischen Schuld und Verantwortung ist.

Vorüberlegungen

Schuld und Verantwortung sind Themen, die für die drogenabhängigen Mädchen und Frauen in der Szene eine große Rolle spielen. Erfahrungsgemäß haben die Frauen, die sich hier in der Szene bewegen, ein sehr intensives Verhältnis zu Schuld und benutzen Schuldzuweisungen als ein Macht- und Unterdrückungsmittel. Über Schuldzuweisungen werden Abwertungen und Aufwertungen der eigenen Person und anderer vorgenommen und es wird selten von Verantwortung gesprochen. Schuldzuweisungen ermöglichen eine Opfer/Täter-Politik, die einer Hilfe zur Selbsthilfe in der Regel im Wege steht.

Opfer zu sein heißt, keine wirkliche Verantwortung für das eigene Handeln übernehmen zu können und im Selbstmitleid zu stagnieren, während die TäterInnen-Rolle der jeweiligen die Verantwortung abnehmen kann, weil sie „ja sowieso das Schwein“ ist. Konflikten, die den Frauen Verständnis und Kritikfähigkeit und ein gewisses Maß an Selbst-Reflexion abverlangen, wird damit aus dem Wege gegangen. Selbstbewußtsein eigenen Entscheidungen gegenüber wird somit nicht entwickelt.

Gruppendynamik

Die Frauen arbeiteten in Dreier-Gruppen, dabei waren auch die Altersgruppen gemischt. Die Jugendlichen beteiligten sich in dieser Übung wesentlich häufiger an der Diskussion. Die Begriffe (s.u.) wurden rege diskutiert, wobei zuerst hauptsächlich Dialoge mit der Seminarleitung geführt wurden, was sich zu Gesprächen untereinander veränderte.

Inhalt

Die Stichworte, die auf dem Flipchart mitgeschrieben wurden, so wie sie aus dem Plenum der Teilnehmerinnen als Antwort auf die o.g. Frage kamen, waren:

SCHULD: Zwang - Vergewaltigung, Mißbrauch, Gewalt

VERANTWORTUNG:

Der / die Infizierte ist für das Wohlergehen der anderen verantwortlich

Der / die Infizierte ist nur für sich selbst verantwortlich.

Es ergab sich aus den Fragen eine Diskussion um diese gegensätzlichen Aussagen zur Verantwortung. Anfangs stand noch

„Schuld = Verantwortung“. Es wurde diskutiert, inwieweit eine Frau / Person, die weiß, daß sie HIV positiv ist, die Pflicht hat, allen anderen mitzuteilen, daß sie positiv ist, um alle anderen zu schützen.

Von mir wurde eine Situation vorgegeben als Grundlage für die Überlegungen:

„Was wäre, wenn Du einen Mann / eine Frau kennenlernen würdest und dächtest, daß ein ‘one-night-stand’ daraus werden könnte - würdest Du ihm wirklich sagen, daß Du positiv bist? Was würdest Du tun? Nicht nur theoretisch, sondern stell Dir genau die Situation vor und Dich darin.“ Es wurde von mir besonders diejenige direkt mit dieser Frage angesprochen, die sich am meisten aufregte über „unverantwortliches“ Verhalten von HIV-Positiven, jedoch auch die anderen waren in die Beantwortung dieser Frage einbezogen. „Stellt es Euch mal vor und seid ehrlich mit Euch selbst; würdet Ihr das wirklich allen weitererzählen wollen, obwohl Ihr wißt, wie hier in der Szene mit solchen Sachen umgegangen wird...?“

Es wurde deutlich, daß die Teilnehmerinnen tendenziell Personen ihres Vertrauens einweihen würden, um mit FreundInnen darüber sprechen zu können. Jedoch wurde von allen die Szene auch so eingeschätzt, daß die einzelne „fertig“ gemacht werden würde, wenn viele von ihrer Infektion wüßten. Schließlich wurde in der Runde festgestellt, daß eigentlich nur jede für sich selbst die Verantwortung übernehmen muß und kann und daß es kein HIV gäbe, wenn alle sich daran halten würden und von sich aus Safer sex praktizieren würden (natürlich in Verbindung mit Safer use).

Durch diese Einheit wurde für alle deutlich, daß sie mit Bewertungen des Verhaltens anderer etwas vorsichtiger sein sollten, und es für einzelne Frauen durchaus Gründe geben kann, so etwas wie eine HIV-Infektion zu verschweigen. Reflexion der Eigenverantwortlichkeit, „sich-an-die-eigene-Nase-fassen“, wurde angeregt, was wiederum auch Grundlage für einen wertfreieren Austausch untereinander (ohne Schuldzuweisungen) war.

Methodik/Didaktik

Es sollte darauf geachtet werden, daß in den Kleingruppen nicht Zweiergespräche über den Gefängnisalltag beginnen und sich verfestigen. Außerdem ist zu überlegen, wie die Kommunikation der Frauen untereinander gefördert werden kann (z.B. durch Sitzordnung). Die Sitzordnung in diesem Raum entsprach einem Klassenzimmer, so daß viel Aufmerksamkeit per se nach vorne auf die „Lehrerin“ gerichtet war. Diese Umstände hätten bei der Planung mehr berücksichtigt werden müssen.

7. HIV - Hepatitiden - safer sex

Informationen über: HIV / AIDS - Infektion / Übertragungswege und Krankheit

Die Begriffe werden an die Tafel geschrieben. Der Unterschied zwischen einer HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung wird erklärt.

Kurze Unterscheidung Viren / Bakterien. Man kann jahrelang mit HIV infiziert sein, ohne daß AIDS ausbrechen müßte. Man kann jedoch andere in dieser Zeit mit dem Virus infizieren.

Informationen über: Hepatitiden - Hepatitis A B C. An der Tafel in Stichworten Infektionswege und Krank-

heitsverlauf. Dabei wurde davon ausgegangen, was die Teilnehmerinnen über Hepatitiden wissen und die Fragen der Teilnehmerinnen wurden beantwortet - Wissenslücken gefüllt.

Weitere visuelle Materialien: Tageslichtprojektor mit **Folie (siehe Anhang 3)** Vergleich von an Hepatitis Erkrankten und HIV-Infizierten bis 1992.

Betonung, daß es viel schneller geht, sich mit Hepatitis zu infizieren auf dem gleichen Weg (Spritzentausch und Geschlechtsverkehr) wie HIV, und daß Hepatitis auch lebensgefährlich sein kann (**siehe Anhang 4.1**).

Inhalte

Bei HIV- Infektion gibt es die Möglichkeit einer Therapie (Kombinationstherapie), die die Virusmenge im Blut gering hält oder sogar unter die Nachweisgrenze bringen kann. Es ist wichtig, deutlich zu machen, daß diese Behandlungsmöglichkeit erfahrungsgemäß nur für cleane oder substituierte Frauen in Frage kommt, da die jeweiligen Medikamente sehr regelmäßig eingenommen werden müssen, außerdem regelmäßige Kontrollen / Untersuchungen nötig sind, daß es jedoch ein umfassendes HIV/Aids-Hilfsangebot und diese Therapiemöglichkeit gibt.

Im Rahmen des Vergleichs Hepatitiden / HIV wurde deutlich gemacht, daß eine Panik vor HIV nicht notwendig ist, jedoch Safer sex und Safer use immer noch angebracht und wichtig sind.

Gruppendynamik

Die Teilnehmerinnen stellten Fragen und schrieben teilweise mit, äußerten auch, wenn ihnen Sachen unbekannt waren.

Dadurch wurde der Vortrag dynamisch und zwischen Seminarleitung und „Zuhörenden“ fanden Gespräche statt.

Methodik/Didaktik

Bei dieser Einheit ist es wichtig, das Thema auf die für die Teilnehmerinnen faßbaren Informationen zu beschränken und sich deshalb an den Fragen der Teilnehmerinnen zu orientieren, um nicht auszuschweifen. Eine visuelle Darstellung ist bei einem derart wissenschaftlichen Thema sinnvoll und wichtig und es empfiehlt sich, dazu auch eine Wandzeitung oder dergleichen vorzubereiten. Auf Verständnisfragen sollte eingegangen werden und die Teilnehmerinnen sollten von der Seminarleitung immer wieder gefragt werden, ob alles verstanden worden sei.

Im Anschluß an diese Einheit habe ich ein zweiseitiges Informations-Blatt im Café Sperrgebiet erstellt, in dem ich in Zusammenarbeit mit der Medizinerin genau die Fragen der Teilnehmerinnen beantwortete (**vgl. Anhang 4.1 + 4.2**).

8. SAFER SEX & Sexualpraktiken

Was ist Safer sex? Brainstorming - Stichworte am Flipchart festhalten.

Vorführung / Vortrag: Erläuterung der Safer-sex-Praktiken mit Demonstrationmaterialien aus einem Safer-sex-Köfferchen (Inhalt siehe **Anhang 5**), mit Zeigen, Herumreichen und Anfassen aller Safer Sex Utensilien.

Overheadprojektor: Folien zur richtigen Benutzung von Kondomen (**Anhang 6**)

Anschließend eine Liste mit Sex- und Safer-sex-Praktiken an alle Teilnehmerinnen verteilen.

Inhalt

Zuerst wurde die Gruppe von mir gefragt, was sie unter Safer sex verstünden bzw. was sie darüber wüßten. Nach kurzem Schweigen fiel lediglich das Stichwort „Kondome“.

Die Teilnehmerinnen bekommen einen Überblick darüber, was außer penis-bezogenen Sexualpraktiken noch möglich ist und wie in diesen Fällen Safer sex praktiziert wird. Mit einer Foto-Overhead-Folie wurde visuell gezeigt, wie ein Kondom übergestreift wird, mit einem Dildo wurde das ganze praktisch demonstriert und die Teilnehmerinnen konnten es ausprobieren.

Zum Beispiel bezüglich Sexualität / Sexualpraktiken zwischen Frauen (auch beim Anschaffen, wenn die Freier zugucken wollen, wenn zwei Frauen Sex haben) wissen die meisten Teilnehmerinnen - obwohl zwei von ihnen bereits Frauenbeziehungen hatten - nichts von den Infektionsrisiken und den Möglichkeiten, sich vor einem Austausch von Körperflüssigkeiten beim Sex zu schützen.

In dieser Einheit geht es auch um sicheres und hygienischeres Arbeiten (safer work).

Gruppendynamik

Die Teilnehmerinnen waren sehr interessiert und beteiligten sich rege. Die herumgereichten Dental Dams wurden kommentiert, Gleitmittel auf Silikonbasis wurde befühlt und alle besprochenen Praktiken wurden kommentiert und diskutiert. Ablehnung und Neugier bzgl. der Benutzung von Latex bei allen Sexualpraktiken wurde geäußert.

Methodik/Didaktik

Es wäre sinnvoll, die Tafel oder andere visuelle Medien zu nutzen, um alle möglichen Sexpraktiken stichwortartig aufzuschreiben oder die möglichen Sexualpraktiken auf einem Blatt groß zu kopieren und diese Vorlage bereits mitzubringen (**vgl. Anhang 5**). Daraufhin folgte die Erläuterung der jeweils zugehörigen Safersex-Praktiken und in der Runde der Versuch, ein Gespräch zu motivieren, wie die einzelnen Praktiken auch praktisch umgesetzt werden können. Bei Safer Sex auch immer wieder darauf hinweisen, daß Hepatitis B und C ebenso lebensbedrohlich sein können bzw. eine größere Bedrohung für die Frauen darstellt als HIV, und daß die Übertragung besonders bei Hepatitis B viel einfacher ist als bei HIV.

Die Seminarleitung sollte selbst keine Scheu haben, die vorgezeigten Gegenstände zu benennen und alle damit möglichen Sexualpraktiken auch beschreiben und verbalisieren zu können, ohne dabei zu sexualisieren oder Unsicherheiten zu vertuschen. Für einen respektvollen und vorsichtigen Umgang mit dem Thema ist es wichtig, Unsicherheiten zu benennen und transparent zu machen, um keine Störungen auftauchen zu lassen.

Wichtig: Die Mädchen und Frauen bekommen die Demonstrationsmaterialien wie z.B. Fingerlinge und Kondome, die sie dann auch behalten wollen. Kondome und Fingerlinge werden möglicherweise zum Schmuggeln von Heroin oder anderen Drogen in die Haftanstalt benutzt. Bedauerlicherweise werden i.d.R. in der Haftanstalt nicht alle Frauen auf Wunsch substituiert, sondern viele sind „drauf“ und bringen sich von draußen Drogen

mit. Es wäre zu überprüfen, inwiefern die Frauen sich direkt durch die Drogen mit Hepatitis infizieren können, wenn diese sich lange genug bzw. zu lange im Körper im Verdauungstrakt befinden und durch Erbrechen oder Ausscheiden im Kot erst wieder „ins Freie“ geholt werden.

Informationsmaterial zum Thema

„Wer lutscht schon gern ein Dantal Dam“ von der Deutschen Aids Hilfe zu Lesben und Aids. Die Broschüre ist optisch ansprechend aufgemacht, enthält eine kurze Auflistung sexuell übertragbarer Krankheiten und beinhaltet auch Sexualpraktiken, die nicht penisbezogen sind.

Broschüren über sexuell übertragbare Krankheiten.

Abschließend

Die Einheit zu HIV und Hepatitiden reicht zeitlich nicht aus, um ausführlich alle sexuell übertragbaren Krankheiten zu besprechen. Es ist zu hoffen, daß die Frauen im Strafvollzug genug Möglichkeiten und Zeit haben, sich darüber zu informieren bzw. darüber nachzulesen. Auch wäre es wichtig, diese Inhalte ggf. in Freizeit- oder Arbeitsangeboten der Haftanstalten in Form von Filmen o.ä. unterzubringen, oder im Schulunterricht in Biologie.

9. Falle-Schieben

Vorführung: Vortäuschen von Sexualpraktiken beim „Anschaffen“. Währenddessen und anschließend Diskussion der Praktiken und Erfahrungen der Teilnehmerinnen im Plenum.

Gruppendynamik

Die Gummipuppe „Manni“ wurde bereits zu Beginn der zweiten Einheit nach der Mittagspause aufgeblasen, lag zeitweise mitten im Raum auf einem Stuhl und später hinter der Tafel. Die Teilnehmerinnen waren also bereits mit der Anwesenheit von „Manni“ vertraut und hatten zwischendurch auch bereits Gelegenheit, Witze zu machen über Gummipuppen im Allgemeinen und auch „Dampf abzulassen“ über Freier und das Anschaffen. Der Fluß der Gedanken und Bemerkungen - auch der Kurzgespräche - zu dem gesamten Themenkomplex kann also auch durch die bloße Anwesenheit dieser Gummipuppe in Gang gehalten und aufgelockert werden.

Die Art der Darstellung des Falle-Schiebens meinerseits löste Belustigung, jedoch auch rege Teilnahme an der Diskussion in der Gruppe aus, da die Frauen durchaus respektierten, daß ich den Mut aufbrachte, so etwas vor einer Gruppe mit dieser „albernen“ Gummipuppe vorzuführen.

Inhalt

Die Teilnehmerinnen wurden gefragt, ob sie wüßten, was „Falleschieben“ sei und ob die eine oder andere etwas davon erklären könne. Zwei oder drei der Erwachsenen erwähnten auf direkte Ansprache hin, daß sie einige Praktiken des Falle-Schiebens beherrschten, wollten aber offensichtlich mit diesem Wissen sich nicht vor der Gruppe exponieren.

Von mir wurde daraufhin grundsätzlich (v.a. für die Jugendlichen) erläutert, daß es sich um das *Vortäuschen sexueller Praktiken* handelte, das die Freier in dem Glauben läßt und mit dem Gefühl gehen

läßt, das bekommen zu haben, was sie erwartet und bezahlt hatten.

In einer kurzen Diskussion kam in der Gruppe zur Sprache, was „Sex“ im Rahmen der Prostitution überhaupt sei: Die Freier kommen und zahlen für etwas, was sich an Phantasien hauptsächlich in ihrem Kopf abspielte, und es geht nicht um „echten“ Sex. Also müsse die Phantasie der Freier angeregt werden (durch reden / Geräusche) und der Freier müsse hinterher das Gefühl haben, er habe genau das (oder mehr) bekommen, wofür er bezahlt hatte. Die Dienstleistung / Leistung der Frau / Prostituierten besteht dementsprechend darin, daß sie ihn in diesem Glauben läßt / diese Phantasien befriedigt und so wenig wie möglich „tatsächlichen“ Sex für so viel wie möglich Geld leistet. Die Kompetenz der Frau ist es zu wissen, wie diese vermeintliche Bedürfnisbefriedigung funktioniert, ohne mit jedem Freier tatsächlich oralen oder vaginalen Verkehr durchführen zu müssen. Hierbei ist zu hinterfragen, ob bei der Beschaffungsprostitution noch andere Faktoren hinzukommen: zum Beispiel, daß die Drogenabhängige dem Freier das Gefühl gibt, er sei eine Art Sozialarbeiter.

Anschließend zu der Vorführung und Erklärung wurden die Techniken besprochen, die Frauen tauschten untereinander aus, welche Erfahrungen sie mit den Techniken gemacht hatten und auch, wie wahrscheinlich es ist, daß die Freier die „Falle“ bemerken. Es war wichtig, festzustellen, daß die Wahrnehmung der Situation in dem Moment der „Falle“ wichtig für ihr Gelingen ist: Z.B. ob ein Freier mißtrauisch oder gewaltbereit ist, ob die Frau das Gefühl hat, sicher und kompe-

tent zu sein, und es auch hinzukriegen, oder ob sie von sich sowieso denkt, daß es nicht klappt. Die Frauen bestätigten sich untereinander, daß es wichtig sei, diesen Wahrnehmungen nachzugeben und kein unnötiges Risiko einzugehen.

Methodik/Didaktik

Ich machte der Gruppe gegenüber deutlich, daß ich persönlich keine Erfahrungen mit dem Anschaffen habe und dementsprechend die Praktiken erklären und auch andeuten / zeigen könne, jedoch auf die Unterstützung der Frauen angewiesen sei. Die beiden Frauen in der Gruppe, die Falle-Schieben konnten, wollten auf keinen Fall in die Position gebracht werden, den anderen ihre Erfahrungen zu demonstrieren.

Es ist ratsam, die Frauen nicht darum zu bitten, sich zu exponieren, da das als Überschreiten von Grenzen und als bedrohlich empfunden werden kann. Die Gruppenleiterin sollte jedoch die betreffenden Frauen immer wieder persönlich ansprechen und sich rückversichern, daß ihre Demonstration der Techniken richtig sei, außerdem nach Ergänzungen fragen. Es geht darum, den Teilnehmerinnen auch immer wieder ihre eigenen Erfahrungen und Kompetenzen bewußtzumachen und deshalb die eigene Nicht-Kompetenz auf bestimmten Gebieten bewußt einzusetzen oder zu betonen.

Ich leitete die Demonstration ein mit der Erklärung, daß ich einmal eine professionelle Prostituierte eine Demonstration zum Falle-Schieben habe machen sehen, in der ich mir die Techniken angesehen und mitgeschrieben hatte und aus dieser Veranstaltung heraus meine Kenntnisse hatte,

was ggf. von den anwesenden Frauen ergänzt werden müßte.

Diese Übung bzw. Vorführung ist nur dann möglich, wenn die Seminarleiterin die Techniken kennt, d.h., sie sich von einer professionellen Prostituierten hat zeigen lassen oder sie anders gelernt hat. Es ist hierzu ratsam, sich an eine Einrichtung zu wenden, die z.B. Sozialarbeit mit Professionellen (oder Ehemaligen) macht und sich dort diese Techniken von einer fachkundigen Frau demonstrieren zu lassen. Auch die strafgefangenen drogenkonsumierenden Frauen beherrschen oft einige oder auch alle dieser Techniken, abhängig davon, wie lange und wo sie unter welchen Bedingungen anschaffen gegangen sind. Es wäre wichtig, sich als Seminarleitung zu überlegen, wie diese Techniken erlernt werden können bzw. wie vielleicht die strafgefangenen Frauen ihr Wissen an die Sozialarbeiterinnen bzw. Drogenberaterinnen weitergeben können.

Es gibt u.a. Techniken zu:

- ⇒ Geschlechtsverkehr (Auto oder Zimmer)
- ⇒ Französisch (Oralverkehr beim Mann)
- ⇒ Oralverkehr bei einer Frau (wenn Freier zugucken will)

10. Abschlußrunde

Fragen an die Teilnehmerinnen:

- a) Was hat Dir gefallen?
- b) Was hat Dir Mühe gemacht / hat Dir nicht gefallen?
- c) Was hat Dir gefehlt?

Inhalt

In der Abschlußrunde sollte von den Teilnehmerinnen eine Einschätzung der Veranstaltung und ihrer Teilnahme vorgenommen werden.

Es wurde als positiv beurteilt:

- ⇒ Wissen über Hepatitiden und STD's aus der Veranstaltung gezogen zu haben.
- ⇒ über Safer-sex-Praktiken etwas dazugelernt zu haben.
- ⇒ sich mit dem Thema Verantwortung und Schuld bzgl. einer Infektion auseinandergesetzt zu haben und vorgefertigten Meinungen „durchzuschütteln“.
- ⇒ daß die Schulung „locker“ und zwanglos abgehalten wurde und abwechslungsreich gestaltet war.
- ⇒ daß die Inhalte in verständlicher Form (Sprache, die in irgendeiner Weise an der Zielgruppe orientiert ist, ist hier sehr wichtig) vermittelt wurden, daß ggf. Fremdworte erklärt wurden oder so wenig wie möglich benutzt wurden.
- ⇒ daß die Stimmung in der Gruppe sehr respektvoll und nett gewesen sei und sich alle gegenseitig motiviert hätten. Von allen wurde es auch als positiv beurteilt, daß die Gruppe aus Jugendlichen und Erwachsenen zusammengesetzt war, und daß so ein Austausch möglich war und auch ein Ausräumen bestimmter Vorbehalte gegen die jeweils andere Altersstufe.

Als negativ wurde beurteilt:

- ⇒ daß ich eine der Teilnehmerinnen gebeten hatte, „Falle-Schieben“ vorzumachen. Sie hatte sich unter Druck gesetzt gefühlt und war froh, als ich nicht weiter insistiert hatte. Ich sei über ihre Grenze geschritten und sie hätte sich dabei sehr unwohl gefühlt.

Insgesamt ist die Veranstaltung sehr gut aufgenommen worden, die Frauen hatten auch ihren Spaß an dem Austausch und einige der Erwachsenen bekundeten Interesse an der Mediatorinnen-Schulung, die zwei Wochen später stattfinden sollte. Diese Schulung und das peer-education-Modell waren in der Schlußrunde von mir noch einmal vorgestellt und erklärt worden, auch um die Frauen zur Teilnahme zu motivieren.

Gruppendynamik

Die Jugendlichen mußten etwas direkter gefragt werden und sagten von sich aus wenig. Den Erwachsenen war daran gelegen, sich zu äußern und ernstgenommen zu werden. Auch hier hörten sich die Frauen gegenseitig zu und ließen sich ausreden.

Methodik/Didaktik

Es kann wichtig sein, an dieser Stelle explizit nachzufragen, wie die Stimmung und die Zusammenarbeit untereinander empfunden wurde, da es beim Modell der peer-education um den Umgang der Frauen untereinander in der Szene geht. Auch wurden die Teilnehmerinnen von mir ausdrücklich gebeten, ehrlich zu antworten, zum einen, um ein Interesse am Feedback glaubwürdig zu machen, zum anderen, um auch negative Kritik zur Auswertung der Veranstaltung zu sammeln.

11. Schlußbemerkungen

In dieser Schulung ist erreicht worden, was beabsichtigt war:

- ⇒ Sexualität wurde thematisiert, ein Austausch fand statt
- ⇒ Den Frauen wurde ihr eigenes Wissen auf dem Gebiet der Sexualität / Prostitution bewußt gemacht und Wissenslücken bzgl. Safer sex wurden ergänzt
- ⇒ Wissenslücken bzgl. STD's bzw. HIV / AIDS und Hepatitiden wurden gefüllt
- ⇒ Die Mädchen und Frauen haben ihren Umgang mit Sexualität und ihren Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten reflektiert

Leider ist es immer noch so, daß weder in den niedrigschwelligen Drogenhilfe-Einrichtungen, noch in höherschwelligen Beratungs- oder gar in Therapieeinrichtungen der Themenkomplex Sexualität Platz findet, obwohl dieses Thema eng mit vielen Fragen der Sucht- und Gesundheitspolitik zu tun hat. Es wäre sinnvoll, Veranstaltungen wie diese mindestens zweimal jährlich und für mehr Frauen anzubieten. Hierbei spielt sowohl die Gesundheitsprävention eine Rolle, als auch die Tatsache, daß Sexualität für die Frauen ein bedeut-

sames und zu besprechendes Thema ist, das sowieso in dieser Gesellschaft enttabuisiert werden sollte.

Auch wäre es einen Versuch wert, den Jugend-Strafvollzug und den Erwachsenen-Strafvollzug getrennt fortzubilden, da es sich dabei sowohl um Mädchen / Frauen mit unterschiedlichen privaten und „beruflichen“ Erfahrungen mit Sexualität handelt, als auch um zwei sehr unterschiedliche „Drogengenerationen“. Generationenübergreifende Fortbildungsveranstaltungen (15-35 Jahre) können Lernprozesse und Auseinandersetzungen eher behindern als fördern. Außerdem scheint mir die Hepatitis-Prävention und auch HIV-Prävention bei Jugendlichen wesentlich notwendiger als bei den Erwachsenen, da die Jugendlichen oft NOCH keine Hepatitis hatten und die Botschaften der HIV-Präventions-Kampagnen anders als bei den Erwachsenen in den Köpfen der Jugendlichen nicht mehr präsent sind.

2 Arbeitseinheit: Weiterbildung von Mediatorinnen

Thema

Vertiefende Fortbildungsarbeit für ausgewählte Inhaftierte, die eine peer-leader-Position inne haben und Interesse an einer konstruktiven Nutzung ihrer Rolle zur Weitergabe präventionstauglicher Botschaften und Fertigkeiten an Mitgefangene bekunden. Neben einer fundierten Vermittlung von safer-use/safer-sex-Praktiken einschließlich didaktischer Möglichkeiten zur effektiven Weitergabe wird soziale Kompetenz zielgruppenbezogen trainiert.

Zeit

Angepaßt an den Vollzugsalltag fand die Veranstaltung statt:

9 Uhr bis 11.30 Uhr

13 Uhr bis 13.30 Uhr (danach eine Stunde Unterbrechung durch Einkauf)

14.30 Uhr bis 16.30 Uhr

Inhalt

1. Vorüberlegungen
2. Annahmen über die Zielgruppe
3. Rahmenbedingungen der Schulung
4. Einleitung
5. Aktives Zuhören
6. Zuhören / Wahrnehmen
7. Gesprächssituation
8. Mittagspause
9. Safer sex - Kondombenutzung
10. Was hättet ihr gern über Sexualität gewußt?
11. Safer sex-Praktiken - HIV & Aids - Hepatitiden

12. Reaktionen auf Problemstellungen der eigenen Peer group
13. Abschlußrunde
14. Schlußbemerkungen
15. Auswertung

1. Vorüberlegungen

Diese Schulung schließt an die Safer sex Schulung für strafgefangene Frauen an, die zwei Wochen zuvor in der JVA für Frauen stattfand. In der Mediatorinnenschulung soll es v.a. darum gehen, wie Inhalte (die noch einmal wiederholt und verfestigt werden), an andere Mitglieder der peer-group weitergegeben werden können. Der Schwerpunkt liegt auf der Kommunikation untereinander.

- a) Wie kommuniziere ich? Wahrnehmung und Reflexion eigener Kommunikationsstrukturen.
Was ist *Zuhören*? Was ist *Erklären*?
Was ist dabei hilfreich bzw. störend?
- b) Welche Möglichkeiten / Gelegenheiten ergeben sich zur Kommunikation? Wann ergeben sich Gespräche innerhalb der JVA oder innerhalb der „Szene“ (wenn die Frauen „draußen“ sind), in denen eine Kommunikation über bestimmte Inhalte stattfinden kann?
- c) Was gebe ich weiter? Welche Inhalte sind für die Beschaffungsprostitution für mich wichtig gewesen / für andere Frauen wichtig zu wissen?
- d) Mit wem kommuniziere ich? Welche Frauen sind in der Regel mein Gegenüber, mit welchen Frauen ist eine derartige Kommunikation überhaupt möglich?

Die soziale Kompetenz der Teilnehmerinnen sollte gefördert werden in Hinblick auf

Vermittlung bestimmter peer-group-relevanter Inhalte. Dafür wurden unterschiedliche Übungen für die Schulung vorbereitet:

- ⇒ Übungen zum Zuhören / Erklären / Wahrnehmen
- ⇒ Reflexion über die Beschaffenheit der Szene (Kommunikationsstrukturen / Bedürfnisse) und der o.g. Störfaktoren, um Strategien zu benennen, wie trotzdem Kommunikation stattfinden kann
- ⇒ Wiederholung der Inhalte (Safer sex, HIV & Aids, Hepatitiden, Sexualpraktiken)

2. Annahmen über die Zielgruppe

In der Szene der i.v. drogenkonsumierenden Frauen / Beschaffungsprostituierten (nach meinen Erfahrungen in der Drogenszene in Hamburg) existieren unterschiedliche Kommunikations- und Verhaltensstrukturen, die hinderlich für Kontakte untereinander sein können. Massive Störfaktoren sind dabei:

- ⇒ Konkurrenz: Bzgl. Freiern, Geld, Existenzminimum erarbeiten, Preise, Angebote (mit oder ohne Gummi...)
- ⇒ Schuldzuweisungen, Abgeben von Verantwortung, Wahrnehmung der eigenen Person als „Opfer“ der Erfahrungen, der Familie, der Gesellschaft, der Szene
- ⇒ „Ellenbogenmentalität“: Die Stärkere gewinnt. Starre und konservative hierarchische Verhaltensreglementierungen untereinander, gekoppelt mit Erfahrungen von starker eigener Bedürftigkeit und Verelendung und Ignoranz seitens der „Kolleginnen“
- ⇒ Identifikations- und Identitäts-Konflikt: Die Beschaffungsprostituierten be-

trachten sich selbst (meistens) nicht als Prostituierte von Beruf, sondern gehen dem Anschaffen nur nach, um den Drogenkonsum zu finanzieren. Die Prostitution ist für die Mädchen und Frauen stark mit Ekel, Scham und Gefühlen der Demütigung und des Überlebenskampfes verbunden. Die Ablehnung dem Anschaffen gegenüber als eine Tätigkeit zur Existenzsicherung äußert sich oft in der Ablehnung der Mädchen und Frauen, die auch anschaffen gehen müssen, um sich ihre Drogen zu finanzieren. (Projektion) Mit diesem Teil von sich selbst, der abgelehnt wird, soll nun verständnisvoll und geduldig kommuniziert werden.

- ⇒ Generationskonflikt: Die „alten“ Junkies, die in den 60er / 70er Jahren mit dem Drogenkonsum begonnen haben, kennen untereinander andere Verhaltensstrukturen als die „Jungen“. Die Drogen sind andere geworden, die Lebensrealitäten haben sich verändert. (Damals: Heroin, Zusammengehörigkeitsgefühl von „Aussteigern“. Heute: Kokain, XTC, Speed, Crack, Crashkids, „Technodrogen“, kurzlebigerer Konsum, Aufputzmittel, Gier, Fun. Diese Veränderungen sind zum Beispiel auch deutlich wahrnehmbar in der mit den Drogen einhergehenden Musikorientierung.)
- ⇒ Innerhalb der Zielgruppe findet wenig bewußte Auseinandersetzung mit Kommunikation, Kommunikationsformen, Wahrnehmung und Wissensvermittlung statt.
- ⇒ Die Frauen sind es gewohnt, von sozialen (Drogenhilfe-) Einrichtungen und vom Strafvollzug konsumierbare Angebote und Vorschriften „vorge-

setzt“ zu bekommen, sie sind es nicht gewohnt, selbst - dazu noch mit sich, ihren Fähigkeiten - kreativ werden zu müssen.

3. Rahmenbedingungen der Schulung

Räumlichkeiten

Der Vormittag / erste Teil der Schulung wurde in einem Freizeitraum verbracht, in dem keine Tafel, aber ein Flipchart zur Verfügung stand. Die Tische konnten zur Seite geschoben werden, die Stühle für Teilnehmerinnen und Seminarleitung wurden in einem großen Kreis angeordnet. Zu dem Raum gehörte auch eine Küche, deren Nutzung jedoch nicht vorgesehen war. Die JVA befindet sich in den Räumen eines ehemaligen Klosters und es war sehr kalt, da ungeheizt, und alle Teilnehmerinnen froren und fühlten sich dementsprechend körperlich unwohl, was die Konzentration beeinflusste.

Der Nachmittag wurde in einem der Schulungsräume in einem anderen Gebäudeteil verbracht. Eine der Teilnehmerinnen suchte demzufolge zuerst den falschen Raum auf. Die Materialien (Flipchart, Overheadprojektor etc.) mußten mitgenommen werden. Der Raum war kleiner und enger, die Positionierung der Seminarleitung zur Gruppe litt unter der „Schulatmosphäre“.

Zusammensetzung der Gruppe

Fünf der Frauen kamen aus dem Erwachsenen-Strafvollzug. Drei von ihnen hatten an der Safer-sex-Schulung teilgenommen. Drei junge Frauen kamen aus dem Jugendvollzug, zwei von ihnen hatten an

der ersten Schulung teilgenommen. Insgesamt hatten fünf Teilnehmerinnen Vorerfahrungen aus dem ersten Seminar.

4. Einleitung

Die Seminarleitung stellt sich vor:

- Wer bin ich - was mache ich?
- Erklärung, was peer-education ist
- Worum geht es in der Schulung?:
 - Inhalte (Wiederholung / verständliche Zusammenfassung)
 - Safer sex – Sexualpraktiken - Falle - Safer work (über das Anschaffen reden, Gefühle und Erfahrungen austauschen)
 - Kommunikation - Umgang miteinander - Inhalte vermitteln - Methoden der Gesprächsführung / Eigenwahrnehmung
Gespräche in der Gruppe

Inhalte

Es wird deutlich gemacht, daß es vor allem darum geht, daß die Teilnehmerinnen miteinander kommunizieren, und daß in dieser Veranstaltung auch Kritik aneinander geübt werden soll.

Den Frauen werden die Themen und Schwerpunkte vorgestellt und um Nachfragen gebeten. Es gab zunächst keine Nachfragen, die Inhalte wurden jedoch skeptisch aufgenommen.

Gruppendynamik

Während der Einleitung wurde bereits deutlich, daß eine der Jugendlichen wenig Lust auf „miteinander Reden“ hat. Eine der Erwachsenen war sediert und unaufmerksam, redete viel und unterbrach,

indem sie mit einer anderen Frau wiederholt Gespräche über den Vollzugsalltag führte. Die Teilnehmerinnen waren unterschiedlich motiviert, was deutlich wurde an Unruhe und Unaufmerksamkeit.

Von den drei erwachsenen Frauen, die bereits an der ersten Schulung teilgenommen hatten, stach eine „Wortführerin“ heraus, die im folgenden von mir als „peer-leaderin“ der Gruppe bezeichnet wird. Sie nahm sich und bekam in der Gruppe zeitlich und von der Wichtigkeit ihrer Aussagen den meisten Raum.

Methodik/Didaktik

An dieser Stelle wäre es wichtig gewesen, nach der Motivation der Frauen zu fragen und gegebenenfalls diejenigen, die nicht mit den Absichten der Schulung vertraut sind oder übereinstimmen, aufzufordern, die Veranstaltung zu verlassen. Es handelte sich hier vor allem um eine offensichtlich unmotivierte Erwachsene, die unter aktuellem Drogeneinfluß konzentrationsunfähig, destruktiv und nicht teilnahmebereit war. Sie war jedoch als gute Freundin der „peer-leaderin“ vorgestellt worden.

Um mich nicht „unbeliebt“ zu machen und um keine vorschnellen Entscheidungen zu treffen, verzichtete ich an dieser Stelle auf eine solche Maßnahme, was sich jedoch nachteilig auf die Schulung auswirkte. Auch war ich mir nicht darüber im Klaren, daß die Inhalte der Schulung so unzureichend von den Organisatoren im Strafvollzug transportiert worden waren. Ich war davon ausgegangen, daß gezielt Teilnehmerinnen für diese Veranstaltung rekrutiert worden waren.

5. Aktives Zuhören

Gegenseitige Vorstellung

Aufgabe:

Die Teilnehmerinnen sammeln sich zu zweit (im Raum verteilt) und eine erzählt der anderen fünf Minuten lang wichtige Punkte / Begebenheiten ihrer Biografie und stellt sich somit vor. Die Frauen stellen sich dann gegenseitig der Gruppe gegenüber vor.

Gruppendynamik

Eine Jugendliche mußte die Veranstaltung wegen eines Arzttermins verlassen. Die beiden verbleibenden Jugendlichen konnten sich aus dem Vollzugsalltag, da sie eine Zelle gemeinsam bewohnten, daß sie es scheinbar nicht mehr für nötig hielten, sich intensiv auszutauschen, sie wollten jedoch diese Übung auch nicht mit einer der Erwachsenen machen.

Eine der Erwachsenen, die sediert wirkte und wenig motiviert war, nahm nicht an der Übung teil, weil sie in der Küche Kaffee kochte.

Die verbleibenden vier Frauen, von denen drei an der ersten Schulung teilgenommen hatten und die sehr motiviert waren, führten die Übung mit Interesse durch.

Offener Konflikt

Unter den Erwachsenen gab es zwei, die sich ausdrücklich nicht mochten und wollten, daß das während der Veranstaltung berücksichtigt würde. Es wurde von beiden auf Nachfrage versichert, daß zwar zwischen ihnen das Vertrauensverhältnis gestört sei und keine der Übungen in Kleingruppen für sie gemeinsam in Frage

komme, daß sich aber beide vorstellen könnten, zusammen an der Veranstaltung teilzunehmen und den Konflikt „draußen zu lassen“.

Zwei der Erwachsenen befanden sich aktuell in einem Konflikt, in dem es um den Besitz einer Tasse ging. Dieser Konflikt wurde im Anschluß an diese Übung geklärt (siehe auch Methodik/Didaktik).

In beiden Konflikten war die „peer-leaderin“ beteiligt, sie war jeweils die „anklagende“ und dominante.

Inhalt

Anschließend an die Gespräche in den Kleingruppen wurde darüber diskutiert, wie die einzelnen Frauen es empfanden, daß sie oft sehr intime Informationen von ihren Gesprächspartnerinnen erhalten hatten, die sie dann an die gesamte Gruppe weitergegeben hatten. Es wurde deutlich, daß die Frau, über die erzählt wird, andere Grenzen haben kann als die Erzählende, daß es also zum Beispiel Teilnehmerin A nichts ausmacht, daß Teilnehmerin B über As Mißbrauchserfahrungen erzählt, während es B peinlich oder zu intim sein kann, A auf diese Art vorzustellen oder „bloßzustellen“.

Fazit war, daß gegenseitiges Einverständnis und Absprachen über zu Verschweigendes oder zu Erzählendes wichtig sind; jede sollte ihre eigenen Grenzen wahren, eine dementsprechende Sprache benutzen und Absprachen einhalten (Vertrauen und Transparenz).

Methodik/Didaktik

Es ist wichtig, richtig einzuschätzen, welche der Teilnehmerinnen miteinander reden können.

Störungen haben Vorrang: Im Anschluß an die Übung wurde deutlich, daß zwei einen aktuellen Streit über den Besitz einer Tasse hatten. Die Stimmung zwischen beiden war aggressiv und bissig. Ich forderte die Frauen auf, ihre Positionen darzustellen und nach einer Lösung zu suchen, so daß die Störung beseitigt werden könne. Die beiden Frauen kamen daraufhin zu einer Einigung über den Streitgegenstand und erklärten damit einhellig das Problem als beseitigt. Ich vergewisserte mich bei beiden, daß die Stimmung damit soweit bereinigt war, daß sie ungestört davon aufmerksam an der Veranstaltung teilnehmen konnten.

Bereits an dieser Stelle gestaltete die „peer-leaderin“ stark den Seminar- und Konfliktverlauf und hätte als „heimliche“ Seminarleitung identifiziert werden können. Schon hier wird deutlich, wie wichtig es wäre, ein solches Seminarangebot von zwei Pädagoginnen anleiten zu lassen.

6. Zuhören / Wahrnehmen

Die Frauen verteilen sich in Zweiergruppen im Raum. Jede hat 5 Minuten Zeit, ihrer Gesprächspartnerin über ein bestimmtes Thema etwas zu erzählen. Die Augen werden dabei von beiden geschlossen.

Das Erzählte soll nicht vor der Gruppe wiedergegeben werden. Die Teilnehmerinnen sollen hinterher von ihrer Erfahrung der Wahrnehmung des Erzählvorgangs berichten.

Mögliche Themen:

- Eine Sache, die ich gerne könnte und warum ich sie nicht gelernt habe.
- Was ist mir während der letzten drei Tage passiert / wie ging es mir?

Fragen:

- Wie ging es mir beim Zuhören bzw. Erzählen mit geschlossenen Augen?
- Was fiel mir leicht, was fiel mir schwer, was war anders?

Gruppendynamik

Zwei Kleingruppen mit Erwachsenen arbeiteten gut zusammen und hatten keine Schwierigkeiten, sofort Kontakt und Kommunikation aufzunehmen. Ein Paar kannte sich und war befreundet, ein anderes Paar kannte sich flüchtig. Die beiden Jugendlichen waren zusammen auf einer Zelle und hatten die Übung sehr schnell beendet, da sie der Ansicht waren, sie hätten sich nichts (neues) zu erzählen. Sie schienen auch den Sinn der Übung nicht zu begreifen und waren nicht an der Teilnahme interessiert.

Inhalt

Im Plenum wurden die Wahrnehmungen besprochen.

- ⇒ mehr „bei sich“ sein
- ⇒ sich auf sich konzentrieren
- ⇒ besser Erinnern können
- ⇒ verbale Rückmeldungen sind wichtig für Kontaktbestätigung (Erzählende)
- ⇒ bessere Konzentration der Zuhörenden
- ⇒ Ausblenden äußerer Einflüsse, mehr Ruhe.

Methodik/Didaktik

Die Seminarleitung soll einen klaren Arbeitsauftrag geben und sich dann zurückziehen, um erst im Plenum wieder zu moderieren. Es schien bei dieser Übung jedoch wichtig, anwesend zu sein, da die Teilnehmerinnen mit dem Thema große Unsicherheiten zeigten. Zum Beispiel „wir

sind schon fertig, was sollen wir jetzt machen?“ oder „Wir haben uns nichts zu erzählen“. Auch daran wurde deutlich, daß wenig bewußte Auseinandersetzung mit Kommunikationsformen und Wahrnehmung stattgefunden hatte und die Teilnehmerinnen es vorzogen, Inhalte zu konsumieren und nicht selbst kreativ werden zu müssen.

7. Gesprächssituation

Das Flipchart wird aufgestellt und in zwei Spalten Stichworte mitgeschrieben.

Aufgabe:

Stell Dir eine Situation vor, in der Du einer Freundin oder Vertrauten etwas erzählen möchtest, was Dir sehr wichtig ist und Dir sehr nah geht.

Fragen:

Was ist Dir in solch einem Gespräch hilfreich?

Was stört?

Ziel:

Die Komponenten Akzeptanz, Empathie und Kongruenz sollen für die Teilnehmerinnen mit sprachlich und emotional verständlichen und nachvollziehbaren Begriffen ersetzt werden, um Kommunikationssituationen bewußter wahrnehmbar und reflektierbar zu machen. Die Teilnehmerinnen sollen motiviert werden, in Gesprächssituationen kommunikationsfördernde Einflüsse wahrzunehmen und zu bestimmen.

- Respekt
- Vertrauen
- Zuneigung / Verständnis
- weitgehende Wertfreiheit
- Bei sich bleiben / Glaubwürdigkeit / Authentizität
- Zuhören / ausreden lassen

Inhalt

Begriffe wie Zugewandtheit, Ehrlichkeit, Aufmerksamkeit, kein geheucheltes Interesse, keine Störungen etc. wurden genannt, die auf die drei Komponenten Empathie - Kongruenz und Akzeptanz übersetzt werden können. (Wissenschaftliche Fachbegriffe wurden hier bewußt nicht genannt, da eine zu große verbale Akademisierung der Schulung dazu führen kann, daß die Teilnehmerinnen sich gegen die Seminarleitung und Inhalte / Ziele auflehnen und der zu transportierende Inhalt für die Teilnehmerinnen auf einem ihnen fremden sprachlichen Level nicht mehr zugänglich ist.)

Nach dieser Übung wurde ein kurzes Gespräch darüber geführt, welche Möglichkeiten sich im Strafvollzug ergeben, mit anderen solche Gespräche - z.B. über Safer sex - zu führen.

Gruppendynamik

Die „peer-leaderin“ betonte in der Auswertung der Übung im Plenum, daß sie bestimmte Themen nur mit Freundinnen bzw. engsten Vertrauten besprechen würde. Sie stellte für den weiteren Verlauf die Weichen in die Richtung, daß ein peer-support zwischen nicht vertrauten Frauen von der ganzen Gruppe nicht für möglich oder erstrebenswert gehalten wurde oder die einzelnen Teilnehmerinnen sich zumindest für den Verlauf des Seminares dieser Ansicht unterordneten.

Zwei der Teilnehmerinnen, u.a. die „peer-leaderin“, hatten sich bereits 20 Minuten vor Beginn der Mittagspause entfernt, um den Ablauf des Einkaufes zu klären. Die Gruppe war zu diesem Zeitpunkt also

nicht mehr vollständig, das Gespräch über Kommunikationsmöglichkeiten im Strafvollzugsalltag lief trotzdem konstruktiv mit mehr Beteiligung von anderen, die vorher nicht so viel zum Thema beigetragen hatten weiter. Eine der Erwachsenen, die ruhiger und motivierter mit dem Thema umging, übernahm das Gespräch, das durch die Mittagspause abgebrochen werden mußte.

Methodik/Didaktik

Die heimliche Leitung der „peer-leaderin“ hätte hinterfragt werden, sowie die Positionen anderer Teilnehmerinnen gestärkt werden müssen, um eine weitere klare Richtung (peer-support und wie das untereinander möglich ist) vorgeben zu können.

Die Seminarleitung sollte Pausen einbauen, um sich zwischendurch zurückziehen und die Gruppendynamik reflektieren zu können.

8. Mittagspause

9. Safer sex

Die Teilnehmerinnen setzten sich zu zweit zusammen, jeweils eine bekam eine Gurke und ein Kondom. Eine demonstriert und erklärt der anderen die korrekte Benutzung eines Kondoms. Die Gruppe diskutiert die Vorführung und ergänzt. Die Frau wiederholt die Vorführung mit Ergänzungen.

Gruppendynamik

Anfangs waren wegen des zeitaufwendigen vollzuglichen Durchschließens nur vier Frauen anwesend. 13.20 Uhr hätte mit der Übung begonnen werden können, 10 Minuten vor Einkauf, der für 13.30 Uhr

für die gesamte Gruppe vorgesehen war. Zwei der Frauen beschäftigten sich mit den Einkaufszetteln, eine versuchte, die Übung durchzuführen, zwei von den Erwachsenen waren unkonzentriert und nach der Mittagspause sediert, eine davon beschwerte sich, daß sie die Veranstaltung langweilig fand und alles schon wisse und wenn sie das gewußt hätte, wäre sie lieber arbeiten gegangen.

Uhr wurden die Frauen zum Einkauf abgeholt.

Inhalt

Für einen Teil der Frauen schien es neu zu sein, korrekt ein Kondom über einen Phallus / Gegenstand zu ziehen und diese Übung hätte eine Einführung sein können in praktische Wissensvermittlung bzgl. Safer sex.

Methodik/Didaktik

Die Unterbrechung hätte nicht stattfinden dürfen, der Einkauf hätte entweder gleich im Anschluß an die Mittagspause oder aber im Anschluß an die Veranstaltung stattfinden müssen. Bessere Absprachen mit im Strafvollzug arbeitenden Ansprech- und Organisationspartnern sind nötig.

Was hättet ihr gern über Sexualität gewußt?

Fragen an die Teilnehmerinnen:

- Was hättet ihr gern über Sexualität gewußt, als ihr bewußt und gewollt das erste Mal Sexualität gelebt habt?
- Was hättet ihr gern gewußt, als ihr mit dem Anschaffen angefangen habt? Was ist wichtig zu wissen und untereinander weiterzugeben?
- Was hättet ihr euch gewünscht / ge-

braucht, als ihr „neu in der Szene“ gekommen seid?

Material:

Flipchart. Die Antworten werden in Stichworten mitgeschrieben und diskutiert.

Ziel:

Die Teilnehmerinnen sollen ihren Bedarf an Wissen selbst definieren und somit die vermittelbaren Inhalte aus ihren Erfahrungen heraus festlegen.

Gruppendynamik

Die Frauen schienen bei dieser Einheit von den Fragen eher erschlagen und es schien ihnen dazu nichts einzufallen. Von zwei Erwachsenen (u.a. „peer-leaderin“) wurde vorweggenommen, daß es nichts nützt, irgend etwas zu wissen und daß jede das besser auf die harte Tour selber lernen soll. Ansonsten gab es kaum Gesprächsbeteiligung.

Für diese Übung war das Plenum hinderlich, Kleingruppen wären sinnvoller gewesen.

Inhalte

Es hätten genannt werden können: Informationen über Sexualpraktiken, Preisverhandlungen mit den Freiern, sexuell übertragbare Krankheiten etc.

Die Antworten gingen jedoch über „Verhütung“ und „Menstruation“ nicht hinaus, die Themen wurden schließlich von mir vorgegeben.

Methodik/Didaktik

Bei diesem Thema sollte Arbeit in Kleingruppen mit vorbereiteten Arbeitsblättern mit den oben angegebenen Fragen durchgeführt werden oder aber zu einer klaren

Vortragsform übergegangen werden. Auch die Metaplan-Methode mit vielleicht drei bis sechs zu beschriftenden Karten pro Teilnehmerin (zwei pro Frage) hätte sich angeboten, um die Ergebnisse hinterher im Plenum vorzutragen und diskutieren zu können.

Die Mischung von Diskussion aus dem Plenum und Vortrag war didaktisch und methodisch nicht sinnvoll. Durch eine unklare Strukturierung der Übung wurde das Ziel der Aufgabe verwischt.

Ergänzende Fragen:

- Wie sind eure Erfahrungen mit Konkurrenz?
- Warum unterstützen sich die Frauen in der Drogenszene so wenig untereinander?
- Gibt es von den „Älteren“ (die länger anschaffen) Erwartungen an die Jüngeren?

Gruppendynamik

Die Erwachsenen dominierten die Diskussion. Starre Regeln auf der Straße wurden betont und konstruktive kommunikativere Einwände von einzelnen wurden abgelehnt als nicht sinnvoll.

Inhalte

- ⇒ jede ist sich selbst die nächste
- ⇒ auf die anderen kann ich mich nicht verlassen
- ⇒ die drogenabhängigen Mädchen sind in der Regel dreckig und arbeiten für zu wenig Geld
- ⇒ wenn eine dabei erwischt wird, daß sie ohne Gummi oder zu billig arbeitet, wird sie mit physischer Gewalt bestraft

⇒ reden nützt nichts mehr, das wurde zu oft versucht

Methodik/Didaktik

Dieses Thema in Form von Fragen der Teilnehmerinnen an das Plenum zu bearbeiten, hat sich an dieser Stelle nicht als sinnvoll erwiesen (siehe vorhergehende Übung). Kleingruppenarbeit und eine konstruktive Frage, die Lösungsansätze anbietet, wären auch hier didaktisch und methodisch sinnvoller, um eine Gruppendynamik zu vermeiden, in der die Erfahreneren dominieren und mit Ansätzen oder Anregungen von Verhaltensänderungen destruktiv umgehen und damit abblocken.

Safer Sex Praktiken - HIV & Aids - Hepatitiden

Ein Fragebogen (**Anhang 7**) zu Safer Sex / HIV und Aids wird verteilt und jede Teilnehmerin hat 10 Minuten Zeit zum Ausfüllen. Im Plenum werden alle Fragen durchgegangen und Unklarheiten ergänzt bzw. erklärt.

Anschließende Themen in Vortragsform mit Stichworten auf dem Flipchart:

- Unterschied zwischen HIV und AIDS
- Hepatitiden
- Sexpraktiken mit Safer sex
- „Falle-Schieben“

Ein Reader mit vorbereiteten Kurzinformationen zu den oben angegebenen Themen wird an die Teilnehmerinnen verteilt (**vgl. Anhang 8**).

Gruppendynamik

Wenig Konzentration, da einige Frauen - besonders die stärker sedierten - ständig

störende Zwischenbemerkungen machten, daß sie das alles schon wüßten.

Inhalt

Die Inhalte waren nicht allen bekannt. Zum Abschluß der Übung wurde ein von der Seminarleitung zusammengestellter Reader (Anhang 7) verteilt, so daß die Teilnehmerinnen das gesammelte Wissen weiter vertiefen können.

Methodik/Didaktik

Die Aufnahmekapazität der Teilnehmerinnen sowie der Wissensstand waren derart unterschiedlich, daß ein „Schnelldurchlauf“ durch die in der ersten Schulung erarbeiteten Inhalte für einige eine Überforderung und für andere eine Wiederholung war. Eine homogenere Gruppe mit gleichen Grundvoraussetzungen (ohne die Quereinsteigerinnen) war die Voraussetzung für diese Übung, die eine Wiederholung und Verfestigung des vorangegangenen Seminares sein sollte.

Reaktionen auf die Problemstellungen der eigenen Peer-group

Arbeitsblätter werden verteilt:

Die Teilnehmerinnen erhalten zwei verschiedene Texte (**Anhang 9**), die Briefe an die „Kummerkasten-HobbypsychologInnen“ von Boulevard-Zeitschriften sein könnten. Die Texte sind auf die Altersgruppen abgestimmt. Die Jugendlichen und die Erwachsenen sollen jeweils gemeinsam einen Brief lesen, besprechen und beantworten.

Die Antworten werden der Gruppe vorgelesen und diskutiert.

Gruppendynamik

Die Jugendlichen amüsierten sich bei dieser Übung sehr und waren untereinander wesentlich aktiver und kommunikativer als vorher im Kontakt mit den Erwachsenen.

Die Erwachsenen hatten zwei Kleingruppen (zwei und drei) gebildet, um die Texte zu bearbeiten. Die „peer-leaderin“ war dominierend in ihrer Kleingruppe, wahrscheinlich auch, weil die anderen beiden Frauen sehr sediert waren, eine nickte immer wieder ein.

Inhalt

Die Jugendlichen beantworteten den Brief der Altersgenossin klar und mitleidlos und analysierten mit scharfer Sprache die Situation, in die sich die Briefeschreiberin begeben hatte. Die Briefeschreiberin sollte sich sofort von ihrem Partner trennen, der sie nur ausnutzte, und sich um sich selbst kümmern. Sie konnten sich offensichtlich noch nicht vorstellen, in solchen Verhaltensmustern und Kreisläufen stecken zu bleiben.

Die Erwachsenen rieten ihrer Ratsuchenden zu sehr moderatem Verhalten, nämlich daß sie gemeinsam mit ihrem Partner einen Arzt aufsuchen solle. Diese Antwort spiegelt die Erfahrungen der niedrigschwelligen Drogenarbeit, daß die Frauen sich nach wiederholten Enttäuschungen nicht mehr gegen ihre Verhaltensmuster oder gegen Menschen, die sich ihnen gegenüber gewalttätig, demütigend oder mißbrauchend verhalten, auflehnen, sondern sich damit arrangieren.

Methodik/Didaktik

Es wurde versucht, die Antworten im Plenum zu diskutieren, jedoch zeigten sich

vor allem die Erwachsenen nicht mehr bereit, Standpunkte zu hinterfragen. Der Generationsunterschied zwischen Jugendlichen und Erwachsenen und ihrer Einstellung zur Drogenszene wurde wiederholt deutlich.

Abschlußrunde

Die Teilnehmerinnen äußerten sich zur Veranstaltung insgesamt. Der Ablauf bzw. die Atmosphäre der Veranstaltung wurden vor allem negativ kritisiert:

- ⇒ zu wenig Zeit
- ⇒ die Schulung davor hatte mehr Spaß gemacht
- ⇒ die Unterbrechungen waren störend
- ⇒ einiges waren Wiederholungen, nicht interessant
- ⇒ die Zusammenarbeit war schlecht
- ⇒ der Raumwechsel war störend
- ⇒ Einkauf hätte anders organisiert werden müssen
- ⇒ der Durchschluß und die Unterbringung in unterschiedlichen Gängen waren nervenaufreibend, weil alle zu unterschiedlichen Zeiten im Seminarraum eintrafen

Positive Kritik

- ⇒ Übungen zu Wahrnehmung / Zuhören mit geschlossenen Augen als neue Erfahrung
- ⇒ den Jugendlichen hatte die Textarbeit Spaß gemacht
- ⇒ alle fanden es gut, daß sie einen Reader erhalten hatten

Schlußbemerkungen

Mehrere Faktoren wirkten sich ungünstig auf die Schulung aus:

- a) Generationskonflikt:
Jugendliche (zwischen 16 und 20 Jahren) und Erwachsene (29 Jahre bis Ende 30) nahmen an der Schulung teil. Da die Lebensrealitäten und auch die Erfahrungen der Frauen generationsbedingt völlig unterschiedlich sind bzw. waren, war - im Gegensatz zum Inhalt / Ziel der ersten Schulung - eine Vermittlung der beiden Altersgruppen untereinander kaum möglich. Die Jugendlichen waren ihren Aussagen zufolge noch nicht anschaffen gegangen, gingen von einer anderen „Arbeitsethik“ aus als die Erwachsenen, die das Anschaffen anders praktiziert und gelernt hatten und konnten generell mit einem Erfahrungsaustausch, an dem entlang sich die Schulungsinhalte auch bewegt hätten, nichts anfangen. Außerdem gab es durch Jung und Alt zwei gänzlich unterschiedliche Arten von sozialer Kompetenz und Voraussetzungen für Kommunikation. Die Erwachsenen brachten andere Möglichkeiten der Reflexion, Konfliktbewältigung und Kommunikationsbereitschaft (und auch Kompetenz) mit als die Jugendlichen.
- b) Quereinsteigerinnen:
Drei Teilnehmerinnen hatten an der Safer-sex-Schulung nicht teilgenommen, so daß für die anderen einiges bereits Erarbeitetes wiederholt werden mußte, wodurch die Aufmerksamkeit und Motivation an der Teilnahme von Frau zu Frau sehr unterschiedlich und insgesamt sehr schwankend war.
- c) Informationen über Inhalte der Mediatorinnen-Schulung:

Die Inhalte der Schulung waren nicht allen vor der Anmeldung zur Teilnahme klar vermittelt worden war. Jeweils eine der neu hinzugekommenen Teilnehmerin aus jeder Altersgruppe verweigerte sich den Vorgehensweisen und der Mitarbeit, weil sie die Schulung „langweilig“ fand und mit den Inhalten dieser Schulung nichts anfangen konnte oder sich in ihrer Position (bzgl. Peer-leading) m.E. falsch eingeschätzt hatte. Offensichtlich war von den anderen Teilnehmerinnen nach außen getragen worden, daß die erste Schulung ihnen sehr gut gefallen habe, woraufhin einige der neu dazugekommenen Frauen lieber zur Schulung kamen, als arbeiten zu gehen. Dieser stillschweigende oder auch laut geäußerte Teilnahme-Boykott wirkte sich äußerst negativ auf die ganze Gruppe und folglich auch auf die allgemeine Kommunikationsbereitschaft der Frauen aus.

d) Vollzugs-Alltag:

Von seiten meiner Ansprechpartner im Vollzug war der Vollzugs-Alltag nicht auf die Schulung eingestellt worden, Informationen darüber waren mir zu spät vermittelt worden. Zum einen mußte während der Schulung der Raum gewechselt werden. Außerdem war an diesem Tag „Einkauf“, d.h., um zu vermeiden, daß alle Frauen nacheinander aus der Schulung „herausgeholt“ werden würden, mußte ich einen gemeinsamen Einkauf während der Zeit der Schulung organisieren. Die Nachmittagseinheit (13-16 Uhr) war somit von 13.30 Uhr bis 14.30 Uhr durch den Einkauf unter-

brochen. Diese Stunde fehlte merklich sowohl im Ablauf („Spannungsbogen“ und Aufbau der einzelnen Einheiten) als auch quantitativ. Ferner waren die Frauen fast alle in unterschiedlichen Fluren / Gängen untergebracht und wurden nach der Mittagspause alle zu unterschiedlichen Zeiten „aufgeschlossen“, so daß es relativ lange dauerte, bis endlich alle aus der Mittagspause zurück waren. Auch wurde während des Vormittages eine Jugendliche zur ärztlichen Untersuchung gerufen und blieb fast eine Stunde lang aus. Als sie zurückkam, erklärte sie, daß sie verwechselt worden sei und wegen der ganzen Schließerei sehr lange gebraucht hätte, um wieder in den Seminarraum zu gelangen.

Auswertung

Fördernde Voraussetzungen, um mit der Zielgruppe Kommunikationsstrukturen zu thematisieren und zu bearbeiten:

- ⇒ Kontinuität (kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Themen)
- ⇒ Bewußtsein über die Problematik
- ⇒ Bereitschaft, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen
- ⇒ Freiwilligkeit

Für die Mediatorinnen-Schulung waren dementsprechend die Ziele zu hoch angesetzt. Widersprüche zwischen Strafvollzug und Freiwilligkeit und die Unterschiedlichkeiten der Teilnehmerinnen (Alter / Prostitutionserfahrungen) sind nur zwei Faktoren, die eine erfolgreiche Bearbeitung des Themas behinderten. Die Veranstaltung

hätte möglicherweise einen Einstieg in die Thematik liefern können, wenn

- ⇒ alle Teilnehmerinnen aus einer Altersgruppe gewesen wären
- ⇒ alle gewußt hätten, was sie erwartet
- ⇒ alle Lust und Interesse an einer Bearbeitung der Thematik gehabt hätten.

Weitere beeinflussende Faktoren, die in der Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten, sind psychologischer Natur und ebenfalls ausschlaggebend für die Motivation und Mitarbeit der Teilnehmerinnen:

- ⇒ Erinnerung
- ⇒ Prägung (Biografie)

3 Arbeitseinheit Multiplikatorinnenschulung

Thema

Für ausgewählte, bereits im Strafvollzug arbeitende MitarbeiterInnen von Selbsthilfegruppen (z.B. JES oder AIDS-Hilfe) findet eine Wissensvermittlung und Einüben von Handlungskompetenz zu safer-use und safer-sex mit dem Ziel statt, anschließend Angebote mit entsprechenden Inhalten eigenständig im Justizvollzug durchführen zu können, bzw. in bereits bestehende Angebote einfließen zu lassen.

„Reden über Sexualität im Strafvollzug: Wie kann mit gefangenen Frauen Sexualität thematisiert werden? - Methoden und Probleme“

Zeit

Vormittag: (ca. 2½ Stunden = 10 h - 12.30 h)

⇒ Ursachen (für Inhaftierung, für Drogenabhängigkeit, für Beschaffungsprostitution).

Um tatsächlich Mediatorinnen im Rahmen des Strafvollzuges fortzubilden, müßten zu dem Thema kontinuierlich stattfindende Arbeitsgruppen gebildet werden, in denen so viele wie möglich von begünstigenden Faktoren gegeben sind (Freiwilligkeit, Interesse...). Außerdem wäre es ratsam, wenn kontinuierlich eine oder besser mehrere Sozialpädagoginnen oder Beraterinnen mit einer Gruppe von Frauen daran arbeiteten.

Nachmittag: (ca. 3½ Stunden = 13.30 h - 17 h)

Inhalt

1. Vorüberlegungen zu der Veranstaltung
2. Vorstellungsrunde
3. Grabbelsack
4. Einstieg in das Thema Sexualität und Sprache
5. MITTAGSPAUSE
6. Was ist Sexualität?
7. Warum beschäftige ich mich mit der Sexualität der Klientinnen?
8. Schematischer Überblick Sexualität
9. Safer Sex - Alle Sexpraktiken
10. Abschlußrunde
11. Schlußbemerkungen

1. Vorüberlegungen zu der Veranstaltung

Drogenkonsumierende Frauen bewegen sich in einem Netz von Institutionen, die ihnen oft unterschiedliche Werte vermitteln und auf unterschiedliche Weise auf die gleichen Faktoren einwirken wollen: Die Klientinnen sollen keine Drogen konsumieren, sie sollen nicht delinquent werden und wenn sie es schon sind, dann sollen sie die Angebote nutzen, die Therapieeinrichtungen, Strafvollzugsanstalten, niedrig- bis hochschwellige Drogenhilfeeinrichtungen und andere Institutionen ihnen machen. Selten stimmen diese Institutionen Methoden und Inhalte aufeinander ab. Mit dieser Schulung sollen Mitarbeiterinnen verschiedener Institutionen sich mit Sexualität bzgl. der Klientel auseinandersetzen und Ausgangspunkt, Ziele und Interventionsmöglichkeiten erarbeiten.

In der Arbeit mit weiblichen Drogenkonsumierenden kann das Thema Sexualität in verschiedenen Facetten immer wieder auftauchen, und die Beraterinnen sind mit einer Vielzahl von Informationen und Bedürfnissen konfrontiert. In dieser Schulung soll es darum gehen, einen Überblick über Sexualität und damit verbundene Werte und Sprache zu geben sowie Themen und Interventionsmöglichkeiten genau zu definieren.

Annahmen über die Teilnehmerinnen

- ⇒ Sexualität bzw. das Sprechen darüber sind in dieser Gesellschaft größtenteils tabuisiert
- ⇒ Vernetzung untereinander und Auseinandersetzung mit den Problematiken, die die Klientel und damit auch das Thema Sexualität aufwirft, finden nicht statt

- ⇒ Sexualität als Themenkomplex ist noch nicht bearbeitet worden
- ⇒ Die durchschnittliche heterosexuelle Frau, die einen (einigermaßen) festen Partner hat, weiß oft weder über sexuell übertragbare Krankheiten Bescheid noch würde sie Kondome oder dergleichen benutzen, einfach weil sie davon ausgeht, daß sie sich nicht infizieren kann (vor allem mit HIV). Das Wissen über Safer-Sex-Praktiken muß vervollständigt werden sowie das Thema „Verantwortung“ bzgl. Safer sex bearbeitet werden, um damit auf die Klientinnen zugehen zu können.
- ⇒ Die Teilnehmerinnen haben Unsicherheiten im Sprachgebrauch mit dem Thema Sexualität

2. Vorstellungsrunde

Seminarleitung und Teilnehmerinnen stellen sich vor.

Motivationsbeschreibung, Konzeptvorstellung, Seminareinstieg

An die Tafel werden für die Teilnehmerinnen drei Fragen als Leitfaden für die Vorstellung geschrieben:

- Warum arbeite ich im Drogenbereich / Knast?
- Warum arbeite ich mit Frauen?
- Was möchte ich in dieser Veranstaltung lernen?

Von den Teilnehmerinnen sollte deutlich werden:

- Welche Art von Arbeit machen die Teilnehmerinnen mit strafgefangenen Frauen?
- Wie schätzen sie die Problemstellung, den Bedarf an einer Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität für ihre Arbeit ein?

- Was genau wollen die Teilnehmerinnen in dem Seminar lernen bzw. welche Erwartungen haben sie an das Seminar?

Inhalt

Zuerst wurde von mir mein Arbeitsbereich in der niedrigschwelligen Drogenarbeit mit Mädchen und Frauen im Café Sperrgebiet in Hamburg vorgestellt, dann das Konzept der drei Schulungen, die im Rahmen des Peer-education-Programmes stattfanden und schließlich die Motivation bzw. Zielsetzung dieses speziellen Seminars.

- ⇒ Die Beraterinnen müssen, um mit den Klientinnen Sexualität thematisieren zu können - bzw. darauf adäquat eingehen zu können, wenn die Klientinnen von sich aus bestimmte Aspekte von Sexualität benennen, ihren eigenen Umgang mit Sexualität (Sprache, Werte, Kommunikationsverhalten etc.) kennen und reflektieren.
- ⇒ Ein Thema kann mit einer bestimmten Klientel nur dann besprochen werden, wenn die Beraterin das Thema als einen Schwerpunkt erkennt und es als Gesprächsthema anbietet.
- ⇒ Das Thema Sexualität umfaßt ein weites Arbeitsfeld, das strukturiert werden kann und muß, um unterschiedliche professionelle und emotionale Ebenen bearbeiten zu können.
- ⇒ Eigene Normen und Werte müssen stets reflektiert und auf mögliche Vorurteile überprüft werden.

Das Ziel des Tagesseminars ist, das Thema zu umreißen und zu strukturieren. Außerdem sollen die Probleme, die sich persönlich für die einzelne Beraterin mit

dem Thema ergeben, aufgezeigt, sowie das Thema ins Verhältnis zum Klientel gesetzt werden. Schließlich sollen auch praktische Anregungen gegeben werden, wie der Themenbereich *Safer sex / Safer work* mit der Klientel bearbeitet werden kann.

Die Teilnehmerinnen stellten sich aufgrund der drei vorgegebenen Fragen vor:

Arbeitsbereiche:

Die fünf Teilnehmerinnen kamen aus unterschiedlichen Bereichen: Eine Drogengebraucherin von JES (JunkiesEhemaligeSubstituierte), eine studentische Hilfskraft (Psychologiestudentin), die an dem Peer-Support-Projekt mitarbeitet, zwei Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes im Frauenstrafvollzug in und eine externe Drogenberaterin des Frauenvollzuges.

Motivation:

In der Vorstellungsrunde wurde deutlich, daß die Motivation der einzelnen Teilnehmerinnen, sich im Drogenbereich zu engagieren, sehr unterschiedlich war.

Die meisten Teilnehmerinnen hatten sich zu Beginn ihrer Arbeit nicht unbedingt bewußt für die Arbeit mit Frauen entschieden. In den Fällen, wo Arbeit mit Frauen ein Kriterium war, spielten u.a. politische bzw. systemkritische Aspekte eine Rolle. Auch gaben drei der Frauen an, sich nicht vorstellen zu können, im Strafvollzug mit männlichen Tätern (Mißbraucher, Vergewaltiger) zu arbeiten.

Es wurde deutlich, daß der Stand der Auseinandersetzung der einzelnen Teilnehmerinnen mit dem Thema Sexualität / sexuelle Gewalt sehr unterschiedlich war, daß jedoch für alle Frauen in ihrer Arbeit

der Bereich der Sexualität immer wieder auftaucht. Schwerpunkte wurden hierbei gesetzt auf das Thema „Safer Sex“, wo alle Teilnehmerinnen Bedarf an vermittelbarem Wissen äußerten, sowie dem Themenkomplex „sexuelle Gewalt“. In der Beratungsarbeit mit strafgefangenen Frauen taucht das Thema immer wieder auf und stellt sich für die betroffenen Frauen als ein noch zu bearbeitendes Thema dar, so daß die Beraterinnen sich - abgesehen von Drogenberatung - gleichzeitig immer um Lösungsansätze (wie etwa Therapieplätze) bemühen, in denen die Erfahrungen der Frauen bzgl. Sexualität mit aufgearbeitet werden können.

3. Grabbelsack

Übung für Kleingruppen. Zeit: etwa 60 Minuten

Einstieg in das Thema Sexualität / Gesprächsanlaß / Assoziationen zur Sexualität.

Aufgabenstellung: Eine Stofftasche mit Briefumschlägen, die verschiedene Gegenstände enthalten, die mit Sexualität im Zusammenhang stehen können, wird herumgereicht. Jede Teilnehmerin entnimmt der Tasche einen Umschlag und teilt der Gruppe ihre Assoziationen zu dem vorgefundenen Gegenstand mit. Die anderen ergänzen dazu, was ihnen einfällt. Dann wird die Tasche an die nächste Frau weitergegeben.

Material: Tasche mit Briefumschlägen. In den Umschlägen können z.B. folgende Gegenstände sein:

Lippenstift, Tampon, Kondom, Latexhandschuh, Latexfingerling, Foto oder Postkarte mit nackten Menschen, Heiratsanzeige, Tütchen Gleitgel, Kontaktanzeige, Liebesbrief etc.

Inhalt

Die Teilnehmerin sprach jeweils über ihre Assoziationen mit der Gruppe, woraufhin meist ein Gespräch / Austausch zu dem jeweils assoziierten Thema entstand.

Latex-Handschuh: Wurde assoziiert mit „hartem“ schwulen Sex, Fist-fucking, „perverse“ Praktiken. Außerdem mit Wundversorgung, medizinischen Notfällen, etwas, das jede in ihrem Auto im Handschuhfach haben sollte.

Tampon: Die Teilnehmerinnen sprachen darüber, was an Tampons angenehm bzw. unangenehm sei, über die Schwierigkeiten, Tampons in bestimmten Situationen zu benutzen und auch über Tampons beim Sex. Einer Teilnehmerin fiel ein, daß einmal eine Klientin dachte, ein Tampon würde nicht reichen, und sich drei oder vier Tampons gleichzeitig eingeführt hatte. Es wurde darüber gesprochen, was passieren kann, wenn ein Tampon in der Vagina „vergessen“ wird.

Anzeige einer Firma zur Kontaktvermittlung „Seitensprung“: Die Teilnehmerin assoziierte mit dieser Anzeige verschiedene Erinnerungen und Erlebnisse mit Prostitution. Daraufhin ging es in dem Gespräch um das Verhältnis der einzelnen Teilnehmerinnen zur Prostitution. Ablehnung, Ekel, Faszination, Respekt, Anerkennung sind einige der genannten Aspekte bzw. Emotionen zu dem Thema. Der Bedarf an Auseinandersetzung und Reflexion mit dem Thema und dem eigenen Verhältnis dazu wurde deutlich. Das Gespräch wurde abgebrochen, da es den geplanten Rahmen der Veranstaltung gesprengt hätte.

„Liebesbrief“: („Liebste, wenn ich Dich sehe, werden mir die Knie weich und mein Herz und noch anderes scheinen mir überzulaufen. 1000 Küsse“)

Dieser „Liebesbrief“ wurde von den Teilnehmerinnen fast durchgehend ablehnend beurteilt. „Beziehungslos und bedürftig“, „vulgär“, „obszön“, „geschmacklos“, „so etwas möchte ich nicht bekommen“ „unecht und künstlich“ u.ä. waren hauptsächlich die ersten Reaktionen: Es wurde davon ausgegangen, daß ein Mann einer Frau diesen Zettel zukommen lassen würde. Eine der Teilnehmerinnen räumte ein, daß sie sich beispielsweise im Falle einer harmonischen Beziehung nach einer erotischen Nacht über einen solchen Zettel auf dem Küchentisch freuen würde.

Kondom: Die meisten Teilnehmerinnen äußerten sich ablehnend gegenüber dem Gebrauch von Kondomen und konnten sich die Benutzung meist nicht vorstellen, da beim Sex das Kondom als störend und unangenehm empfunden wurde. Zu Beginn der Präventionskampagnen im Drogenbereich wurde der von außen kommende Kondomzwang als Sexualität unterbindend benannt.

Gruppendynamik

Es schien jedoch schwer, nach der vorhergegangenen Ablehnung (des Liebesbriefes) noch eine positive Assoziation zu äußern. In dieser Einheit waren bereits Werte deutlich, die eine Teilnehmerin, die sich positiv äußern würde, abseits der Gruppenmeinung gestellt hätte. Eine positive Deutung wurde dennoch geäußert, wenn auch spät, und zwar von einer Teilnehmerin, die noch nicht lange Kontakt mit der Klientel hat. An dieser Stelle wurde

deutlich, daß die Teilnehmerinnen sehr von den Erfahrungen und lange angeeigneten Wertigkeiten bezüglich ihrer Klientinnen beeinflußt sind.

Methodik/Didaktik

Es ist sinnvoll an der Übung nicht teilzunehmen, ich stellte mich jedoch für eventuelle Rückfragen zur Verfügung. Nähe zum Thema und sprachliche Kompetenzen und Unterschiede der Teilnehmerinnen bezüglich Verbalisierung „heikler“ Themen sind und waren in dieser Übung bereits identifizierbar und hilfreiche Anhaltspunkte für nachfolgende Übungen.

4. Sexualität und Sprache

Die Teilnehmerinnen bearbeiten 10 Minuten lang ein Arbeitsblatt mit fünf gezeichneten Abbildungen von Körperteilen bzw. eine Zeichnung von heterosexuellem Geschlechtsverkehr (**siehe Anhang 1**).

Die Teilnehmerinnen sollen für sie positive / von ihnen verwendete Begriffe, sowie für ihr Empfinden negative, von ihnen nicht verwendete Begriffe für die abgebildeten Körperteile aufschreiben. Schließlich werden die Zettel zerschnitten und nach den fünf Abbildungen sortiert und vorgestellt.

Inhalt

Für drei der Abbildungen wurden die Begriffe in zwei Spalten (positiv - negativ) an die Tafel angeschrieben und diskutiert. Es ging hierbei um Bezeichnungen von Penis, Vagina und dem weiblichen Hintern. In der Auflistung wurde deutlich, daß zum einen die Sprache für Sexualität und Genitalien sehr objekthaft ist, mit vielen

Verunglimpfungen und Abwertungen verbunden. Die meisten der Begriffe waren in der positiven wie in der negativen Spalte zu finden. Es konnte herausgearbeitet werden, daß der individuelle Umgang der Beraterin mit Sprache eventuell Beratungsgespräche über bestimmte Themen beeinflussen, d.h. verhindern, ermöglichen, blockieren oder fördern könnte und daß besonders zum Thema Sexualität / Körper ein reflektierter Umgang mit Sprache und inhärenten Werten notwendig ist.

Gruppendynamik

Ältere und länger mit der Klientel arbeitende Frauen waren strenger in ihren Bewertungen bestimmter Begriffe.

Auch das Alter der Teilnehmerinnen kann den Sprachgebrauch maßgeblich beeinflussen, da Sprache und damit zusammenhängende Werte veränderliche Faktoren sind. Ebenso floß die Frustration über eine unzureichende „schöne“ Sprache für Sexualität in die Motivation zu dieser Übung und in die Diskussion über Sprache mit ein. Noch nicht so lange in dem Bereich arbeitende Frauen waren aufgeschlossener für das pädagogische Potential, das Sprache und Werten inhärent ist.

Methodik/Didaktik

Individuell verschiedene Werte in Zusammenhang mit Sprache konnten herausgearbeitet werden, ebenso wie die Macht, die in Sprache stecken kann und inwiefern der Einsatz von unterschiedlichen sprachlichen Mitteln für Beratungsarbeit hinderlich oder förderlich wirken kann.

6. Was ist Sexualität? Brainstorming und Strukturierung des Themas

Übung in der ganzen Gruppe.

30 Minuten

Brainstorming

Material: Tafel, die Seminarleitung schreibt in Stichworten mit

Dieses Brainstorming soll ein Einstieg sein in die zweite Einheit der Schulung, in der es um das Verhältnis Beraterin - Klientin (im Strafvollzug) bzgl. Sexualität geht.

- Definition und Strukturierung des Themas
- Sexualität in der Beratungsarbeit eine adäquate Bedeutung beimessen und in Beratungssituationen dem Thema einen Raum schaffen
- Möglichkeiten und Grenzen der Beraterinnen bei der Bearbeitung dieses Themenkomplexes

Diese Definitionsübung ist auch die Voraussetzung für die Erarbeitung von Methoden in der Beratung.

Es sollen vier Themenbereiche herausgearbeitet werden:

- Freiwilligkeit, selbstgewählte Sexualität, Lust etc.
(u.a. Lesben und Schwule)
- professionelle Prostitution
- Beschaffungsprostitution (Sexualität und Drogen, Geld als maßgeblicher Faktor)
- Mißbrauch, Vergewaltigung, Sexuelle Gewalt (auch im Strafvollzug)

Gruppendynamik

Den Teilnehmerinnen fiel es schwer, die Frage bzw. die Intention präzise zu verstehen und zu beantworten. Es wurde deut-

lich, daß die Teilnehmerinnen sich von dem Themenkomplex an sich in ihrer Arbeit oft überwältigt fühlen und daß das Thema in seiner Fülle auf solch einer Schulung bzw. in solch einer Aufgabenstellung als nicht zu bearbeiten erschien.

Inhalt

In der Diskussion zur Verdeutlichung der Fragestellung erarbeiteten wir schließlich folgendes Ergebnis.

Beschaffungsprostitution: safer work / safer sex

Mißbrauch / Gewalt: aktuelle Beziehungen der Klientinnen bewegen sich in den gleichen Mustern wie Mißbrauch und Gewalt (Mißbrauchs- bzw. Suchtstrukturen)

Bei der Frage „Worauf haben Klientinnen ein Recht?“, mußte vorab die Intention der Fragestellung diskutiert werden. Offensichtlich fällt es nach längerer Arbeit mit der Klientel und der Auseinandersetzungen mit diversen Gewaltstrukturen schwer, das Klientel überhaupt mit privater, individueller und „positiver“ Sexualität in Verbindung zu bringen. An ein Umsetzen von lebenswerten Beziehungsstrukturen und ein befriedigendes Sexualleben wurde offenbar kaum geglaubt.

Sex / Lust: Menschenwürde - Sex haben - ausleben - Selbstbestimmung - Spaß

Methodik/Didaktik

Es ist wichtig, die Ergebnisse aus dem Plenum in strukturierter Form an der Tafel wiederzugeben bzw. visuell das Gesagte zu strukturieren, um deutlich zu machen, daß es sich bei dieser Thematik um Inhalte handelt, die strukturierbar und überschaubar sind.

Ein Flipchart ist geeigneter und übersichtlicher zur Visualisierung als eine Tafel, genau wie vorbereitete Arbeitsblätter, mit einer schematischen Darstellung des Ergebnisses.

7. Warum beschäftige ich mich mit der Sexualität der Klientinnen?

Einzeln und in Kleingruppen ca. 40-45 Minuten

Die Teilnehmerinnen bekommen Zettel und Stift und beantworten jede für sich die Fragen. (10 Minuten)

- a) Motivation - meine Ziele und Absichten (sowohl psychologische und pädagogische wie arbeitspraktische / lebensweltliche Bezüge zu den Klientinnen)
- b) Was kann ich bei der Arbeit mit dem Thema besonders gut?
- c) Was will ich im Idealfall bei der Klientin erreichen / was ist realistisch und wäre wünschenswert?

Danach Kleingruppenarbeit zur Diskussion der Ergebnisse. (20 Minuten)

Schließlich werden aus den beiden Kleingruppen die Ergebnisse dem Plenum vorgestellt.

Die Seminarleitung hat eine schematische Darstellung an der Tafel vorbereitet.

Gruppendynamik

Der zur Verfügung stehende Raum war nicht für Kleingruppenarbeit geeignet, deshalb wurden schließlich im Plenum exemplarisch die Ergebnisse einiger Teilnehmerinnen vorgestellt.

Inhalte

Motivation

- ⇒ Motivation: Bedarf der Klientinnen, über Sexualität zu sprechen, die Männer an ihr ausgelebt haben. Die Mauer der erfahrenen Sexualität - Raum geben, zuhören, dasein, nachfragen, eher bremsen.
- ⇒ Wissen vermitteln, Selbstempfindung der Klientinnen stärken, Selbstbewußtsein fördern, genau einschätzen und reflektieren können, welche Art von Kontakt zu einer Klientin besteht (mit Möglichkeiten und Grenzen), welches Anliegen vorherrscht, welche Bedürfnisse da sind, den Körper in die Beratungsarbeit mit einbeziehen.
- ⇒ Praktische Hilfen: Safer sex

Ziele

- ⇒ Die Frau soll sich schützen können.
- ⇒ Den Frauen positive Alternativen (über das Medium „Thema Sexualität“) aufzeigen: Sie haben das Recht, sich in ihrem Leben „gut zu fühlen“.

8. Schematischer Überblick: Sexualität

Wir haben es in der Drogenarbeit mit einer weiblichen Klientel mit unterschiedlichen Formen von Sexualität zu tun. Im Beratungsalltag mit den Mädchen und Frauen gibt es außerdem eine sogenannte pädagogische Ebene und eine alltagspraktische Ebene, die an den praktischen Bedürfnissen und Erfahrungen der Mädchen und Frauen orientiert ist.

1. Sexueller Mißbrauch und Gewalt

- a) Vergangenheit, evtl. Erfahrungen in Kindheit und Jugend u.a. als Ursache von emotionalen Traumata, möglicherweise auch Ursache von Drogenkonsum
Arbeitsform: Gespräch / Beratungsgespräch (Motivation / Ziel?)
- b) aktuell: Vergewaltigungen, Gewalt
 - beim Anschaffen
 - von Fremden
 - in der Familie, von „Freunden“, Zuhältern, BeziehungenArbeitsform: Krisenintervention (Motivation / Ziel?)

2. Beschaffungsprostitution

- a) Alltag / praktische Ebene: safer sex, safer work, z.B. Falle-schieben
Arbeitsform: Gespräche, Ressourcen abfragen, Wissen vermitteln (auch Demonstration), Gruppenangebote, Informationsweitergabe (Motivation / Ziel?)
- b) pädagogische Ebene: Auseinandersetzung mit dem Thema Prostitution, Auswirkungen auf die Klientinnen, Selbstbild, Selbstwertgefühl etc.. Zusammenhänge Sucht / Obdachlosigkeit / Prostitution. Fremdbild, Stigmatisierung
Arbeitsform: Gespräche / Beratung (Motivation / Ziel?)

3. „privater“ Sex

- a) praktische Ebene: safer sex.
Arbeitsform: Info-Vermittlung wie oben. Dabei jedoch anders notwendig: Gespräch / Beratungsgespräch.
Problem: Diskrepanz Beschaffungsprostitution versus privat gelebte

Sexualität, entemotionalisierter Sex versus (oft vermeintliche) Liebe. Hohe Reflexion und Beraterinnenkompetenz nötig. (Benutzt Du ein Kondom beim Sex?). Beziehungen oft innerhalb peer-group = Drogenszene, hohes Infektionsrisiko diverse STDs.

- b) pädagogische Ebene: Problematisierung und Reflexion von Beziehungsstrukturen, von Wiederholungen von Beziehungsmustern, die auch im sexuellen Bereich sich auf einer Ebene von Mißbrauch oder Gewalt abspielen, Bewußtmachung von Mechanismen, Spiegeln
Arbeitsform: Gespräch / Beratungsgespräch (Motivation / Ziel?)

4. Prostitution (professionell bzw. semi-professionell)

- a) Alltag / praktische Ebene: safer sex, safer work, z.B. Falle schieben
Arbeitsform: wie Beschaffungsprostitution..., außerdem aufnahmefähigere Klientinnen, möglicherweise anders zu motivieren, ihr Wissen weiterzugeben
- b) pädagogische Ebene: Auseinandersetzung mit Prostitution als „Beruf“, möglicherweise andere Perspektiven aufzeigen oder erarbeiten
Arbeitsform: Gespräche / Beratungsgespräche (Motivation / Ziel?)

Methodik/Didaktik

Da diese Schulung mit einem Veranstaltungstag sehr kurz ist und die Thematik angerissen, jedoch nicht vertieft werden kann, ist es wichtig, ein klares Modell vorstellen zu können, mit dem bei Bedarf weitergearbeitet werden kann. Die Seminarleiterin muß sehr deutlich machen,

daß es in einer solchen Veranstaltung nur um einen Überblick gehen kann.

9. SAFER SEX & Sexualpraktiken

Was ist Safer sex?

Vorführung / Vortrag: Erläuterung der Safer-sex-Praktiken mit Demonstrationsmaterialien aus einem Safer-sex-Köffchen (Inhalt siehe Anhang), mit Zeigen, Herumreichen und Anfassen aller Safer Sex Utensilien mit.

Anschließend eine Liste mit Sex- und Safer-sex-Praktiken an alle Teilnehmerinnen verteilen.

Material: ein Kosmetikkoffer mit diversen Utensilien, die für safer-sex / Verminderung des Infektionsrisikos bzgl. STD's benutzt werden können:

- Kondome
- Latexhandschuhe
- Latexfingerlinge
- Dental Dams (von der Rolle, rechteckige) aus dem zahnmedizinischen Bereich
- Dental Dams (made in Australien für lesbischen oral-Sex, extradünn und mit Geschmack)
- Gleitgel (wasserlöslich) in kleinen Einmal-Päckchen und Flasche und Gleitmittel (wasser- und fettfrei, wahrscheinlich auf Silikonbasis)
- ein Silikondildo
- Frischhaltefolie und Gefrierbeutel

Gruppendynamik

Die Vorführung und die entsprechenden Erläuterungen wurden von den TN sehr begrüßt, da jede ihren Bedarf an umfassendem Wissen bzgl. der Safer-sex-Prakti-

ken bekundet hatte. Am Schluß der Veranstaltung waren alle froh, noch etwas konsumieren zu können.

Inhalt

Besonders betont wurden bei dieser Vorführung die Tatsache, daß bekannte safer-sex-Praktiken sehr kondomfixiert und auf männliche Penetration ausgerichtet sind und daß es für die Klientinnen - besonders im Strafvollzug - notwendig ist, lesbische Sexpraktiken in Überlegungen und auch Erklärungen mit einzubeziehen und sie als selbstverständlich zu betrachten.

Sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionswege (Hepatitiden, HIV hauptsächlich, jedoch auch Pilze, Herpes etc.) wurden in diesem Zusammenhang im Überblick benannt (mit Verweis auf das Mediatorinnenpaket).

Methodik/Didaktik

Die Teilnehmerinnen sollten grundsätzlich dazu angeregt werden, Praktiken und Techniken der Anwendung der Safer sex-Utensilien zuhause auszuprobieren. Wenn sie in ihrer Arbeit dieses Wissen umsetzen wollen, sollten sie sich auch mit Latex vertraut machen, um mit dem Thema umgehen zu können.

Die Vorführ-Einheit macht Spaß und lockert die Atmosphäre auf.

10. Abschlußrunde

In einer Runde im Plenum sollte jede Teilnehmerin sich noch einmal kurz nach dem Prinzip des Blitzlichtes zu ihren Eindrücken über das Seminar äußern:

Was hat Dir gefehlt an der Schulung?

Was ist Dir schwergefallen?

Was hat Dir gefallen?

Was ist Dir leicht gefallen?

Was war neu für Dich, was alt?

Was nimmst Du mit?

Die Teilnehmerinnen äußerten sich zu einzelnen Teilen / Übungen der Veranstaltung und zur Veranstaltung insgesamt.

Positive Kritik

- ⇒ kleine Gruppe
- ⇒ nur Frauen
- ⇒ einen ganzen Tag zu einem Thema, intensive Auseinandersetzung, einen Tag raus aus dem üblichen Arbeitsalltag / raus aus dem Gefängnis
- ⇒ neue Denkanstöße
- ⇒ praktische Übungen (z.B. Grabbelsack) sehr anschaulich und eindringlich, hilfreich für die Materie
- ⇒ eigene Werte, Sprache und Herangehensweisen überprüfen können
- ⇒ Überblick über Sexualpraktiken und Safer sex gut zur Überlegung, wie das in den eigenen Vollzugs-Arbeitsalltag eingebaut werden kann
- ⇒ Anregung mit Safer-Sex-Koffer als Vermittlungsmethode / Einstieg ins Thema mit bestimmten Klientinnen
- ⇒ wichtige Anregungen: nur wenn ein Thema für eine Beraterin selbstverständlich - und reflektiert - ist, kann sie dieses Thema / den Raum für das Thema der Klientin anbieten
- ⇒ wichtig: Überblick über den Themenbereich Sexualität, um ihm einen adäquaten Stellenwert zuzumessen

Negative Kritik

- ⇒ ein Tag nicht ausreichend zur Behandlung des Themas

- ⇒ Übungen zur Sprache und eigenen Bewertungen wurden von einigen als überflüssig empfunden
- ⇒ Alltag im Strafvollzug hatte zu wenig Raum in der Schulung
- ⇒ Themen wurden nur angeschnitten, andiskutiert, dann abgebrochen, Vertiefung fehlt
- ⇒ Mehr Erwartungen bzgl. Vermittlung von Methoden, weniger Selbst-Erarbeiten-Müssen

11. **Schlußbemerkungen** { XE "Schlußbemerkungen" }

- ⇒ Die Multiplikatorinnen-Schulung konnte nur einen ersten Überblick über das Thema geben. Um sinnvolle Peer education durchzuführen, müßten die jeweiligen pädagogischen Mitarbeiterinnen der Vollzugsanstalten:

- kontinuierlichen Austausch haben
- die Möglichkeit haben, sich fortlaufend bzgl. des Themas weiterzubilden (Auseinandersetzung mit Mißbrauch, Vergewaltigung, Prostitution etc.).

Es reicht beim Thema Sexualität nicht aus, lediglich Informationen zum WIE von Safer sex zu vermitteln. Als Grundlage für die Umsetzung des praktischen Wissens ist eine Auseinandersetzung mit der Zielgruppe, mit den Ursachen von persönlichen Strukturen, die einen

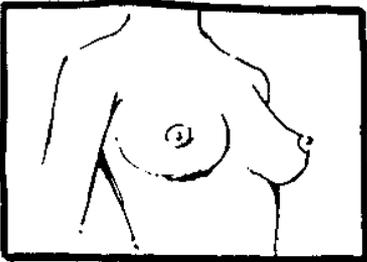
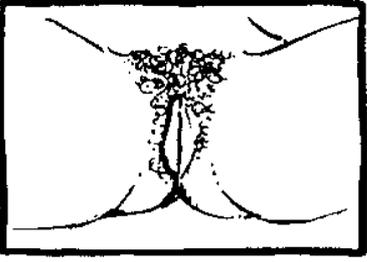
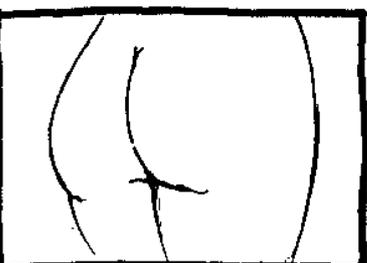
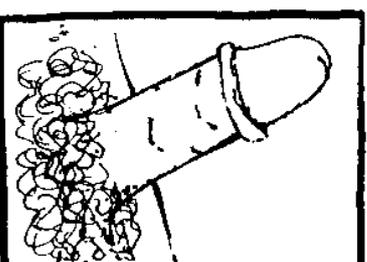
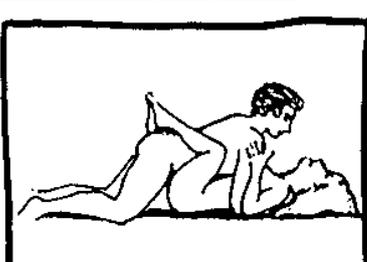
destruktiven und ungesunden Umgang mit Sexualität bedingen, notwendig.

- ⇒ Alle Mitarbeiterinnen, die in der Drogenberatung oder Sozialberatung tätig sind, sollten regelmäßig dazu angehalten werden, BeraterInnentrainings (z.B. der Deutschen Aidshilfe) zu besuchen. Dort werden notwendige Kenntnisse -
- ⇒ für die Beratung vermittelt, die besonders in Beratungssituation, die das Thema Sexualität zum Gegenstand haben, unerlässlich sind, wie zum Beispiel Wertfreiheit, Umgang mit Sprache etc. Bedauerlicherweise kann nicht selbstverständlich von Beratungskompetenzen ausgegangen werden. Mitarbeiterinnen des Strafvollzugs sollten extern Arbeitsgruppen und Vernetzungen bilden. Nicht zuletzt deshalb, weil es einem strafvollzuglich-pädagogischen Burnout vorbeugt, die Mauern zu verlassen. Die Klientel verbringt wahrscheinlich oft mehr Zeit draußen als die Betreuerinnen und Beraterinnen.
- ⇒ Eine informelle Zusammenarbeit mit Drogenhilfeeinrichtungen und AIDS-Hilfen zu dem Thema wäre für eine umfassende peer-education unerlässlich.

4 Anhang

- 1 Arbeitsblatt „Sexualität und Sprache“ aus dem „Medienpaket AIDS“ der Aids-Beratungsstelle der BAGS Hamburg
- 2 Arbeitsblätter „HIV-Infektion und Sexualität“ aus dem „Medienpaket AIDS“ der Aids-Beratungsstelle der BAGS Hamburg
- 3 Vorlage für Folie: „Erkrankungsfälle im Vergleich“ zu Hepatitis und HIV aus dem „Medienpaket AIDS“ der Aids-Beratungsstelle der BAGS Hamburg
- 4.1+4.2 Informationsblätter zu Hepatitiden und HIV
 - zusammengestellt von Dr. Insa Gemnich und Kathrin Eßmann, Café Sperrgebiet Hamburg
- aus dem Paket „check the clients“ von HYDRA Berlin
- aus dem „Medienpaket AIDS“ der Aids-Beratungsstelle der BAGS Hamburg
- 5 Informationsblatt Safer-sex Praktiken
- 6 Vorlage für Folie: „Kondome - richtig benutzt“ aus dem „Medienpaket AIDS“ der Aids-Beratungsstelle der BAGS Hamburg
- 7 Arbeitsblätter der BZgA/DAH Berlin: „Kann man sich hier anstecken?“ und „AIDS-Rallye“
- 8 Inhaltsangabe des Readers für die Mediatorinnen
- 9 Arbeitsblätter zur Textarbeit: „Haste ma' 'ne Maak“ und „Drogitte“

Anhang 1

Sexualität und Sprache		
	Begriffe, die ich mag	Begriffe, die ich nicht verwende und ablehne
1.		
		
2.		
		
3.		
		
4.		
		
5.		
		

HIV-Infektion und Sexualität

Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie folgende Fragen schriftlich.

Das, was Sie möchten, besprechen sie dann in einer Kleingruppe.

Die ausgefüllten Arbeitsblätter werden **nicht** wieder abgegeben.

1. Gibt es Menschen, die Ihrer Meinung nach selbst schuld sind, daß sie sich infiziert haben? Wenn ja, welche?
2. Worin besteht die Schuld dieser Menschen?
3. Gibt es in Ihren Augen Menschen, die wirklich keine Schuld an ihrer HIV-Infektion tragen? Wenn ja, welche?
4. Wie stellen Sie sich Ihr Sexualeben im Falle einer eigenen HIV-Infektion vor?

Anhang 2 / 2

5. Erwarten Sie von einem/einer möglichen Sexualpartner/in, daß er/sie darüber informiert, daß er/sie infiziert ist?

6. Wie schätzen Sie ihren eigenen Sexualtrieb ein?
stark/schwach?

5. Könnten Sie sich vorstellen, für den Rest Ihres Lebens auf Geschlechtsverkehr zu verzichten?

6. Wer ist Ihrer Meinung nach schuldiger am Zustandekommen einer Infektion: der/die bereits Infizierte oder der/die (noch) nicht HIV-Infizierte?
Wenn beide, wer zu wieviel Prozent?

7. Gibt es in diesem Zusammenhang einen Unterschied zwischen Verantwortung und Schuld?

Anhang 2 / 3

10. Wie, glauben Sie, wirkt sich das Wissen um die HIV-Infektion auf die Gestaltung des Lebens von Infizierten aus?

11. Würden Sie eine/n HIV-Infizierte/n küssen?

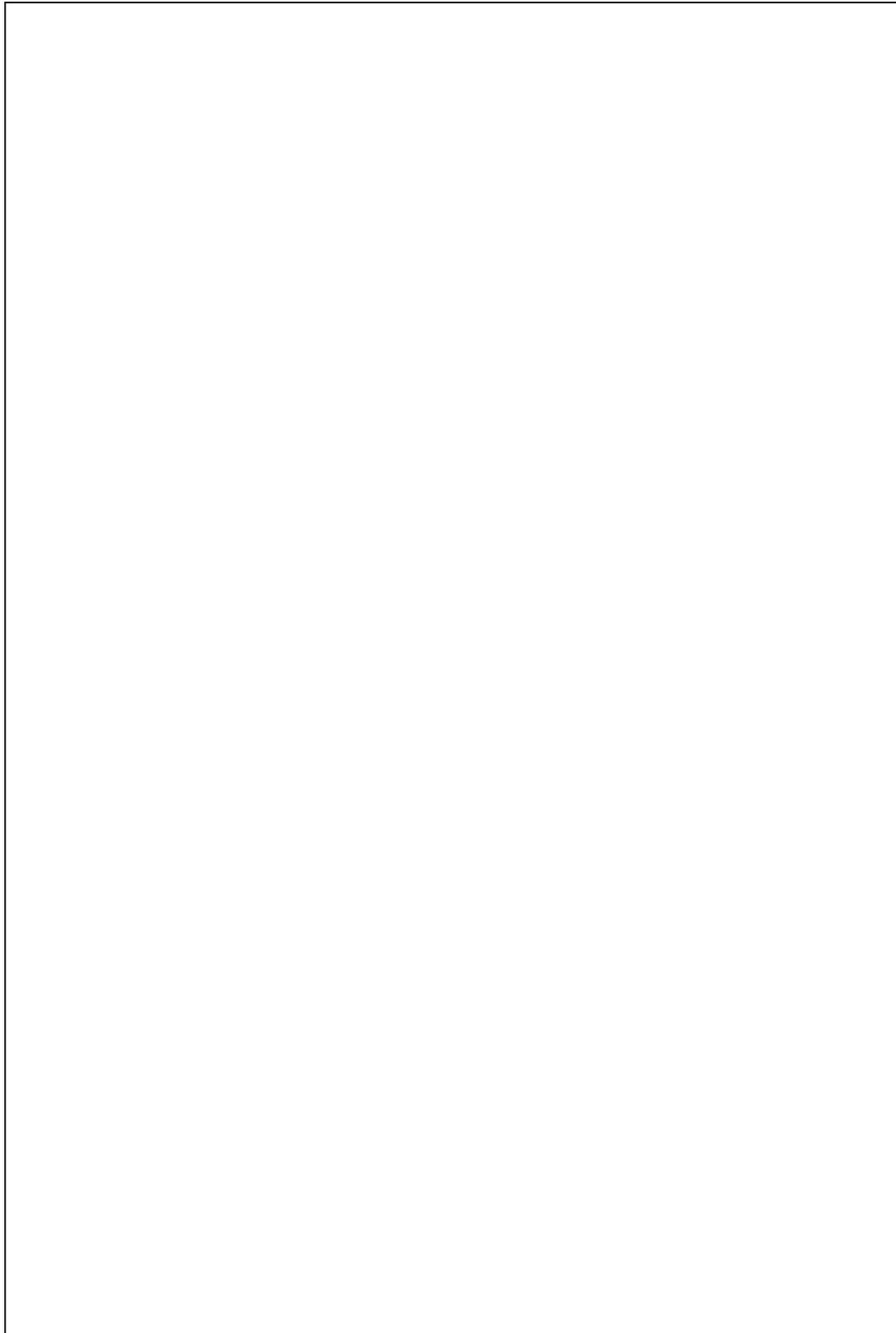
12. Wären Ihnen Kondome sicher genug beim Geschlechtsverkehr mit jemandem, der/die ein hohes Risiko hat, HIV-infiziert zu sein?

13. Wären Ihnen Kondome zur Schwangerschaftsverhütung sicher genug?

14. Wie finden Sie es, wenn jemand unter gar keinen Umständen auf Sexualpraktiken verzichten will, die Sie für besonders gefährlich halten?

15. Wie ist es Ihnen mit der Beantwortung dieser Fragen ergangen?

Anhang 3



Anhang 4.1

Hepatitis

Was ist der Unterschied zwischen Hepatitis B und C?

Hepatitis A ist nur eine „leichte“ Hepatitis, heilt eigentlich immer aus. Eine durchgemachte Hepatitis A hinterläßt in der Regel eine Immunität für diese Art der Hepatitis.

Hepatitis B heilt in 90% mit Immunität aus, wird aber in ca. 10% chronisch mit der Gefahr von Leberzirrhose und Leberkrebs.

Eine Hepatitis-C-Infektion wird bei 30 bis 70% der Erkrankten chronisch, ebenfalls mit der Möglichkeit der Entstehung von Leberzirrhose und Leberkrebs. Bei Untersuchungen zeigte sich, daß 60-90% von i.v.-Drogenabhängigen mit Hepatitis C infiziert sind.

Wo ist das Virus, wie wird es übertragen?

A Übertragung:

Das Virus ist im Magen / Darm / Nahrungskanal, NICHT im Blut. Das ganze nennt sich dann Schmierinfektion (fäkal-oraler Übertragungsweg): Nach Toilette nicht die Hände gewaschen, damit dann Essen angefaßt...

HBV (Hepatitis-B-Virus) und **HCV** (Hepatitis-C-Virus) befinden sich im Blut.

B Übertragung:

oral, Geschlechtsverkehr, Blut, Speichel, kleine Schleimhautverletzungen.

C Übertragung:

„Post-Transfusions-Hepatitis“. Auch SEHR infektiös. Übertragung vermutlich wie bei B, aber hauptsächlich durch Blut.

Behandlung

Behandeln kann man keines der Hepatitis-Viren. Das Immunsystem des Körpers muß die Viren bekämpfen, also muß das Immunsystem gestärkt werden (keinen Alkohol, gesundes Essen und Trinken, vor allem regelmäßig, so wenig wie möglich Stoffe / Gifte, die die Leber angreifen). Außerdem gibt es Behandlungen, die das Immunsystem stärken, zum Beispiel mit Interferon, was aber nicht immer wirksam ist. **Warum ins Krankenhaus?:** a) damit es nicht zu einem akuten Leberausfall kommt, b) zur Unterstützung des Immunsystems, zur Kontrolle der Hepatitis.

Impfung:

Gegen Hepatitis A und B gibt es eine Passiv-Impfung und eine Aktiv-Impfung.

Bei einer passiven Impfung werden Hepatitis-Antikörper geimpft. Dadurch entsteht eine sog. Leih-Immunität, die in der Regel nur ca. 10 Wochen Infektionsschutz bietet. Bei einer

aktiven Impfung werden veränderte Bestandteile der Virusoberfläche geimpft, der Körper bildet selbst eigene Antikörper. Diese Impfung ist besser und hält länger an (ca. 10 Jahre, 2 Wiederholungsimpfungen im Abstand von 1 Monat und ½ Jahr sind notwendig). Es kann bei den Impfungen zu allgemeinen Krankheitserscheinungen kommen, jedoch bekommt man nie durch die Impfung eine Hepatitis.

Gegen Hepatitis C gibt es keinen Impfstoff.

Erkrankung / Ausheilung

Ist eine Hepatitis-erkrankung akut, muß der Körper mit den Viren fertigwerden, das Immunsystem entwickelt Antikörper und bekämpft die Viren, wenn die Hepatitis ausgeheilt ist, ist man / frau immun.

Chronische Erkrankung: Die Viren ruhen in den Leberzellen, tauchen „bei Bedarf“ (Streß, Intoxikation durch Alkohol, Infektionsanfähigkeit...) wieder auf. Durch eine Untersuchung des Blutes (Blutwerte) ist feststellbar, ob eine Hepatitis chronisch oder ausgeheilt ist. Bei einer chronischen Erkrankung sollten monatlich bis halbjährlich Untersuchungen gemacht werden (Ultraschall...), außerdem sollte bei Beschwerden ein Arzt / eine Ärztin aufgesucht werden.

Alle, die HBV oder HCV hatten, sollten die Blutwerte nach einem Jahr wieder untersuchen lassen, um sicher zu gehen.

Gefahr

Bei einer akuten Hepatitis kann die Leber innerhalb von kürzester Zeit zerfallen (innerhalb von Tagen!), dann reichern sich giftige Substanzen, die nicht mehr von der Leber „entsorgt“ werden können, im Blut an, es kann zu Gehirnschäden kommen, das Blut bildet außerdem keine Gerinnungsstoffe mehr.

Leberzirrhose: entwickelt sich innerhalb von Jahren. Die Leber verwandelt sich in Bindegewebe und funktioniert nicht mehr richtig als Entgiftungsorgan.

Karzinome / Krebs: Die Leberzellen „entarten“ durch den chronischen Entzündungsreiz oder in den Leberzellen findet durch die Viren eine Erbgutveränderung statt. Diese Krebsart führt schnell zum Tod.

Wann können andere angesteckt werden?

HAV > 2 Wochen, bevor die Entzündung richtig ausbricht, 20-60 Tage nach der eigenen Infektion. Der Stuhl ist infektiös - Schmierinfektion.

HBV > nach 60 bzw. 90 bis 180 Tagen (nach Infektion) bei Leberinfektion.
Hängt von der Virusmenge im Blut ab
Bei chronischer Infektion: Immer!!

HCV > durchgehend infektiös
bei chronisch Infizierten: Alle können angesteckt werden.

Hepatitis A, B und C

Die Hepatitis - auch Gelbsucht genannt - ist eine Leberentzündung, die durch verschiedene Viren hervorgerufen wird. Man unterscheidet Hepatitis A, B oder C. Die Übertragungswege der verschiedenen Hepatitis-Viren sind unterschiedlich, aber alle sind ansteckend und 100mal infektiöser als HIV. Schon bei Kontakt mit getrocknetem Blut ist eine Infektion möglich.

Übertragungswege

Hepatitis A wird „fäkal-oral“ übertragen, z.B. beim Rimming (anal lecken) oder durch Lebensmittel, die ein Hepatitis-Infizierter berührt, der sich nach dem Toilettengang nicht die Hände gewaschen hat.

Hepatitis B wird wie HIV beim ungeschützten Geschlechtsverkehr durch den Austausch von Körperflüssigkeiten oder bei der Verwendung fremder gebrauchter Spritzen übertragen.

Die Übertragungswege von **Hepatitis C** sind nicht gänzlich erforscht. Es gibt eine Reihe von Fällen, wo der Ansteckungsweg nicht geklärt werden konnte. Sicher ist die Übertragung durch den Austausch von Blutprodukten (Transfusion, gemeinsamer Spritzengebrauch). Darüber hinaus wird die Übertragung durch ungeschützten Geschlechtsverkehr angenommen.

Symptome

Folgende Symptome können auftreten:

- grippeähnliche Krankheitszeichen wie Fieber, Übelkeit, Appetitlosigkeit und Erschöpfung
- Schmerzen auf der rechten Seite oberhalb des Magens
- heller Kot und dunkler Urin

- Gelbfärbung von Haut und Augen

Bei vielen Menschen verlaufen Hepatitis-Infektionen unbemerkt (stille Infektion). Trotz fehlender Symptome existiert das Virus in der Leber und im Blut. Es kann auf andere Menschen übertragen werden und eventuell zu einem späteren Krankheitsausbruch führen.

Inkubationszeiten

(so heißt die Zeit zwischen Ansteckung und Ausbruch der Krankheit)

Hepatitis A: 2 bis 6 Wochen

Hepatitis B: 2 Wochen bis 6 Monate

Hepatitis C: 2 bis 4 Monate

Krankheitsverläufe

Hepatitis A

Im Gegensatz zu Hepatitis B und C heilt Hepatitis A immer aus, das heißt sie wird nicht chronisch. In einigen Fällen kann die Heilung mehrere Monate dauern.

Hepatitis B

Die Hepatitis B ist eine ernstzunehmende Erkrankung. Ein chronischer Krankheitsverlauf (10 Prozent der Fälle) erhöht die Gefahr, an Leberkrebs oder -zirrhose zu erkranken.

Hepatitis C

Zwischen 50 und 70 Prozent aller Hepatitis-C-Infektionen entwickeln eine chronische Verlaufsform, die in Leberkrebs oder -zirrhose übergehen kann.

Diagnose

Eine Blutprobe wird auf Antikörper gegen Hepatitisviren untersucht. Hepatitis C kann nur durch kostspielige Nachweisverfahren eindeutig festgestellt werden.

Behandlung

Gegen die Hepatitis A, B und C gibt es lediglich symptomatische Behandlungsmöglichkeiten, d. h. daß man die Krankheit an sich nicht behandeln sondern nur gegen ihre Symptome etwas tun kann.

Wichtig sind Bettruhe und eine Alkoholabstinenz für mindestens ein Jahr. Die Abstinenz ist zur Schonung der angegriffenen Leber notwendig, da die Leber eines der Organe ist, die Alkohol im Blut abbauen. Alkoholgebrauch während der Heilungsphase würde die Leber belasten und die Heilungschancen drastisch vermindern.

Untersuchung der Freier

Vorsicht: Die höchste Ansteckungsgefahr geht vom Freier während der Inkubationszeit aus, also dann, wenn noch keine Symptome auftreten. Das heißt, jeder Freier könnte ansteckend sein.

Vorbeugung

Einer Hepatitis-A-Infektion kann durch Vermeidung oraler Praktiken im fäkal-analen Bereich, gründlichem Händewaschen vor dem Essen und nach jedem Toilettengang vorgebeugt werden.

Hepatitis B- und Hepatitis-C-Infektionen können durch konsequente Verwendung von Kondomen und eigenem Spritzbesteck sowie Vermeidung von Blutkontakten verhindert werden.

Impfungen

Gegen Hepatitis A und gegen Hepatitis B kann man sich mit einer Dreifach-Impfung im Zeitabstand von 0 - 1 - 6 Monaten schützen. Diese Impfungen sind gut verträglich und bieten einen sicheren Schutz für ca. 10 Jahre. Gegen Hepatitis C kann man sich nicht impfen lassen.

Im allgemeinen muß diese, nicht ganz preiswerte Impfung selbst bezahlt werden. Wer unter der Berufsbezeichnung „Prostituierte“ krankenversichert ist, kann aufgrund des Berufsrisikos versuchen, eine Übernahme der Kosten durchzusetzen.

Das Gesundheitsamt Charfottenburg führt kostenlose Untersuchungen auf Hepatitis-Antikörper durch. Dieser Antikörper-Test empfiehlt sich aus zweierlei Gründen. Einmal kann man mit seiner Hilfe vor einer Hepatitis-Impfung abklären, ob man bereits Antikörper-Trägerin ist, sich also schon infiziert hatte oder hat. In diesem Fall wäre eine Impfung gegen den entsprechenden Hepatitis-Virus überflüssig.

Zum anderen empfiehlt sich der Antikörper-Test zur Überprüfung der Immunisierung. Man kann damit feststellen, ob der Körper die Impfung angenommen und eigene Hepatitis-Antikörper gebildet hat.

Anhang 4.2

HIV / AIDS

AIDS (Aquired Immune Deflency Syndrom) bedeutet ins Deutsche übersetzt: Erworbene Schwäche des Immunsystems und wird durch ein Virus hervorgerufen, das HIV (Menschliches Immunschwäche-Virus) genannt wird. Dieses Virus greift das Immunsystem des menschlichen Körpers an, die Abwehrkraft gegen Krankheiten wird schwächer und der oder die Infizierte wird für viele Krankheiten anfällig.

Infektion

Das HIV ist im Blut, im Samen, in der Vaginalflüssigkeit und in der Muttermilch von infizierten Menschen festgestellt worden. Deshalb wird davon ausgegangen, daß die Infektion durch den Austausch dieser Körperflüssigkeiten geschieht. Für einen Austausch muß Körperflüssigkeit einer infizierten Person in den Blutkreislauf einer anderen Person geraten.

Das Virus kann durch intakte Schleimhäute, winzige Hautabschürfungen und Verletzungen in der Vagina, am Penis, im Anus und im Mund in den Blutkreislauf eindringen.

Übertragungswege

Übertragungswege sind der ungeschützte Geschlechtsverkehr (anal, vaginal und oral), der gemeinsame Gebrauch von Spritzen oder Stichverletzungen mit benutzten Spritzen.

Eine infizierte Mutter kann das Virus an ihr ungeborenenes Kind weitergeben.

Besonders leicht kann man sich infizieren, wenn man akut an einer Geschlechtskrankheit leidet, da man in diesem Fall häufig kleine offene Wunden und Hautrisse hat, die es dem HIV-Virus erleichtern, in den Blutkreislauf zu gelangen.

Menschen mit HIV bleiben, auch wenn sie keine typischen Krankheitssymptome entwickeln, ihr Leben lang für andere Menschen ansteckend. Besonders ansteckend sind sie in der ersten Zeit nach Ihrer eigenen Ansteckung, also in der Zeit, bevor im Körper HIV-Antikörper gebildet wurden, die bei einem Test Aufschluß darüber geben, ob man sich infiziert hat. In Kurzform: Die Infizierten sind in der Zeit am gefährlichsten für die Nichtinfizierten, wenn die Ansteckung medizinisch noch nicht nachweisbar ist.

Symptome

Nach der Ansteckung mit HIV kann es Monate oder sogar Jahre dauern, bis AIDS-typische Krankheitssymptome auftreten. Dazu gehören Krebserkrankungen, Gehirnstörungen und schwere Infektionen.

Diagnose

Noch der Ansteckung produziert der menschliche Körper HIV-Antikörper. Frühestens nach vier Wochen, spätestens nach vier Monaten nach der Ansteckung sind diese gebildet und können im Blut nachgewiesen werden.

Sinnvoll ist ein Test daher frühestens noch einem Monat nachdem man eine Ansteckung vermutet.

Das Blut wird auf HIV-Antikörper untersucht. Ein positives Ergebnis bedeutet eine Infektion mit HIV. Ist der Test negativ, bedeutet das nicht unbedingt, daß keine Infektion vorliegt, sondern es bedeutet, daß keine Antikörper gebildet wurden.

Beratung

Ein HIV-Test sollte immer in Zusammenhang mit einer Beratung gemacht werden. Ein positives Ergebnis kann sehr tiefgreifende Auswirkungen haben und alle Pläne umstoßen, die Prostitution, Beziehungen, Familie und Kinderkriegen, Reisen oder andere wichtige Lebensinhalte betreffen.

HIV-positiv getestete Prostituierte können sich anonym bei HYDRA oder bei einer anderen AIDS-Beratungsstelle beraten lassen. Dort gibt es Informationen über Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten.

Das betrifft Methadonprogramme, Ernährungsberatungsstellen, Meditations- und Selbsthilfegruppen und Hauspflege. Auch Hilfe beim Antrag auf Sozialhilfe und zu anderen finanziellen Unterstützungen sowie zu rechtlichen Fragen können die Beratungsstellen bieten.

Behandlung

Bei einer HIV-Infektion gibt es einige verschreibungspflichtige Medikamente wie z.B. AZT, ddl, ddC und andere Medikamente. Manche sind nur erhältlich, wenn an einer Untersuchungsreihe über diese Medikamente teilgenommen wird. Es gibt aber auch eine Reihe alternativer Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten, die im Zusammenhang mit der HIV-Infektion auftreten. Empfehlenswert ist alles, was das Immunsystem stärkt: eine gesunde Ernährung mit viel frischem Obst und Gemüse, Meditation (d.h. zur Ruhe kommen, innerlich Abstand nehmen von Sorgen und Ängsten, Abbau von Streß) und Bewegung, am besten im Freien (z.B. Yoga, Tai Chi, Joggen u.ä, kein Leistungssport).

Prävention

Die einzige Möglichkeit der Prävention besteht im sorgfältigen Gebrauch von Kondomen, sterilen Spritzen und -utensilien. Bisher hat die medizinische Forschung kein Wundermittel gegen AIDS gefunden und niemand weiß, wann und ob es jemals gefunden wird. Sollte dieser Fall eintreten, wird er bestimmt als achtetes Weltwunder in die Geschichte eingehen.

HIV-Infektion

Ansteckung ist nicht möglich durch:

- feuchte, tiefe Küsse;
- Händeschütteln, Umarmen, Streicheln;
- gemeinsames Benutzen von Geschirr;
- gemeinsames Benutzen von Toiletten, Bädern, Saunen;
- Zusammenarbeiten, Wohnen mit AIDS-Kranken oder HIV-positiven Personen.

Schutz vor Infektion:

Sexueller Bereich:

- sehr weitgehende Risikoverminderung durch richtigen Gebrauch von Kondomen.

Blut-zu-Blut-Kontakte:

- Testung von Blutspendern und Aufklärung über Risikosituationen;
- Alternativen zu Fremdbluttransfusion wie Eigenblutspende vor bestimmten Operationen;
- keine gemeinsame Benutzung von Nadeln und Spritzen bei Drogenabhängigen;
- Vermeidung von Stichverletzungen und Einhaltung der üblichen Hygieneregeln bei der Pflege von Patienten (insbesondere AIDS-Kranken oder HIV-infizierten Patienten).

HIV-Infektion

Eintrittspforten können sein:

In die Blutbahn:

- direkter Zugang zu Blutgefäßen
- tiefe, offene Verletzungen
- verletzte Haut (z.B. nässende, offene Entzündungen)

Über Schleimhäute:

- im Enddarm (After)
- in der Scheide (Vagina)
- am Glied (Penis)/in der Harnröhre

Virushaltige Flüssigkeiten sind:

- **Blut**
- **Samenflüssigkeit**
- **Scheidenflüssigkeit**

HIV-haltige Körperflüssigkeiten

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Virusmenge in Körperflüssigkeiten und der Wahrscheinlichkeit, daß die HIV-Infektion durch eine Körperflüssigkeit übertragen wird.

Die Virusmenge einer Körperflüssigkeit bestimmt sich nach ihrem Gehalt an freien, außerhalb von Zellen befindlichen Viren und ihrem Gehalt an HIV-infizierten Zellen. Die Ansteckungswahrscheinlichkeit beim Kontakt mit Blut, Samen- und Scheidenflüssigkeit ist deshalb relativ hoch weil sie relativ hohe Virusmengen enthalten können. Andere Körperflüssigkeiten haben für die HIV-Übertragung eine sehr viel geringere Bedeutung. Es sind nur wenige Fälle beschrieben, bei denen eine Übertragung durch Muttermilch stattgefunden hat. Die Übertragung durch Speichel, Kot, Urin und Tränenflüssigkeit ist äußerst unwahrscheinlich

MÖGLICHE SEX-PRAKTIKEN UND SAFER SEX

ZUR VERMEIDUNG DER INFEKTION MIT HIV, HEPATITIDEN ETC.

Vaginalverkehr

Mann bei Frau – Penetration mit Penis

Kondome

Frau bei Frau (natürlich auch mit Mann möglich = streicheln / reiben / Penetration mit Fingern / Händen / Sextoys = z.B. Dildo, Vibrator, anderes

Bei phallusartigen Gegenständen (Penetration) immer Kondome benutzen, bei Händen / Fingern Latexhandschuhe. Wasserlösliches Gleitgel verhindert, daß das Latex die Vagina austrocknet. Bei Austrocknung entstehen leichter kleine Verletzungen. Beim Gebrauch von Latexhandschuhen muß darauf geachtet werden, daß die Fingernägel nicht zu lang, zu spitz, zu scharfkantig sind, sonst gehen die Handschuhe kaputt oder es besteht sowieso Verletzungsgefahr.

Vorsicht: Irgendwelche Gemüse sind oft gespritzt, können Allergien verursachen - also auch Kondome drüberziehen! Flaschen sind gefährlich wegen Öffnung / Vakuum und weil Glas. Verletzungsgefahr! Vorsicht bei der Wahl der „Spielzeuge“.

Analverkehr

Mann bei Frau anal (oder Mann/Mann) - Penetration mit Penis

Kondome und viel wasserlösliches Gleitgel benutzen. Der Anus ist sehr empfindlich, Darmwände reißen schnell ein bißchen ein.

Frau bei Frau anal - Penetration (auch Mann bei Frau oder Frau bei Mann mit Fingern / Händen / Sextoys)

Besonders vorsichtig sein, auf jeden Fall wasserlösliches Gleitgel benutzen, da der Anus keine eigenen Sekrete zum Befeuchten ausscheidet, Kondome oder Handschuhe oder sogenannte Latex-Fingerlinge benutzen.

Oralverkehr

Frau beim Mann oral – „französich“ / einen blasen

Kondome benutzen. Wenn keine Kondome, auf keinen Fall Sperma in den Mund nehmen und schon gar nicht runterschlucken. Sperma ist sehr infektiös.

Mann bei Frau oder Frau bei Frau oral - Lecken

Dental dam (Latex-Lecktuch) zwischen Zunge/ Mund und Vagina.

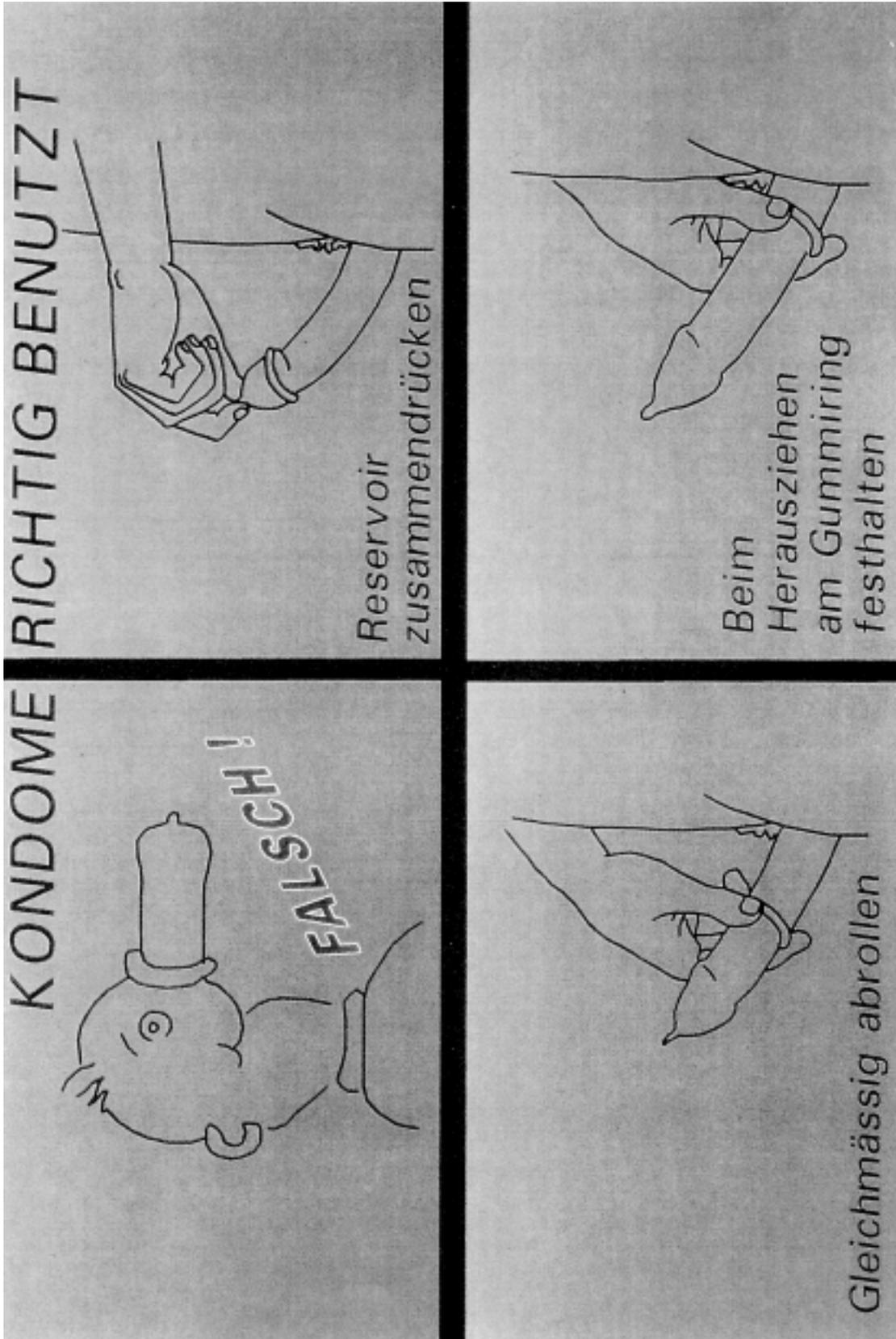
Alternativen: Kondom zerschneiden oder Latexhandschuh zerschneiden, so daß ein rechteckiges Latex-Lecktuch entsteht. Offiziell nachweislich findet keine Übertragung von HIV durch die Scheidenflüssigkeit statt (im Mund oder vom Speichel auf Vagina), aber die Ergebnisse sind nicht sicher. Wenn die Frau ihre Menstruation hat, ist außerdem Blut im Spiel. Latex-Lecktücher schützen auch vor der Übertragung von anderen Krankheiten, z.B. Pilzen, Syphilis. Tuch während des Gebrauchs nicht umdrehen. Nicht nacheinander das gleiche Tuch benutzen.

Sex mit Sextoys - Dildo, Vibrator und anderes -

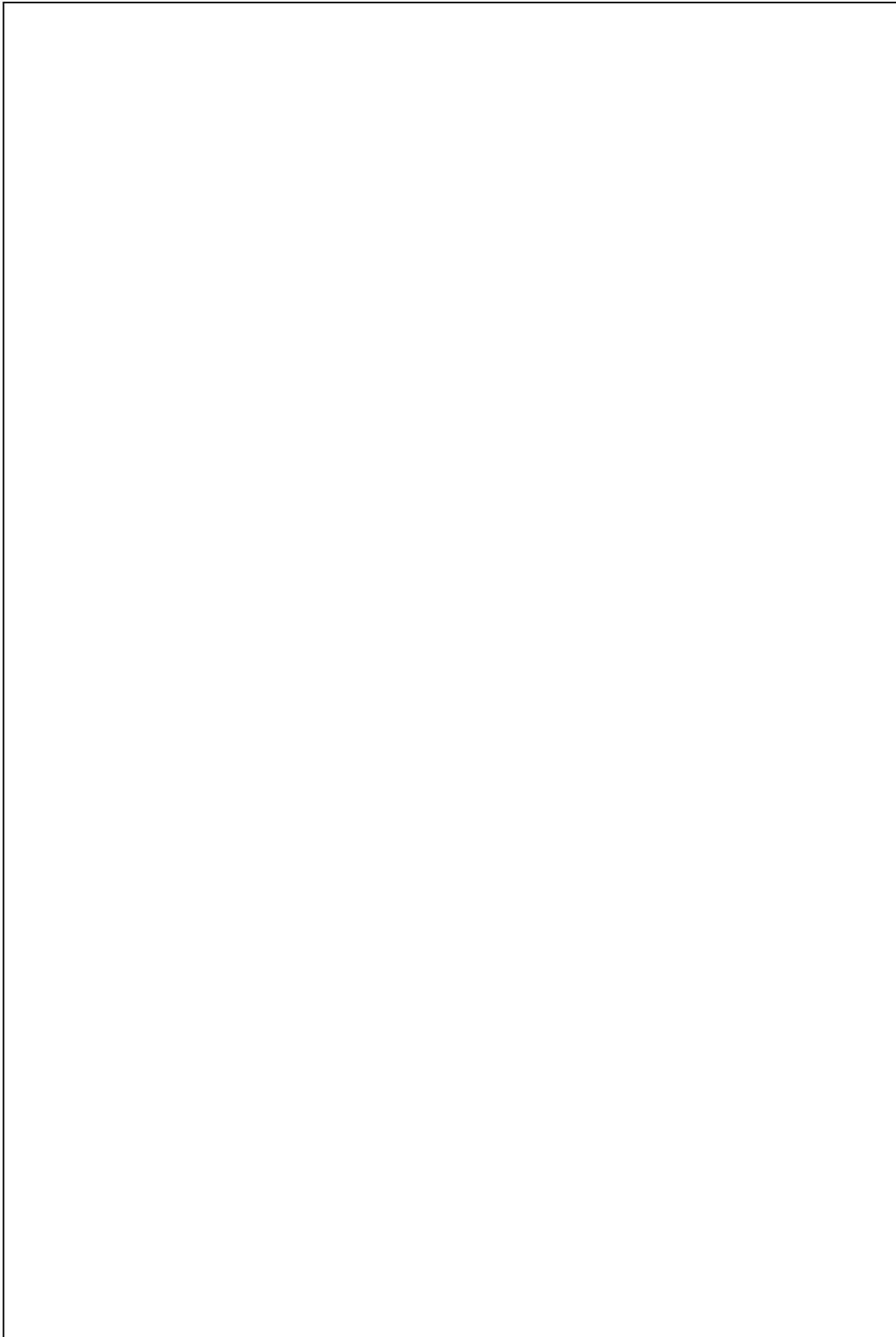
- auch Kondome benutzen, auf Hygiene / Sauberkeit der Sextoys achten
- bei anderen Gegenstände, Peitschen, Messer, Rasierklingen, Fesseln - möglichst nur an ein und derselben Person benutzen, außerdem gründlich reinigen und desinfizieren

SAFER SEX Utensilien

- Latexhandschuhe
- Dental Dams
- Talkumpuder / Babypuder (dental dams können gewaschen werden und dann nochmal benutzt werden, müssen aber in Puder aufbewahrt werden, damit sie nicht spröde und rissig werden)
- Frischhaltefolie (es gibt Sorten, die nicht durchlässig sind und als Lecktücher benutzt werden können)
- wasserlösliches Gleitgel, Gleitmittel auf fett- und ölfreier Basis. Fett und Öl zerstört Lates, macht es porös
- Fingerlinge aus Latex
- Kondome aus Latex



Anhang 6 / 2



Anhang 7 / 1

AIDS-Rallye

Wenn Ihr einen Preis gewinnen wollt, müßt Ihr diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt zurückgeben. Antworten findet Ihr bei Eurer Seminarleiterin.

Viel Spaß!

1. Welche Körperflüssigkeiten können das HIV übertragen?

a) _____ b) _____ c) _____

2. In welchen Situationen kann man sich mit dem HIV anstecken?

- Sprizentausch Küssen Zusammenleben mit Infizierten



- Toilettenbenutzung ungeschützter Geschlechtsverkehr Insektenstiche



3. Wie kannst Du Dich vor einer Ansteckung mit dem HIV schützen?

- HIV-Test Anti-Baby-Pille
 Kondome Safer Sex

4. Was kannst Du Dir unter Safer Sex (Sicherer Sex) alles vorstellen?



5. Nenne drei Dinge, die Du zu einem sicheren Kondomgebrauch beachten solltest:

- a) _____ b) _____
- c) _____



6. Weiche Vorteile besitzt das Kondom gegenüber anderen Verhütungsmitteln? Nenne mindestens drei!

- a) _____ c) _____
b) _____



7. Was gehört für Dich zur Treue?



Treue ist für mich... _____

8. Ich bin für einen Jungen/einMädchen interessant, weil

- mein Aussehen gut ankommt ich mit anderen gut reden kann
 ich interessante Hobbies habe ich immer gut drauf bin
 ich die richtige Musik höre Ich _____



9. Wo kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen lassen?

- Gesundheitsamt Hausarzt
 Apotheke Krankenhaus

10. Was bedeutet ein negativer HIV-Test?

- Du hast Dich mit HIV angesteckt
 Du hast Dich bisher nicht angesteckt und mußt Dich auch in Zukunft nicht schützen
 Du hast Dich nicht angesteckt. In der Zukunft mußt Du Dich schützen
 Der Test ist nicht sicher, wenn zwischen der Ansteckung und dem Tag des HIV-Tests weniger als 4 Monate vergangen sind



11. Angenommen, morgen würde bekannt werden, daß ein Lehrer/eine Lehrerin Eurer Schule HIV-Infiziert wäre. Was würde passieren?

12. Wo findest Du die nächste AIDS-Hilfe, bei der Du Dich informieren und beraten lassen kannst?

Adresse: _____

Dein Name: _____ Adresse: _____

Anhang 7 / 2

In welchen Situationen kann man sich mit HIV anstecken?



Scheidenverkehr
ohne Kondom



Rasierklingen
Zahnbürsten



Händeschütteln



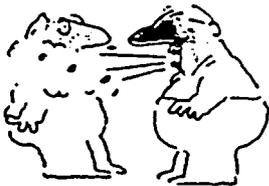
Küsse



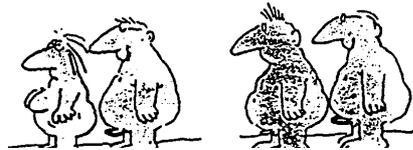
Toiletten



Schwangerschaft



Anhusten



Analverkehr
ohne Kondom



Sprizentausch beim
Fixen



Tätowieren
Akupunktur



Zahnarzt, Arzt



Mundverkehr



Schwimmbad, Sauna



Mückenstiche



Tassen, Gläser

Anhang 8

Mediatorinnen-Reader

Inhaltsangabe

Informationsblätter zu Hepatitiden und AIDS:

- Anhang 4.1 + 4.2
- Anhang 5

Aus:
HASTE MA " " NE MAAK
Dem AKTUELLEN Jugendmagazin von Heute

Liebe Frau Dr. Herbst,

Ich habe ein Problem. Mein Freund ist drogenabhängig. Er hatte Hepatitis und behauptet jetzt, das wäre nicht ansteckend. Außerdem will er immer ohne Kondom mit mir ins Bett gehen, weil er - wie er sagt - eine Latexallergie hat und mit Kondomen das auch nicht so aufregend findet. Ich mag Zärtlichkeit und Petting je viel lieber eigentlich. Und Kondome machen mir nichts aus. Er sagt auch, daß ich ohne Kondom mit ihm schlafen wollen würde, wenn ich ihn wirklich liebe. Und ich liebe ihn sehr und will auch gerne schwanger von ihm werden.

Bisher habe ich nur Schore mit ihm zusammen geraucht, obwohl er mir auch schon mal was aus seiner Spritze angeboten hat. Aber ich habe auch Angst davor, krank zu werden oder zu sterben, und das kann man doch, wenn man sowas spritzt, oder? Ich habe auch Angst, daß er mich verläßt, wenn ich darauf bestehe, daß er Kondome benutzen soll. Und er liebt mich doch und braucht mich auch. Ich weiß nicht, was ich tun soll. Bitte antworten Sie mir.

Melanie, 17 aus Hamburg

DROGITTE

WOCHENMAGAZIN FÜR MAGER SUCHT UND VERBOTENE GENÜSSE

Liebe Frau Doktor Winter,

*ich brauche Ihren Rat. Ich habe gerade eine stationäre Drogen-
therapie abgebrochen, weil ich die Liebe meines Lebens kennen-
gelernt habe. Er war ein Freier, aber er will eine feste Beziehung mit
mir und ich mit ihm. Ich bin jetzt auch schwanger von ihm. Da er eine
Umschulung macht, bin ich viel allein zuhause und war auch schon
wieder mal zu Besuch bei meinen Freundinnen auf der Szene, habe
aber nur Haschisch geraucht. Dort habe ich erfahren, daß mein
Freund HIV-positiv ist. Was soll ich jetzt tun?*

Sabine, 34, Hannover

Aufgaben:

1. Welche Punkte fallen Euch auf?
2. Welche Entscheidungen hat das Mädchen / die Frau getroffen?
3. An welchen Stellen könnte sie sich anders entscheiden?
4. Was würdet ihr „raten“ - welche Ratschläge fallen euch leicht, welche schwer?

Literatur

AUE, Michael / BADER, Birgit / LÜHMANN, Jörg: Krankheits- und Sterbebegleitung. Ausbildung, Krisenintervention, Training. Hrsg. Deutsche AIDS-Hilfe e.v., Weinheim, Basel, Beltz 1995.

HYDRA Berlin (Hrsg.): „check the clients“. Die Untersuchung der Freier. Eine neue Methode aus Australien. Mappe mit Kopiervorlagen.

Broschüren

Herausgegeben von der Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dieffenbachstr. 33, 10967 Berlin:

- AIDS INFO für Frauen, die anschaffen gehen. Faltblatt, Berlin 1987.
- AIDS INFO für Frauen in Haft. Faltblatt, Berlin 1989.
- „Ich bin mit Sicherheit zu haben“, Faltblatt für anschaffende Frauen, die Sex mit Frauen haben. Berlin 1996.
- Wer lutscht schon gern ein Dental Dam? Informationen für Frauen, die Sex mit Frauen haben. Berlin 1996.
- Frauen mit HIV und AIDS, ein medizinischer Ratgeber. Berlin 1996.
- Safer work. Berlin, Dez. 1996.
- Safer Sex - Schutz vor AIDS. Tips für Frauen und Männer, die Drogen gebrauchen. Berlin 1996.

Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln:

- PSSST! Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten. Eine Broschüre für junge Leute. Köln 1995.

Herausgegeben von der Informations- und Beratungsstelle für homosexuelle Frauen und Männer in der Rosa Lila Villa, 1060 Wien, Linke Wienzeile 102, Verein Rosa Lila Tip:

- Lesben - AIDS / STDs - Safer Sex. Wien 1995

Herausgegeben von Pro Familia, Bundesverband Stresemannallee3, 60596 Frankfurt/ Main.

- Sexuell übertragbare Krankheiten.

Herausgegeben von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) Hamburg, AIDS-Beratungsstelle, Lübecker-tordamm 5, 20099 Hamburg:

- MEDIENPAKET AIDS: Für Ausbilder, Berater, Multiplikatoren. 1. Auflage 1990/91, 1. Aktualisierung 1992/93.

Petra Winkler

Hilfen bei Drogennotfällen und Erkrankungen durch Drogenkonsum

Vorbeugen ist besser als Heilen...

Drogenkonsum kann zu Erkrankungen und zu lebensbedrohlichen Situationen führen. Bei illegalisierten Drogen ist diese Gefahr häufig durch die Art des Konsums (z.B. i.v.-Konsum, „drücken“) und die meist unbekannt Konzentration und Zusammensetzung der Drogen sowie gesundheitsschädliche Beimengungen (z.B. beim Auflösen und Spritzen von Tabletten) für den Konsumenten/die Konsumentin natürlich größer als beispielsweise beim Konsum von Alkohol, bei dem der Gehalt aus der Prozentangabe ja bekannt ist.

Die „Safer Use“-Tips in diesem Buch helfen, vielen möglichen Gefahren vorzubeugen. Trotzdem kann es z.B. zu Überdosierungen oder Spritzenabszessen kommen.

Die folgenden Tips zur Hilfe bei Drogennotfällen und Erkrankungen durch Drogenkonsum können keine ärztliche Behandlung ersetzen. Im Zweifelsfall ist es unumgänglich, Hilfe zu rufen, auch wenn damit Sanktionen verbunden sind, als einen „Kollegen“, eine „Kollegin“ sterben zu lassen.

Der Einfachheit halber wird im weiteren Text ausschließlich die männliche Form gewählt.

Erste Hilfe

Wachhalten

Wenn jemand nach der Drogeneinnahme einzuschlafen beginnt, muß man versuchen, ihn wachzuhalten, um eine Bewußtlosigkeit zu vermeiden. Helfen können hierbei frische Luft, Herumlaufen, naßkalte Tücher in den Nacken und denjenigen immer wieder anzusprechen. Ein guter „Kollege“ sollte außerdem aufpassen, daß sein Freund nicht auch noch ausgeraubt wird.

Für Ruhe sorgen

Viele Köche verderben auch hier den Brei. Zwei Leute sollten sich um denjenigen kümmern, dem es schlecht geht.

In einer Notfallsituation ist unwichtig, was und wieviel genau eingenommen wurde, weil die erste Hilfe sich immer nach Symptomen richtet. D.h., egal, ob es eine Überdosis Heroin, Kokain oder Tabletten war, das Vorgehen ist immer gleich.

Lebenswichtige Funktionen überprüfen

Die lebenswichtigen Funktionen sind

- ⇒ Atmung
- ⇒ Herz / Kreislauf und
- ⇒ Bewußtsein.

Die anderen lebenswichtigen Funktionen wie z.B. Stoffwechsel oder Temperaturregulation sind ohne ärztliche Hilfe nicht zu beeinflussen.

Atmung überprüfen

Man hält die Hand vor Nase und Mund des anderen und spürt den Luftzug (evt. die Hand anfeuchten), die andere Hand kann man auf den Brustkorb legen und spüren, ob der sich bewegt. Ein Erwachsener muß 12-17mal in einer Minute atmen. Blaue Lippen oder Atemgeräusche wie beim Schnarchen sind ein Alarmzeichen.

Atemwege freimachen

Als erstes muß der Kopf im Nacken überstreckt werden (siehe Zeichnung). Dadurch wird verhindert, daß die Zunge sich vor die Luftröhre legt. Als nächstes prüfen, ob im Mund irgendwelche Gegenstände (Zahnprothesen), Blut oder Erbrochenes sind. Wenn ja, muß man den Kopf zur Seite drehen und den Mund und Rachen mit einem Taschentuch so gut wie möglich auswischen. Dann sofort wieder den Kopf im Nacken überstrecken.

Beatmen

Wenn der andere jetzt noch nicht wieder atmet, 3-5mal beatmen. Dazu den Kopf weiter im Nacken überstrecken, den Mund des anderen zu halten, tief einatmen und die Luft langsam in die Nase des anderen pusten. Wenn die Nase blutig oder sonstwie verstopft ist, die Luft in die Mund einpusten.

Pulskontrolle

Den Puls kann man am Handgelenk, besser aber am Hals (seitlich neben der Schilddrüse) tasten. Bei einem Erwachsenen schlägt das Herz durchschnittlich zwischen 60-80mal in der Minute. Fühlt man den Puls, muß man weiter beatmen. Wenn kein Puls zu tasten ist, muß man eine Herzmassage machen.

Herzmassage

Dazu muß der andere flach auf den Rücken gelegt werden. Ein Handballen wird auf das untere Ende des Brustbeines gelegt, die andere Hand darüber, die Finger sollen abgespreizt sein. Dann senkrecht mit gestreckten Armen den Brustkorb 80-100mal in der Minute kurz und fest ca. 4 cm nach unten drücken.

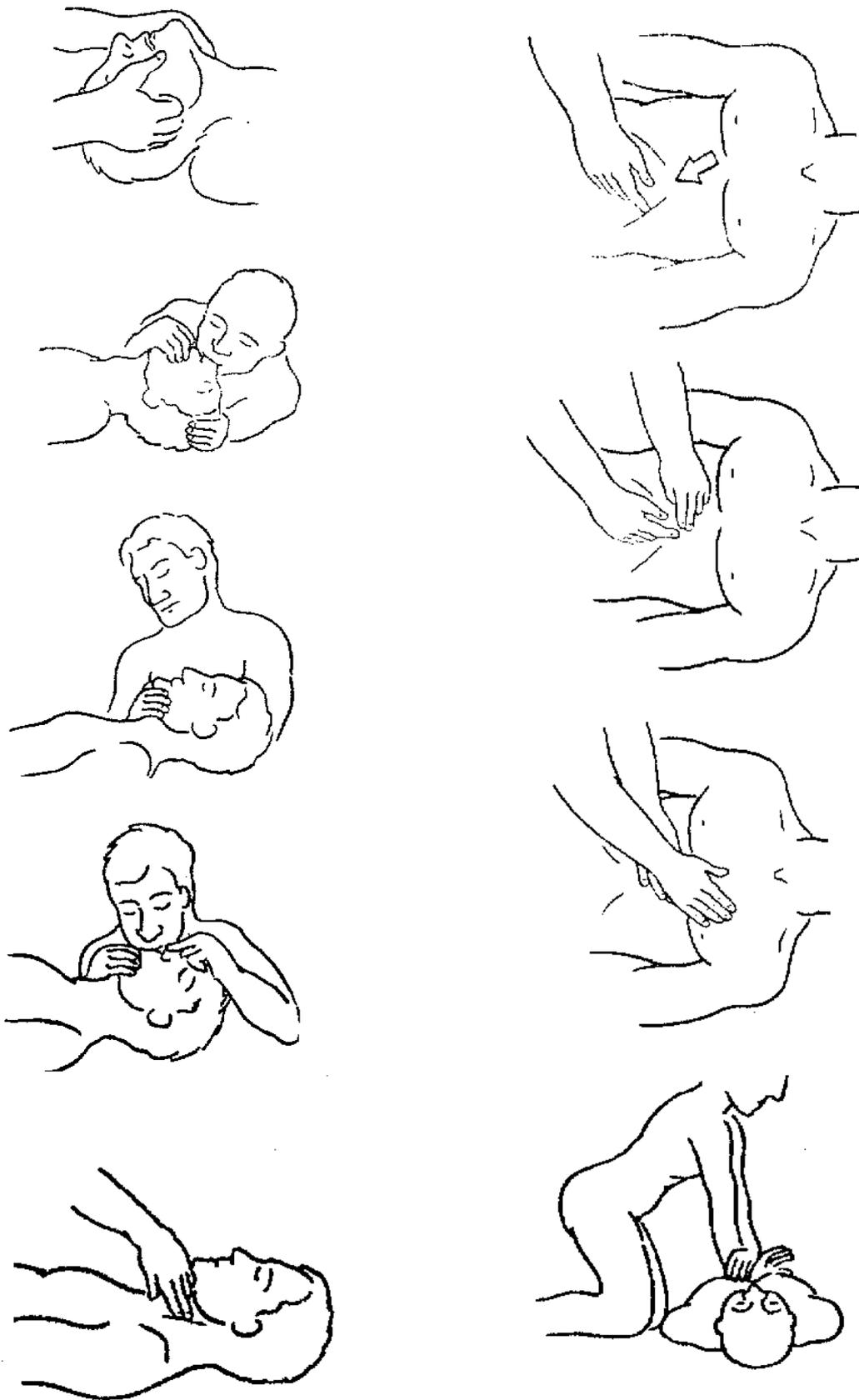
Beatmung und Herzmassage im Wechsel

Wenn weder Atmung noch Puls vorhanden sind, muß die Beatmung und Herzmassage abwechselnd erfolgen. Immer mit der Beatmung anfangen (damit Sauerstoff im Blut ist) und dann abwechselnd 2mal Beatmen, 15mal Herzmassage.

Den Notfall üben

Im Notfall ist jeder Mensch aufgeregt. Deswegen ist es sinnvoll, die erste Hilfe anhand des folgenden Schemas immer mal wieder zu üben.

Atmung kontrollieren		
Atmung ausreichend →	ja	stabile Seitenlage
↓		
nein		
↓		
Atemwege freimachen Flachlagerung, Fremdkörper aus dem Mund/Rachenraum entfernen, den Kopf im Nacken maximal überstrecken, den Unterkiefer hochziehen		
↓		
Atmung ausreichend →	ja	stabile Seitenlage
↓		
nein		
↓		
3-5mal beatmen		
↓		
Atmung jetzt ausreichend →	ja	stabile Seitenlage
↓		
nein		
↓		
Pulskontrolle		
↓		
Puls vorhanden →	ja	weitere Beatmung
↓		
Nein		
Fortsetzung der Beatmung und äußere Herzmassage		



Hilfen im Drogennotfall und bei Erkrankungen infolge Drogengebrauchs

Ein-Helfer-Methode



1a Zu Beginn stets 3-5 Beatmungen



1b 15 kurze und kräftige Brustkorbkompressionen



2a 2 Beatmungen



2b 15 Brustkorbkompressionen



3 Nach 4 Durchgängen Pulskontrolle an beiden Halsseiten



4a Fehlt der Puls: 2 Beatmungen



4b 15 kurze und kräftige Brustkorbkompressionen

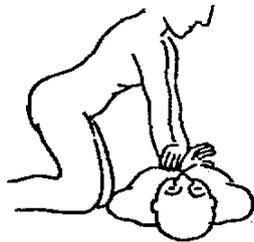


5 Puls tastbar: Beatmung fortsetzen bis Notarzt eintrifft

Zwei-Helfer-Methode



1a Erster Helfer: Zu Beginn stets 3-5 Beatmungen



1b Zweiter Helfer: 5 kurze und kräftige Brustkorbkompressionen



2a Erster Helfer: 1 Beatmung



2b Zweiter Helfer: 5 Brustkorbkompressionen



3 Nach 4 Durchgängen Pulskontrolle an beiden Halsseiten durch ersten Helfer



4a Fehlt der Puls: 1 Beatmung durch den ersten Helfer



4b 5 kurze und kräftige Brustkorbkompressionen durch den zweiten Helfer



5 Puls tastbar: Beatmung fortsetzen bis Notarzt eintrifft.

Achtung Niemals gleichzeitig beatmen und den Brustkorb komprimieren!

Praktisches Vorgehen – zusammengefaßt

- Kopf im Nacken überstrecken
- Mund und Rachen säubern
- zu Beginn 3-5 langsame Beatmungen
- kontrollieren, ob sich der Brustkorb bei der Atemspende hebt und senkt
- prüfen, ob Eigenatmung einsetzt
- wenn ja, Person in die stabile Seitenlage bringen und Atmung weiter kontrollieren
- wenn nein, Puls an den Halsschlagadern kontrollieren
- fortsetzen der Beatmung
- wenn kein Puls zu tasten ist, Beginn der äußeren Herzmassage

Bewußtlosigkeit

Wenn jemand bewußtlos wird, müssen als erstes wieder Atmung und Puls überprüft werden. Ist beides ausreichend, wird der andere in die stabile Seitenlage gebracht.



Stabile Seitenlage

Dazu legt man ihn erst auf den Rücken, einen Arm schiebt man unter Rücken und Po. Das Bein, vor dem man sitzt, wird angewinkelt, dann an der gegenüberliegenden Schulter und Hüfte den anderen zu sich drehen. Den Kopf wieder im Nacken überstrecken, mit der Hand stabilisieren, den anderen Arm unter dem Rücken vorziehen und anwinkeln.

Atmung und Puls regelmäßig kontrollieren.

Bewußtsein überprüfen

Bei Bewußtlosen muß man überprüfen, ob sie noch auf Schmerzreize (z.B. Kneifen in die Nasenscheidewand) reagieren. Wenn sie das nicht tun, liegt evt. ein Koma vor, in dem Atmung und Herzaktivität jederzeit aussetzen können.

Epileptischer Anfall

Krampfanfälle können verschiedene Ursachen haben (einige Drogen wie z.B. Kokain, Speed oder Medikamente, wie z.B. Rohypnol® können Anfälle auslösen, aber auch Krankheiten, wie z.B. Tumore oder Entzündungen des Gehirns). Ein wirksames Medikament bei einem Krampfanfall ist Diazepam. Diazepam gibt es in einer Zubereitungsform, die man wie einen Einlauf in den After einbringt (Diazepam Rectiole). Damit läßt sich ein Krampfanfall in vielen Fällen unterbrechen.

Den Krampfenden vor Verletzungen schützen

Das Wichtigste ist, daß der derjenige, der einen Krampfanfall hat, sich nicht an Möbeln, Wänden usw. verletzt. Man sollte sich bemühen, ihn sanft zu Boden gleiten

zu lassen und möglichst ein Kissen oder ein Kleidungsstück unter den Kopf legen.

Nichts mit Gewalt versuchen

Auf keinen Fall darf man mit Gewalt versuchen, einen Krampfenden festzuhalten oder z.B. ein Feuerzeug zwischen die Zähne zu schieben. Wenn überhaupt, darf man nur vorsichtig versuchen, weiche Gegenstände, wie ein Paket Taschentücher oder einen Gummikeil zwischen die Zähne zu schieben. Es besteht sonst die Gefahr, daß Zähne kaputt gehen oder der Kiefer ausgerenkt wird. Zungenbißverletzungen bei Krampfanfällen bluten zwar stark, sind aber meistens harmlos und heilen schnell wieder.

Lebenswichtige Funktionen überprüfen

Wenn der Anfall vorbei ist, muß man wieder Atmung, Puls und Bewußtsein kontrollieren und ggf. erste Hilfe leisten. Wer mehrfach epileptische Anfälle bekommt, muß sich von einem Nervenfacharzt untersuchen lassen. Wenn ein Krampf länger als 2-3 Minuten andauert, muß ärztliche Hilfe geholt werden, dann besteht Lebensgefahr.

Schock

Wenn jemand einen Schock hat, muß zunächst für Ruhe gesorgt werden.

Schocklagerung

Am besten denjenigen zudecken und die Beine hochlegen, ihn nicht alleine lassen. Wenn er zu schnell und zu flach atmet (hyperventiliert), mit ihm zusammen at-

men. Reicht das nicht aus, mit beruhigenden Worten die Hände vor den Mund legen. Vorsicht mit Plastiktüten. Wer sowieso gerade unter Schock steht, ist nicht ganz bei Sinnen und kann denken, er solle erstickt werden.

Shake

Der Shake kommt nur bei i.v.-Konsum vor. Wer einen Shake hat, braucht ebenfalls Ruhe, eine Decke tut auch gut. Wenn es dem anderen angenehm ist, kann man die Schocklagerung wählen. Nach der Erfahrung vieler Konsumenten hilft am besten eine erneute Heroininjektion. Vorsicht bei der Dosierung (viel hilft nicht viel, sondern führt zur Überdosis).

Gegenmittel (Antagonisten)

Das einzig wirksame Gegenmittel bei einer Heroinüberdosis heißt Narcanti®. Es kann i.v. (in die Vene) oder i.m. (in den Pomuskel) gespritzt werden. Wenn man Narcanti® in die Vene spritzt (meistens reicht eine Ampulle), wirkt es sofort, d.h. bei einer Überdosis ist derjenige sofort wach und atmet wieder. Er ist aber auch sofort entzügig („affig“). Narcanti® wirkt im Unterschied zu Heroin nur kurz. Wer Narcanti® gespritzt bekommen hat und danach gleich wieder Heroin nimmt, kann erst recht eine Überdosis bekommen, wenn die Wirkung des Narcanti® aufhört. Wird Narcanti® in den Pomuskel gespritzt, dauert es länger, bis die Wirkung einsetzt. In der Zwischenzeit muß derjenige mit einer Überdosis beatmet werden und wenn kein Puls vorhanden ist, auch

eine Herzmassage bekommen. Die Entzugssymptome sind dann meistens nicht so stark, außerdem lassen sie in der Regel nach einer halben Stunde nach.

Keine Salzwasserinjektionen

Salzwasser hilft nicht gegen eine Überdosis, Salzwasser (NaCl) ist kein Gegenmittel. Wenn jemand auf eine Salzwasserinjektion reagiert, dann weil das Spritzen weh tut (ein Schmerzreiz ist). Das Spritzen von vielleicht 1-2 ml Salzwasser kann natürlich auch nicht 6000-7000 ml Blut verdünnen.

Hilfen bei Erkrankungen durch Drogenkonsum

Die Möglichkeiten der Hilfe bei Erkrankungen, die durch Drogenkonsum entstehen, sind sehr beschränkt, wenn keine ärztliche Hilfe zur Verfügung steht. Die folgenden Tips sollen eher Schlimmeres vermeiden, sie können keine Anleitung zur Behandlung sein.

Venenentzündungen

Hier helfen Salbenverbände mit entzündungshemmenden und/oder heparinhaltigen Salben. Die Verbände sollten mehrmals täglich erneuert werden. Die einfachste Maßnahme ist Kühlung mit naßkalten Umschlägen. Nicht weiter in eine schon entzündete Vene spritzen.

Blutergüsse

Auch hier helfen Salbenverbände mit heparinhaltigen Salben. Blutergüsse kön-

nen sehr lange bestehen bleiben. Nicht weiter in die Vene spritzen, weil es hier leichter zu Abszessen kommen kann.

Abszesse

Bei geschlossenen Abszessen helfen ebenfalls Kühlung und Salbenverbände mit heparinhaltigen oder entzündungshemmenden Salben. Der Arm, der Fuß etc. mit dem Abszeß sollte möglichst ruhig gehalten werden, am besten hochlagern. Vorsicht mit sogenannten „Zugsalben“. Sie können dazu führen, daß sich die Entzündung über den ganzen Arm, das ganze Bein ausbreitet.

Bei größeren Abszessen oder wenn der Abszeß am Hals oder an der Leiste sitzt, muß ein Arzt aufgesucht werden.

Auch ohne Behandlung platzen Abszesse häufig spontan und es entleert sich Eiter und Blut. Ist ein Abszeß offen, können als erste Maßnahme sterile Kompressen und PJK-haltige Salben (z.B. Betaisodona®) aufgebracht werden. Wenn eine Jodallergie besteht, kein PJK verwenden.

Phlegmone

Phlegmonen sind rötliche, flächige und meist sehr schmerzhafte Entzündungen. Als erste Maßnahme kann der entzündete Körperteil hochgelagert werden und die Entzündung gekühlt werden. Sie sollten auf jeden Fall von einem Arzt angesehen werden, da hier häufig Antibiotika gegeben werden müssen..

Nekrose und Gangrän

Wenn an oder in einer Wunde schwarzes, abgestorbenes Gewebe zu sehen ist, muß ein Arzt aufgesucht werden. Dieses Ge-

webe muß chirurgisch entfernt werden, da die Wunde sonst nicht heilen kann und sich unter Umständen sogar noch weiter ausdehnt. Nur als erste Maßnahme mit einer sauberen, trockenen Kompresse abdecken.

Thrombose

Bei dem bloßen Verdacht auf eine Thrombose (Verstopfung des Blutabflusses in einer großen Vene, meist Bein- oder Beckenvene, durch einen Blutpfropf) darf der Betroffene keinen Schritt mehr gehen und muß mit einem Krankenwagen ins Krankenhaus gebracht werden. Alarmzeichen sind eine starke Schwellung und später Blauverfärbung eines Beines (oder Armes) mit starken Schmerzen und Fieber. Zu Beginn treten oft nur Wadenkrämpfe oder Schmerzen in der Wade auf. Das Bein oder den Arm hochlagern. Es besteht Lebensgefahr. Der Blutpfropf kann sich lösen und in die Lunge wandern (Embolie).

Embolie

Jemand, der über Schmerzen in der Brust, Luftnot und Herzrasen klagt und bei dem sich die Lippen bläulich verfärben, muß sofort ins Krankenhaus gebracht werden, es besteht Lebensgefahr.

Herzmuskelentzündung (Endokarditis)

Der Verdacht auf eine Herzmuskelentzündung besteht, wenn jemand über Fieber, Schüttelfrost und Herzrasen klagt und evt. noch eine Bewußtseinstrübung hinzu kommt. Der Betroffene muß sofort ins Krankenhaus.

Nervenlähmungen

Sie kommen meistens vor, wenn jemand auf einer Hand oder in einer ungünstigen Sitzposition länger gelegen hat. Die häufigsten Nervenlähmungen, die Fallhand (Radialislähmung) und der „Fallfuß“ (Peroneuslähmung) bilden sich auch ohne besondere Behandlung, in der Regel allerdings erst nach vielen Wochen, zurück.

Sinnvoll ist es, die gestörte Bewegung immer wieder zu üben (also die Hand zu heben, die Zehenspitzen zu heben). Trotzdem ist es sinnvoll, Lähmungen ärztlich untersuchen zu lassen, um andere Ursachen der Lähmung, die dann eventuell behandlungsbedürftig sind, auszuschließen.

Eiterstellen (Impetigo contagiosa)

Hiervon spricht man, wenn sich jede kleine Hautverletzung entzündet und zu eitern beginnt. Ursache sind eiterproduzierende Bakterien. Diese Erkrankung hat nicht ursächlich etwas mit dem Drogenkonsum zu tun, sondern mit einer unzureichenden Ernährung und Hygiene. Deswegen kann man sich also ohne Furcht vor Sanktionen an den Arzt wenden. Hilfreich ist tägliches Duschen und regelmäßig die Kleidung zu waschen. Auch sollte auf ausreichend frisches Obst und Gemüse geachtet werden. Das Vitamin C-Pulver, mit dem das Gift aufgelöst wird, ersetzt nicht alles, was in frischem Obst ist. Die eiternen Wunden können zunächst mit PKJ-Salbenverbänden täglich abgedeckt werden.

Wenn eine Arterie getroffen wurde...

Die Spritze sofort heraus ziehen, nicht noch den Rest injizieren. Den betroffenen Körperteil hochlagern und mit naßkalten Umschlägen kühlen. Wenn die Schwellung nicht schnell zurück geht, muß man einen Arzt aufsuchen, es besteht die Gefahr, daß der entsprechende Körperteil abstirbt.

Nadelstichverletzungen

Bei Nadelstichverletzungen muß man die Wunde gut und lange ausbluten lassen.

Wenn bekannt ist, daß die Nadel einem HIV-Infizierten gehört, besteht die Möglichkeit, sich über einen gewissen Zeitraum (einige Wochen) mit mindestens einer Zweierkombination von Medikamenten gegen HIV behandeln zu lassen. Diese Be-

handlung muß innerhalb von wenigen Stunden begonnen werden. Außerdem sollte in jedem Fall am Verletzungstag selbst und über einen Zeitraum von 12 Monaten vierteljährlich ein HIV-Antikörpertest durchgeführt werden.

Die vorbeugende Behandlung mit diesen Medikamenten wegen der Furcht vor oder dem bloßem Verdacht einer HIV-Infektion des Spritzenbesitzers wird nicht empfohlen, weil sie sehr nebenwirkungsreich ist und das Risiko, sich bei einem Nadelstich anzustecken, sehr gering ist (1:300).

Sinnvoll ist auch noch nach einer Nadelstichverletzung eine Hepatitis A- und B-Schutzimpfung, möglichst sollte sich aber jeder vorbeugend impfen lassen (die Kosten trägt die Justizbehörde, die Impfung ist sicher und gut verträglich und jeder Gefangene hat ein Recht auf diese Impfung).

Vertiefende Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

(Stand Februar 1998)

Wenn nicht anders vermerkt, sind diese Materialien kostenlos erhältlich. Durch Rückerstattung des Portos oder eine Spende helfen Sie der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., auch in Zukunft ihre wachsenden Aufgaben erfüllen zu können.

Im folgenden werden zielgruppenspezifische Materialien aufgelistet.

Menschen in Haft

Broschüren

- AIDS-Info: Informationen für Männer in Haft
- Positiv, was nun?

Plakate

- Gib AIDS-Kranken eine Chance

Buchpublikationen

- Betreuung im Strafvollzug - ein Handbuch

Fachinformation, wissenschaftlicher Diskurs

- Drogengebrauch und Infektionsgeschehen im Strafvollzug. AIDS-FORUM DAH Band XXVIII

Weibliche und männliche Prostitution

Broschüre

- 6 x Sex (für Freier)
- Safer Work

Leporellos

- Neu in der Stadt?
- Kundendienst perfekt
- Fairplay
- Mann gönnt sich ja sonst nichts

Plakate

- Du zahlst seinen Preis. Zahlt er mit seinem Leben?
- Kundendienst perfekt
- Fairplay

Plakatbroschüren

- Hast du Fragen? (dt./poln./tschech./rumän.)

Postkarten

- Kundendienst perfekt
- Du zahlst seinen Preis. Zahlt er mit seinem Leben?
- Nicht um jeden Preis - aber sicher.

Drogengebrauchende Frauen und Männer

Broschüren

- Safer Sex - Schutz vor AIDS
- Substituierte auf Reisen: Spanien
- ProFit - Substitution Ernährung Wohlbefinden
- HIV 'n' Hep

Faltblätter

- AIDS-Info für Drogengebraucher

Fachinformation, wissenschaftlicher Diskurs

- Arbeit, Ausbildung und Qualifikation für Substituierte. AIDS-FORUM DAH Band XIX
- Drogen und AIDS. Beratungsführer
- JES-Dokumentation 1992-1994
- Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe. Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte. AIDS-FORUM DAH Band XXVII

Allgemeinbevölkerung

Broschüren

- HIV AIDS. Heutiger Wissensstand
- Gemeinsame Rechte. Gemeinsame Verantwortung

Faltblätter

- Safer Sex
- AIDS und die Angst
- Reihe: Was ist AIDS?
 - in Englisch
 - in Französisch
 - in Portugiesisch
 - in Spanisch
 - in Italienisch
 - in Griechisch
 - in Polnisch
 - in Serbo-Kroatisch
 - in Türkisch
 - in Persisch/Afghanisch
 - in Rumänisch
 - in Russisch
 - in Vietnamesisch
 - in Tamil

MultiplikatorInnen, Fachöffentlichkeit, Politik und Verwaltung

Broschüren

..... Hepatitis. Eine Orientierungshilfe für Beraterinnen und Berater sowie interessierte Laien

Bezugsadresse:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

- Versand -

Postfach 61 01 49

10921 Berlin

FAX: 030 / 69 00 87 - 65

Tel.: 030 / 69 00 87 - 43 oder 44