

AIDS-FORUM DAH

BAND 42 - Teil 2

**LebHaft: Gesundheitsförderung
für Drogen Gebrauchende
im Strafvollzug**

Jutta Jacob, Karlheinz Keppler, Heino Stöver (Hrsg.)



AIDS-FORUM DAH

Band 42 – Teil 2

**LebHaft: Gesundheitsförderung
für Drogen Gebrauchende
im Strafvollzug**

Jutta Jacob, Karlheinz Keppler, Heino Stöver (Hrsg.)

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im
Strafvollzug / Jutta Jacob, Karlheinz Keppler, Heino Stöver (Hrsg.)**

Berlin: Dt. AIDS-Hilfe, 2001
(AIDS-FORUM DAH, Band 42/2)
ISBN 3-930425-46-7

NE: Jacob, Jutta; Keppler, Karlheinz;
Stöver, Heino [Hrsg.]; GT

Impressum

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin
Internet: <http://www.aidshilfe.de>
E-Mail: dah@aidshilfe.de

November 2001
Bestellnummer: 030142

Bearbeitung: Christine Höpfner, Holger Sweers
Grafiken und Satz: Carmen Janiesch
Druck: Medialis
alle Berlin

Spendenkonto: Berliner Sparkasse, Konto 220 220 220, BLZ 100 500 00
Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig
anerkannt. Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter <http://www.aidshilfe.de>
(„Ein Mittel gegen AIDS“) oder bei der DAH.

INHALT

Vorwort	5
Geleitwort	9
PRAXIS	11
<hr/>	
Drogenhilfe im Justizvollzug Jutta Jacob	12
Psychosoziale Begleitung der Substitution im Strafvollzug Gangolf Schaper	22
Das Spritzenumtauschprogramm in der JVA für Frauen in Vechta/ Niedersachsen Karlheinz Keppler und Gangolf Schaper	31
Das Spritzenumtauschprogramm der Justizvollzugsanstalt Lingen Sabine Lettau, Peter Sawallisch, Inge Schulten und Klaus Tieding	35
Spritzenumtauschprogramme in drei Hamburger Justizvollzugsanstalten Heino Stöver	41
Die Berliner Modellprojekte zur Spritzenvergabe in Haft Fredi Lang und Klaus Stark	52
„Taschen-Apotheke“ zur Ersten Hilfe und Infektions-Prophylaxe Karl Bolli	62
Methadonsubstitution in deutschen Gefängnissen Karlheinz Keppler	64
Der NRW-Drogenerlass und seine Umsetzung Wolfgang Riekenbrauck	76
Die HIV-Ambulanz im Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg/ Nordrhein-Westfalen Christel Wedershoven	82
Kondome und Gleitmittel in den Haftanstalten Nordrhein-Westfalens	87
Externe Beratung für Gefangene mit Drogenproblemen in bayerischen Justizvollzugsanstalten Heinrich Kufner und Esther Beloch	91

PERSPEKTIVEN	105
<hr/>	
Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug Francesca Ambrosini	106
Europäisches Netzwerk zur HIV- und Hepatitisprävention im Justizvollzug Caren Weilandt	114
Vernetzung der Drogenarbeit in Mittel- und Osteuropa am Beispiel der „Phare Technical Assistance to Drug Demand Reduction“ Joze Hren	117
Netzwerk „Open Society Institute“ in Zentral- und Osteuropa Heino Stöver und Franz Trautmann	121
HIV-Prävention in Moldawien – Schwerpunkt Spritzenabgabe Dumitru Laticevschi und Alexei Leorda	124
Infektionsprophylaxe im niedersächsischen Justizvollzug: „Karriere“ eines Modellprojekts Thomas Schröder	127
Pilot-Projekt „Gesundheitsförderung im russischen Strafvollzug“ von „Ärzte ohne Grenzen“/Holland Murdo Bijl	134
Das WHO-Projekt „Gesundheit in Gefängnissen“ Alexander Gatherer und Cees Goos	138
Healthy Prisons – Gesundheitsförderung im Strafvollzug Heino Stöver	145
EMPFEHLUNGEN UND LEITLINIEN	161
<hr/>	
Empfehlungen der Konferenz „Gefängnisse und Drogen 1998“	162
Europäischer Leitfaden zu HIV/AIDS und Hepatitis im Justizvollzug	168
Handbuch „Schadensminimierung für Drogenkonsument(inn)en im Gefängnis“	174
AUTORINNEN UND AUTOREN	175
<hr/>	

VORWORT

aus dem 1. Teilband.
Mit einem Nachtrag der Herausgeber vom November 2001.

„... the way a society deals with its failures is the ultimate test of its humanity. How we respond to and treat those who are accused or convicted of committing crime ... reveals the extent of our compassion as well as the limits of our professionalism. When we look into the recesses and corridors of our custodial institutions ... we are looking at a mirror of ourselves.“ (David Biles 1996)

Die Zunahme gesundheitlich hochriskanter Drogenkonsumformen und drogenbedingter Erkrankungen im Strafvollzug stellt weltweit ein Problem dar. Von einer wirkungsvollen Gesundheitspolitik, die sich an den außerhalb der Gefängniswelt geltenden Standards orientiert, ist man allerdings noch weit entfernt. Das wird besonders deutlich in der medizinischen Versorgung und bei der Infektionsprophylaxe für Gefangene, besonders jener, die Drogen konsumieren. Das Spannungsfeld zwischen Sicherheits- und Ordnungspolitik einerseits und Resozialisierungsauftrag andererseits lässt eine offene Diskussion zur gesundheitlichen Lage der Gefangenen kaum zu. Nicht „Public Health“, sondern „Prison Health“ gibt bei der Gesundheitsfürsorge im Gefängnis den Ton an. Ihre Kennzeichen: geringe Transparenz, kaum Vernetzung, so gut wie gar nicht auf Wirksamkeit und Qualität überprüft.

Dringend nötig ist eine grundsätzlich neue Sichtweise. Zum einen müssen die gesundheitlichen Ressourcen des/der einzelnen Gefangenen erkundet und gestärkt werden. Zum anderen sind das kollektive Gesundheitsverhalten sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen in Haft in den Blick zu nehmen und schrittweise zu verändern. Es reicht also nicht aus, allein auf eine Verhaltensänderung seitens der Gefangenen zu pochen. „Gefängnis“ und „Gesundheit“ lassen sich allerdings nur schwer unter einen Hut bringen, sind doch der Freiheitsentzug und das Gefängnis als solches der Gesundheit abträglich: Hier ballen sich soziale Problemlagen und häufen sich Infektionsrisiken. Der Handlungsspielraum ist extrem eingeschränkt, weshalb entsprechende Kompetenzen leicht „verlernt“ werden. Hinzu kommen die psychischen Folgen des Freiheitsentzugs.

Der intravenöse Drogenkonsum bringt weitere Infektionsgefahren mit sich (in erster Linie Hepatitis C). Hier stellt sich die Frage nach einer grundsätzlichen Verbesserung der Gesundheitsfürsorge, die Spritzenvergabe und Substitution mit einschließt, immer dringlicher. Der Justizvollzug hat sich jedoch immer noch nicht dazu entschließen können, die entsprechenden Schritte zu unternehmen. Neben den klassischen Kontrollstrategien („Krieg den Drogen“, „Null Toleranz“) gibt es für süchtige Gefangene lediglich auf Abstinenz zielende Beratung und Therapie. Suchtbegleitende sowie sozial und gesundheitlich stabilisierende Maßnahmen bleiben „draußen“.

Außerhalb der Gefängnisse engagieren sich seit 1984 freie Träger der Drogen- und AIDS-Hilfe in der HIV- und AIDS-Prävention, wobei sie auch Spritzenumtausch-Programme initiiert haben. Letztere sind, da sie Normen übertreten, im Strafvollzug nicht möglich. Um sie auch hier anwenden zu können, müssten erst einmal die Strafvollzugsbehörden und Justizministerien tätig werden. Der Konflikt, zunächst auf fachlicher Ebene angesiedelt, entpuppt sich angesichts der Notwendigkeit sofortigen Handelns mehr und mehr als ein politischer. Man schiebt auf, weicht aus. Zur Beschwichtigung werden immer wieder neue Arbeitskreise eingerichtet, weitere Hearings einberufen, diese und jene Prüfungen angeboten. Die Spritzenvergabe ist zu einem „Prüfstein“ für die Legitimation des Gefängnisses geworden: Wer Spritzen offiziell hineinlässt, gibt zu, dass die Kontrollpolitik gescheitert ist und man vor dem Drogenproblem kapituliert. Und wer hat schon den Mut dazu? Zugleich wird mit geringen Zahlen HIV-infizierter Gefangener operiert, was suggeriert, man habe das Problem im Griff, es bestehe kein weiterer Handlungsbedarf. Die Justizbehörden wiegen sich allerdings in „falscher Sicherheit“, wie die bisher vorliegenden Dokumentationen zu HIV- und Hepatitis-Infektionen im Vollzug belegen.

Mit der zweibändigen Veröffentlichung „LebHaft“ verbinden wir das Anliegen, sie möge zu einem Mehr an Gesundheit für alle „hinter Gittern“ lebenden und arbeitenden Menschen beitragen. Das Hauptaugenmerk richtet sich auf Drogen konsumierende Gefangene; in den Blick genommen werden aber auch die Mitarbeiter/innen des Strafvollzugs. Die zentralen Fragen lauten: Mit welchen Strategien und instrumentellen Hilfen können Drogenkonsument(inn)en darin unterstützt werden, zu risikoärmeren Verhaltensweisen und mehr Gesundheitsbewusstsein zu finden? Wie kann Vollzugsbediensteten zu einem neuen Verständnis von Drogenkonsum und zu einem neuen Umgang mit Drogenproblemen im Vollzugsalltag verholfen werden? Und nicht zuletzt: Wo müssen die Vollzugsbehörden umdenken, damit pragmatische, vorausschauende Hilfen im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung überhaupt eine Chance erhalten?

Wie seine beiden erfolgreichen Vorläufer „Infektionsprophylaxe im Strafvollzug“ (AIDS-FORUM DAH Band 14, veröffentlicht 1994) und „Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug“ (AIDS-FORUM DAH Band 28, veröffentlicht 1997) wendet sich „LebHaft“ an alle, die zum Thema „Gesundheitsförderung im Strafvollzug“ arbeiten (wollen). Da es sich bekanntlich lohnt, über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen, berichten in beiden Bänden Fachleute aus Deutschland wie aus anderen europäischen Ländern über ihre Erkenntnisse und Erfahrungen. Neben einer Fülle von Daten zur gesundheitlichen Situation hinter Gittern liefern sie wertvolle Anregungen für die Ausgestaltung „lebhafter“ Gefängnisse. Wir hoffen, dass sie auf fruchtbaren Boden fallen.

Oldenburg, Vechta und Bremen im April 2001
Jutta Jacob, Karlheinz Keppler, Heino Stöver

Nachtrag der Herausgeber (November 2001):

Die politische Brisanz der Spritzenvergabe in Gefängnissen wird am Beispiel der Freien und Hansestadt Hamburg deutlich, wo die neue Mitte-Rechts-Koalition in ihrem Koalitionsvertrag vom 19.10.2001 Folgendes vereinbarte: „In den Strafvollzugsanstalten werden zukünftig keine Spritzen mehr ausgegeben. Den Süchtigen werden verstärkt ausstiegsorientierte Hilfen, z.B. verbesserte Therapiemöglichkeiten, angeboten. Dies schließt eine kontrollierte Substitution unter medizinischer Aufsicht ein.“ Und dies nach mehr als fünf Jahren durchaus erfolgreicher Bemühungen um effektive Modelle der Infektionsprophylaxe! Mag sein, dass die Umsetzung dieses Beschlusses noch auf sich warten lässt oder gar verhindert werden kann. Dass Ansätze, die sich in der Praxis als wirksam erwiesen haben, so einfach per Federstrich justizpolitischen Überlegungen untergeordnet werden können, erschreckt jedoch.

GELEITWORT

aus dem 1. Teilband.

Vor fünf Jahren wurde ich gebeten, ein Geleitwort zu dem Band „Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. zu verfassen. Ich habe damals angemerkt, dass die von Jacob, Keppler und Stöver herausgegebene Publikation „einen geradezu pedantisch um Sachlichkeit bemühten Titel“ trägt, und zu erläutern versucht, warum sie ebenso gut „Ausbruch aus einem Denkgefängnis“ heißen könnte. Aber ich habe damals eingesehen, dass der sachliche Titel ein Versuch der Herausgeber war, auch diejenigen zu erreichen, die noch zögern, die hier vorgeschlagenen Wege des Umgangs mit Drogengebraucher(inne)n im Gefängnis zu gehen.

Wozu neue Wege? Ausgangspunkt war und ist die Tatsache, dass sich unsere Drogenpolitik seit langem in einer Sackgasse befindet. Die über die Jahre ständig erhöhten Strafdrohungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) haben es nicht vermocht, die Zahl der Drogenabhängigen zu reduzieren. Stattdessen hat die Kriminalisierung zur Verelendung und zur Erhöhung des Risikos einer Ansteckung mit tödlich verlaufenden Krankheiten beigetragen. Dies hat zwar leider immer noch nicht zu einer grundlegenden Abkehr von einer verfehlten Politik geführt, aber immerhin zu einer stärkeren Betonung akzeptierender, schadensmindernder Strategien (Methadonprogramme, Spritzentausch, Gesundheitsräume usw.). Diese Strategien sind auch juristisch mehr und mehr abgesichert worden, insbesondere durch Klarstellungen im BtMG. Sie finden jedoch weiterhin ihre Grenzen an den Gefängnismauern. Was draußen inzwischen erlaubt ist, wird drinnen weiterhin verboten. Dies ist deshalb so besonders paradox, weil sich durch die Kriminalisierung der Drogenszene ein immer größerer Teil davon im Gefängnis abspielt. Aus diesem Grund ist das Infektionsrisiko im Hinblick auf HIV/AIDS wie auch Hepatitis im Strafvollzug überproportional hoch.

Worin bestehen die neuen Wege? Sie sehen im Wesentlichen vor, auch in Gefängnissen die draußen zulässigen Formen der Infektionsprophylaxe zu erproben und ihre Wirkungen zu untersuchen. In dem oben erwähnten Band konnte nur ganz kurz von Erfahrungen in zwei Schweizer Strafanstalten berichtet werden, wo seit 1994 der Spritzenumtausch ermöglicht wird. Ferner war von einem Beginn von Modellprojekten in Niedersachsen und Hamburg die Rede. Heute, fünf Jahre später, sind diese Modellprojekte abgeschlossen, und es liegen umfassende Berichte darüber vor. Sie werden aber im Zweifel nur von wenigen Expert(inn)en wirklich zur Kenntnis genommen. Und die Justizministerien zögern mit der Ausweitung der Modellprojekte auf weitere Anstalten, ganz zu schweigen von einer flächendeckenden Etablierung solcher Ansätze.

Deshalb ist es äußerst verdienstvoll, dass die Deutsche AIDS-Hilfe eine zweite Auflage der von Jacob, Keppeler und Stöver herausgegebenen Publikation ermöglicht hat, dieses Mal aufgrund der inhaltlichen Fülle in zwei Bänden. Diese folgen im Wesentlichen dem Aufbau ihres Vorläufers: Der erste Band geht auf die Grundlagen gesundheitsfördernder Maßnahmen für inhaftierte Drogenkonsument(inn)en ein, der zweite berichtet von den in der Praxis gemachten Erfahrungen, erörtert die Perspektiven und stellt Empfehlungen, Leitlinien und Standards vor. Von den Inhalten her handelt es sich jedoch um eine völlig neue Publikation. Das liegt an den überaus rasanten Entwicklungen in diesem Feld, aufgrund derer kaum ein Text unverändert bleiben konnte. Die beiden Bände tragen denn auch einen neuen Titel, der das Thema „Gesundheitsförderung für Drogenkonsument(inn)en im Strafvollzug“ auf die assoziationsreiche Formel „LebHaft“ bringt.

Berichtet wird über Aktuelles aus dem In- und Ausland, vor allem über die Modellversuche in drei deutschen Bundesländern (Berlin, Hamburg, Niedersachsen). Deren Ergebnisse sind keineswegs eindeutig positiv. Das war wohl auch nicht zu erwarten. Gefängnisse sind keine primär gesundheitsfördernden Institutionen. Die Idee „gesunder Gefängnisse“ lässt sich nicht ohne Widersprüche verwirklichen. Auch muss das auf Sicherung und Sicherheit trainierte Personal radikal umlernen, was zweifellos nicht von heute auf morgen gelingen kann. Insgesamt jedoch haben die Modellversuche gezeigt, dass die draußen etablierten Strategien einer akzeptierenden und Schaden mindernden Drogenarbeit auch im Gefängnis ihren Platz haben, wenn die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Gerade dort, wo diese Bedingungen besonders günstig waren (wie etwa in der JVA Vechta), sind die Ergebnisse am überzeugendsten. Über viele Details wird man weiter sorgfältig nachdenken und nachforschen müssen. Aber dass es sich bei Spritzenumtausch-Programmen im Gefängnis um „ein Ding der Unmöglichkeit“ handelt, wird niemand mehr behaupten können.

Prof. Johannes Feest (Universität Bremen)

PRAXIS

DROGENHILFE IM JUSTIZVOLLZUG

Jutta Jacob

Die haftinternen Einrichtungen der Vollzugsmedizin und der Suchtberatungsdienste sind den differenzierten Anforderungen einer effektiven Drogenhilfe mit ihren traditionellen Arbeitsansätzen, die bislang vornehmlich auf drogenfreie Therapien und Abstinenz ausgerichtet sind, nicht mehr gewachsen. Innovative, schadensminimierende, präventive und damit langfristig auch kostensparende Gesundheitsmaßnahmen sind, abgesehen von einzelnen Modellmaßnahmen, in der Strafvollzugspraxis nicht vorfindbar.

Dieser Beitrag umreißt zunächst die Angebote der herkömmlichen haftinternen Drogenhilfe und stellt in einem zweiten Schritt innovative Ansätze für bedürfnisgerechte Drogenhilfemaßnahmen im Justizvollzug vor.

Traditionelle Ansätze der Drogenhilfe im Justizvollzug

Abstinenzorientierung

Vollzugsinterne Hilfemaßnahmen für Drogenkonsument(inn)en – Behandlung, Beratung und Betreuung – sind in der Regel einseitig auf Abstinenz ausgerichtet. Oftmals wird lediglich eine Vermittlung in externe stationäre Therapieeinrichtungen angeboten (nach §§ 35ff. BtMG). Dies führt dazu, dass ein erheblicher Teil der Gefangenen, deren Drogenkonsumpraktiken auch im Vollzug problematisch sind und für die das Abstinenzziel nicht, nicht mehr oder noch nicht realistisch ist oder bei denen keine Kosten für eine Abstinenztherapie übernommen werden, von angemessenen Drogenhilfemaßnahmen nicht erreicht wird. Zudem hängt die Möglichkeit, eine externe stationäre Therapie in Anspruch zu nehmen, von einer Strafbemessung unter zwei Jahren ab. Demnach sind viele Betroffene von vornherein von diesem Angebot ausgeschlossen oder müssen erst einmal einen Teil ihrer Haftzeit verbüßen, bevor sie davon Gebrauch machen können. Mangelnde Akzeptanz und eine längerfristige Verweildauer in Haft reduzieren die Bereitschaft, sich auf eine stationäre Therapie einzulassen.

Abstinenzmotivation lässt sich nicht erzwingen, schon gar nicht in der „totalen Institution“ Gefängnis. Behandlungsangebote im Vollzug müssen – soweit möglich – auf Eigenverantwortlichkeit und freiwillige Inanspruchnahme ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass der Vollzug lediglich günstige Voraussetzungen schaffen kann für die Abwägung, ob Abstinenz von legalen oder illegalen Drogen eine lohnende Lebensperspektive darstellt. Weil eine Behandlung oft-

mals mit verbesserten Lebensbedingungen oder sonstigen vollzuglichen Vorteilen verbunden ist, wird es bei Gefangenen immer unterschiedliche Motivationen zur Nutzung entsprechender Angebote geben. Eine Voraussetzung für eine effektive Drogenhilfe im Vollzug könnte die Entwicklung von Vertrauen in die anstaltlichen Bemühungen zur Unterstützung von Veränderungen sein. Dies lässt sich nur mit Angeboten erreichen, die auf die individuellen Ressourcen, Fähigkeiten und Bedürfnisse der Gefangenen eingehen.

Der Appell, auf Drogen zu verzichten – was ja erst das Ziel einer Behandlung ist –, blendet aus, dass Drogenabhängigkeit eine Krankheit ist, und zeigt keine weiteren, unterhalb dieses Zieles liegenden Entwicklungsschritte auf, wie etwa die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Symptomfreiheit oder die Fähigkeit, mit der Sucht zu leben. Da Strafvollstreckung, Resozialisierung und Behandlung von Krankheit im Gefängnis nicht gleichberechtigt nebeneinander stehen können, müssen Hilfen zur Aneignung sozialer Kompetenzen gewährt werden.

Externe Drogenberatung

In fast allen Bundesländern Deutschlands werden externe Drogenberater/innen in die Betreuung inhaftierter Drogenabhängiger einbezogen (vgl. auch Küfner/Beloch in diesem Band). Zum Teil gibt es in den Anstalten eigene Suchtberatungsdienste, oder die Sozialdienste leisten die professionelle Betreuung der Suchtproblematik. Externe Hilfen unterstützen die Orientierung nach „draußen“ und erfreuen sich bei vielen Gefangenen – aufgrund der Schweigepflicht, dem Zeugnisverweigerungsrecht und der Distanz zu anstaltlichen Kontrollaufgaben – größerer Akzeptanz als vollzugsinterne Angebote.

Die Suchtberatung im Vollzug soll zunächst Orientierung über Hilfsangebote sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gefängnisses geben und Motivationsarbeit zur Bewältigung problematischen Drogengebrauchs leisten. Die Beratung durch externe Dienste zielt jedoch immer noch hauptsächlich auf die Vermittlung in externe Therapieeinrichtungen ab. Im Mittelpunkt stehen dabei die Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Konzept, die Klärung der Kostenübernahme und die Begleitung in die Einrichtung.

Aufgrund der geringen Akzeptanz des Angebots „Therapie statt Strafe“ ist der Versorgungsrahmen der externen Dienste jedoch reduziert. Bestenfalls gelingt es deren Mitarbeiter(inne)n, eine verbindliche, vertrauensvolle und glaubwürdige Beziehung zu drogenabhängigen Gefangenen aufzubauen. Hierauf fußende einzelfallbezogene Hilfen und begleitende Betreuungsangebote können zur Kompensation von Belastungen beitragen, die durch die Haftsituation und das Drogenproblem verursacht werden.

Die Angebote externer Dienste werden stark genutzt, ihre personellen Kapazitäten sind jedoch beschränkt. Sie allein können daher die grundsätzlichen Defizite in der Versorgung Drogen konsumierender Häftlinge, besonders im Bereich Suchtbegleitung, nicht auffangen.

Substitutionsbehandlung

Die Methadonsubstitution bei Drogenabhängigen hat seit ihrer Einführung erhebliche Erfolge vorzuweisen. Mehrere Evaluationen kommunaler und regionaler Programme dokumentieren gesundheitliche Verbesserungen und soziale Stabilisierung (vgl. Bossong/Stöver 1997).

Die Substitution ist eine medizinisch begründete Behandlungsform, die außerhalb wie auch innerhalb des Justizvollzugs gewährleistet sein sollte. Ein Abbruch der Behandlung ist nur aus medizinisch-therapeutischen Überlegungen heraus vertretbar, nicht aber als Kontroll- und Sanktionsmaßnahme des Vollzugs. Die Substitution ist also keine Belohnung für Wohlverhalten, kein Instrument zur Beschwichtigung der Bediensteten („Drogenkonsum in geordneten Bahnen“), sondern eine Behandlung, die unter den besonderen Bedingungen der Haft den „draußen“ geltenden Regeln folgt: „Daraus erwächst aber auch den Inhaftierten bei gegebener Indikation ein Anspruch auf eine Substitutionsbehandlung, sodass sie nicht aus Gründen prinzipieller Ablehnung seitens der Anstalt unterbleiben darf“ (Kommission 1995, S. 73).

Bossong (1995) sieht den Vollzug sogar als ein vergleichsweise günstiges Setting: „In den Anstalten findet sich im großen Umfang die ‚klassische‘ Zielgruppe für die Methadonsubstitution (Therapieabbrecher, Abstinenzunwillige, gesundheitlich und sozial stark Vorbelastete); die Abhängigen sind kontinuierlich verfügbar, sodass eine regelmäßige Methadonvergabe samt den nötigen Urinkontrollen problemlos möglich ist; das Vollzugsziel ‚Legalbewährung‘ (was durchaus nicht zwingend gleichzusetzen ist mit Abstinenz!) deckt sich problemlos mit den Behandlungszielen“ (Bossong 1995, S. 14f.). Ferner ist davon auszugehen, dass substituierte Gefangene gegenüber den vorhandenen haftinternen Angeboten wesentlich aufgeschlossener sind.

Für medizinische Versorgungsmaßnahmen im Vollzug ist in der Regel nicht die gesetzliche Krankenversicherung zuständig, sondern die Vollzugsbehörde. Deshalb greift das Prinzip der freien Arztwahl für Inhaftierte nicht. Bei medizinischem Versorgungsbedarf steht ein Anstaltsarzt zur Verfügung, auf den die Inhaftierten angewiesen sind. Das ist gerade bei drogentherapeutischen Maßnahmen (wie auch der Substitutionsbehandlung), die primär auf Freiwilligkeit basieren sollten, ein entscheidender Nachteil. Da das Angebot einer Substitution immer noch nicht in allen Justizvollzugsanstalten obligatorisch ist, haben einige Gefängnisärzte/-ärztinnen mit ihrer ausdrücklichen Bereitschaft, die Behandlung durchzuführen, ein entsprechendes Zeichen für den haftinternen Einsatz von Methoden gesetzt. Dies eröffnet Chancen für die Vertrauensbildung in der vollzuglichen Zwangsgemeinschaft von Patient und Arzt.

Dass auch im Justizvollzug diejenigen Regeln und Standards für die Methadonsubstitution angewandt werden sollten, die im vertragsärztlichen System gelten, dafür sprechen im Wesentlichen drei Gründe:

- Die Forderung nach Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung innerhalb und außerhalb des Gefängnisses wird dadurch eingelöst.
- Der/die Anstaltsarzt/-ärztin kann auf diese Weise eventueller Unzufriedenheit seitens der Patien(inn)en vorbeugen und ist zugleich rechtlich abgesichert.
- Nach der Haftentlassung ist eine problemlose Überleitung in das vertragsärztliche System gewährleistet.

Nach Keppler/Stöver (1997) spricht Folgendes für den medizinischen und psychosozialen Nutzen einer Substitutionsbehandlung im Justizvollzug:

- Sie trägt zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung drogenabhängiger Gefangener bei und bietet einen kontinuierlichen Behandlungskontakt, der oftmals die Grundlage für eine weitere medizinische Behandlung oder psychosoziale Unterstützung darstellt. Große Bedeutung hat die Substitution insbesondere für die Infektionsprophylaxe: Sie schränkt den intravenösen Drogenkonsum massiv ein und vermag diesen bei guter Einstellung auf das Substitut zu verhindern. Needle-Sharing als Hauptübertragungsweg von lebensgefährlichen Infektionskrankheiten (HIV- und Hepatitis-Infektionen) kann in hohem Maße vermieden werden. Infektionsrisiken ergeben sich dann nur noch über den im Justizvollzug weniger verbreiteten intravenösen Konsum von Kokain und Benzodiazepinen/Barbituraten.
- Die Substitutionsbehandlung darf auch im Justizvollzug nicht mit therapiefremden und ordnungspolitischen Erwartungen überfrachtet werden: Sie ist eine medizinisch anerkannte Behandlung der Opiatabhängigkeit und kein Mittel zur Erreichung von Wohlverhalten und Anpassung.
- Sie vermag die Auseinandersetzung mit einem dem Problem Drogenabhängigkeit angemessenen Umgang auf allen Ebenen des Justizvollzugs in Gang zu bringen: Bedienstete, Mitgefangene und die Leitung werden mit anderen, gegenüber der Abstinenz vorrangigen Therapiezielen konfrontiert und erfahren, dass auch gesundheitliche und soziale Stabilisierung „legitime“ Behandlungsziele sein können. Das kann bei allen Beteiligten akzeptierende Einstellungen und Entwicklungen fördern.
- Sie kann bei Drogenabhängigen durch die im Gefängnis gemachten Erfahrungen Interesse wecken für den Einstieg in eine Lebensphase mit Substitution.

Spritzenumtauschprogramme zur Prävention von Infektionskrankheiten

Eines der vordringlichen Ziele der Drogenhilfe ist es, lebensbedrohliche und irreversible Infektionen zu vermeiden. Seit Mitte der 80er Jahre haben sich außerhalb des Justizvollzugs der leichte Zugang zu sterilem Spritzbesteck und die Präventionsarbeit mit Hilfe personalkommunikativer Methoden als wirksame Maßnahmen der Infektionsprophylaxe bewährt. Ein solches Angebot wäre auch „hinter Gittern“ dringend nötig, denn intravenös Drogen Gebrauchende sind dort durch die gemeinsame Benutzung derselben Spritzen und Utensilien in hohem Maße Infektionsgefahren ausgesetzt. Zwischen Haftaufenthalt und

intravenösem Drogengebrauch in Haft einerseits und HIV- sowie Hepatitis-Infektionen andererseits besteht ein enger Zusammenhang.

Im Zuge der Verbreitung der HIV-Infektion haben Fachleute immer wieder gefordert, im Justizvollzug Spritzenvergabeprogramme einzuführen (Deutscher Bundestag 1990), was aber lange Zeit aus vollzugspolitischen Gründen abgelehnt wurde. In der Schweiz wurde 1994 ein erstes umfangreiches Pilotprojekt gestartet, dem weitere Projekte an vier Standorten folgten. Ab 1996 wurde auch in Deutschland mit der Spritzenvergabe in Haft begonnen: in der JVA für Frauen Vechta, der JVA Lingen I Abteilung Groß Hesepe (Niedersachsen), der JVA Vierlande (Hamburg) sowie der JVA Lichtenberg und Lehrter Straße (Berlin). Die praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Evaluationen in der Schweiz (Hindelbank/Bern, Realta/Graubünden) und Deutschland (JVA für Frauen Vechta und Lingen I Abteilung Groß Hesepe) belegen den Erfolg solcher Maßnahmen.

Trotz unterschiedlicher Vergabemodalitäten und Zugangsbeschränkungen in den genannten Anstalten lässt sich allgemein Folgendes feststellen:

- Spritzenumtauschprojekte sind machbar, das heißt, sie lassen sich organisatorisch in den Arbeitsablauf einer Anstalt integrieren.
- Die Bereitschaft der Gefangenen, ein solches Angebot anzunehmen, hängt wesentlich davon ab, ob beim Zugang zum Spritzenumtausch weitgehend Anonymität gewährleistet ist.
- Die Akzeptanz der Spritzenvergabe seitens der Bediensteten ist dadurch bestimmt, inwieweit sie über die Projektziele informiert und aktiv in die Planungs- und Entscheidungsprozesse sowie in die Durchführung einbezogen sind.
- Der gemeinsame Gebrauch von Spritzbestecken hat für Drogenkonsument(inn)en keine rituelle Bedeutung. Diese vor allem in Haft verbreitete Praxis ist eher der Unzugänglichkeit steriler Spritzen geschuldet.
- Begleitende Präventions- und Informationsangebote für die Bediensteten sowie Informationsangebote für die Inhaftierten erhöhen die Wirksamkeit der Maßnahme und tragen zur Verankerung des Projektziels „Vermeidung von Infektionen“ bei.
- Alle Angebote sollten zielgruppenspezifisch und entsprechend lebensweltnah sein. Die Mitwirkung externer Dienste spielt dabei eine zentrale Rolle aufgrund ihrer hohen Glaubwürdigkeit, Eindeutigkeit und Zielgruppenkompetenz.
- In keiner der o.g. Haftanstalten, in denen zum Teil sehr viele Spritzen umgetauscht wurden, sind Bedienstete oder andere Gefangene mit Spritzen bedroht worden.
- Weder in Hindelbank noch in Vechta oder Lingen I Abteilung Große Hesepe konnte nachgewiesen werden, dass der Drogenkonsum in der Projektlaufzeit gestiegen sei. Anhand bestimmter Parameter ließ sich eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage belegen, z.B. weniger Spritzenabszesse, keine neuen HIV- und Hepatitis-Infektionen bei den kontinuierlich am Projekt teilnehmenden Gefangenen.
- In allen untersuchten Haftanstalten wussten die Inhaftierten (und Bediensteten) nur wenig über Hepatitisinfektionen und wie man sich davor schützt.

Die Kenntnisse über die HIV-Infektion und AIDS waren hingegen umfangreich (Nelles u.a. 1995; Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1996, 1997 und 1999; Jacob/Keppler/Stöver [Hrsg.] 1997).

Peer-Support als Selbsthilfeförderung

Die lebensweltbezogene Gestaltung risikominimierender Maßnahmen gelingt eher durch „Peers“ als durch professionelle Kräfte. Das Arbeitsprinzip „Peer-Support“ zielt auf die Förderung eigener Ressourcen und Kompetenzen, um tragfähige, selbstorganisierte Netzwerke der Hilfe und Selbsthilfe zu erhalten. Peers in die professionelle Drogenhilfe einzubeziehen bedeutet, diese im Hinblick auf Lebensweltnähe und Betroffenenorientierung weiterzuentwickeln. Voraussetzung für die Integration dieses Ansatzes ist die Erkenntnis,

- dass es entscheidend darauf ankommt, wer mit welchem Erfahrungshintergrund zu Verhaltensänderungen aufruft
- dass Drogengebraucher/innen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen ändern können und wollen und bei Bereitstellung der instrumentellen Mittel dazu auch in der Lage sind.

Gerade im Justizvollzug ließen sich die besonderen Kommunikationsformen und -inhalte der Zielgruppe nutzen, um Aufschluss darüber zu erhalten, welche Regeln und Rituale beim Drogenkonsum risikomindernd wirken und wie sie im Dienste einer lebensweltnahen Prävention gestärkt werden können.

Im Justizvollzug kommen Hafterfahrene und Haftneulinge, langjährig Drogen Konsumierende und Gefangene mit haftbedingt entwickelter Sucht sowie Gefangene aus verschiedenen Ländern und Kulturen zusammen. Dieses Miteinander kann im Hinblick auf Drogengebrauch und Sexualekontakte erhebliche Infektionsrisiken bergen, die den Beteiligten gar nicht oder nicht immer bewusst sind.

Aber nicht nur Informationsmangel und Fehlinformation zeitigen Risiken, sondern auch die besonderen Bedingungen in Haft. Drogen und Drogenkonsum sind verboten; positive Ergebnisse von Urinkontrollen haben die Rücknahme von Lockerungen zur Folge. Außerdem gibt es keinen geeigneten Ort, an dem sich Drogen unbeobachtet und in Ruhe konsumieren ließen. All dies erzeugt Stress und Hektik bei der Vorbereitung des Konsums und beim Konsum selbst – mit den damit verbundenen Gesundheitsrisiken.

Problematisch ist ebenso der Sex „hinter Gittern“, der besonders unter männlichen Gefangenen tabuisiert und daher nicht thematisierbar ist. Kondome zum Infektionsschutz sind in den Anstalten zwar grundsätzlich erhältlich, manchmal sogar kostenlos. Oft aber bekommt man sie lediglich beim Kaufmann (und dann nur auf Bestellung), beim Anstaltsarzt/bei der Anstaltsärztin, wo erst einmal ein Besuchstermin zu vereinbaren ist, oder beim Sozialdienst, der nicht rund um die Uhr geöffnet hat.

Wegen des gering ausgeprägten Risikobewusstseins bei Drogenkonsum und Sex erscheint der Peer-Support-Ansatz um so notwendiger. Mehrere aufeinander aufbauende Trainingseinheiten sind im Gefängnis eher „machbar“ als in

der Szene draußen, wo die Drogengebraucher/innen kaum kontinuierlich erreichbar sind. Im Gefängnis ist ein längerfristiger Dialog möglich, der für die Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen und das Auffrischen des bereits Gelernten genutzt werden kann. Weiterer Vorteil des Peer-Support-Ansatzes: Er ermöglicht eine kostengünstige Prävention, was angesichts der knappen Ressourcen im Justizvollzug nicht gering zu schätzen ist.

Die Organisation von Peer-Support ist in Gefängnissen allerdings schwierig, setzt dieser Ansatz doch voraus, dass die Beteiligten ihren bisher unerkannten Drogenkonsum offen legen, was unter ungünstigen Anstaltsbedingungen negative Konsequenzen (verstärkte Kontrollen, Urintests usw.) haben kann. Interessierte, bislang unauffällige Drogenkonsument(inn)en können sich kaum zu „Safer-Use-Trainings“ anmelden, weil sie fürchten müssen, dass sie dadurch mit Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden. Die Bereitschaft zur Teilnahme hängt somit immer von dem in einer Anstalt herrschenden „Klima“ ab: vom Grad des Vertrauens, der Akzeptanz und der Kontrolle.

Drogenhilfe für inhaftierte Frauen

Die haftinternen Hilfen für Drogenkonsumentinnen sind in der Regel traditionell ausgerichtet und weisen, was den Umgang mit Drogenbindung und Haftenerfahrung angeht, meist keine frauenspezifischen Ansätze auf (im Gegensatz zu den Angeboten einzelner externer Dienste). Die Erfahrungen der externen Drogenarbeit für Frauen (ausführlich Jacob/Kurmann 1997) haben aber gezeigt, dass ein behandlungsorientierter Vollzug für Drogen konsumierende Frauen spezieller Konzepte und Vorgehensweisen bedarf. Diese Erfahrungen könnten Orientierung geben bei der Entwicklung von Arbeitshaltungen und -methoden sowie Beratungs-, Behandlungs- und Präventionsangeboten für weibliche Inhaftierte.

Auftrag, Funktion und Gestaltungsprinzipien des Justizvollzugs und der haftinternen Suchtkrankenhilfe widersprechen allerdings den Arbeitshaltungen und Entwicklungszielen der Drogenhilfe für Frauen. Emanzipatorische Ziele, Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten sowie das Hinwirken auf eine Verbesserung der sozialen Situation von Drogen gebrauchenden Frauen muten unter Haftbedingungen widersinnig an. Eine Übertragung des Ansatzes der externen Drogenarbeit für Frauen ist daher grundsätzlich nicht möglich. Wohl aber kann bei den Mitarbeiterinnen der vollzugsinternen Drogenhilfe durch die Vermittlung frauenspezifischer Aspekte von Sucht und Kriminalität die Entwicklung einer entsprechenden Arbeitshaltung gefördert werden. Die Erweiterung der professionellen Kompetenz um Inhalte und Methoden, die für die Arbeit mit inhaftierten Frauen geeignet sind, setzt Angebote der Fort- und Weiterbildung für interessierte Mitarbeiterinnen sowie zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen voraus.

Vor allem gilt es, der Forderung nach Vernetzung der Hilfen für inhaftierte (Drogen gebrauchende) Frauen Rechnung zu tragen. Da Frauen durchschnittlich nur zwischen drei und neun Monaten in Haft sind (weshalb oftmals kein Vollzugsplan erstellt wird), ist es von Anfang an wichtig, auf die Entlassung hin-

zuarbeiten und durch vernetzte soziale und gesundheitliche Hilfsangebote einen besseren Start in das Leben in Freiheit zu ermöglichen.

Eine auf inhaftierte Frauen zugeschnittene Drogenhilfe, die Abstinenzorientierung, Suchtbegleitung, Schadensminimierung und allgemeine Gesundheitsförderung umfasst, muss mit externen Einrichtungen zusammenarbeiten, die Drogen- und AIDS-Beratung für Frauen anbieten und in der Arbeit mit frauenspezifischen Konzepten erfahren sind. Voraussetzung für eine solche Kooperation ist zum einen die Bereitschaft des Justizvollzugs, sich nach „draußen“ zu orientieren. Zum anderen sind externe Einrichtungen gefordert, die Betreuung inhaftierter Drogenkonsumentinnen konzeptionell zu verankern, auszubauen und in die öffentliche Fachdiskussion einzubringen.

Fazit und Ausblick

Die „draußen“ geltenden Standards der Drogen- und AIDS-Hilfe können als Richtschnur beim Aufbau einer bedarfsgerechten Suchtkrankenhilfe im Justizvollzug dienen. Deren Ziele können und dürfen sich nicht grundsätzlich von denen der Drogen- und AIDS-Hilfe außerhalb des Gefängnisses unterscheiden.

Für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Justizvollzug sind die Empfehlungen internationaler Gremien hilfreich. In Anlehnung an die „WHO-Richtlinien zu HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis“ (WHO 1993) sind bei der Schaffung eines differenzierten Hilfeangebots u.a. folgende Grundsätze zu beachten:

- Der Vollzug einer Freiheitsstrafe darf keine zusätzlichen körperlichen und seelischen Schädigungen verursachen.
- Angebote zur Infektionsprophylaxe und zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge sollten in enger Zusammenarbeit mit nationalen Gesundheitsbehörden, Gefängnisverwaltungen und Zielgruppen-Vertreter(inne)n einschließlich nichtstaatlicher Organisationen entwickelt werden. Die Angebote sind in ein breit angelegtes Gesundheitsförderungsprogramm einzubetten.
- Maßnahmen der HIV- und AIDS-Prävention für Gefangene sollten mit jenen für die Allgemeinbevölkerung übereinstimmen. Vollzugsinterne Angebote sollten auf Verhaltensänderungen zielen, deren Erreichbarkeit während der Haft und in der Zeit danach realistisch ist.
- Die Bedürfnisse der Gefangenen und Vollzugsbediensteten sollten bei der Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen berücksichtigt werden.
- Die Qualität der Beratung, medizinischen Versorgung und Pflege im Justizvollzug sollte mit der Qualität entsprechender Angebote außerhalb des Gefängnisses vergleichbar sein .

Der Sonderstatus der vollzugsinternen Drogenarbeit kann nur durch die Einbindung externer Fachkräfte überwunden werden. Es gilt somit für alle Beteiligten, Kooperationsbereitschaft zu entwickeln, damit der Justizvollzug Teil eines umfassenden Netzwerks der Hilfe und Unterstützung für Drogengebraucher/in-

nen werden kann. Lern- und Entwicklungsbedarf hat auch die Drogenhilfe „draußen“, die einem Engagement „hinter Gittern“ oft skeptisch gegenübersteht – nicht zuletzt aufgrund negativer Erfahrungen mit den Kontroll- und Sicherheitsansprüchen des Justizvollzugs. Gegenseitiges Misstrauen und Desinformation behindern eine Zusammenarbeit, von der letztlich beide Seiten profitieren könnten.¹

Literatur

Bossong 1995

Bossong, H.: Methadon-Substitutionsbehandlung. In: *Das Grüne Gehirn – Der Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen*. 36. Erg.-Lfg., Starnberg, Nov. 1995

Bossong/Stöver 1997

Bossong, H./Stöver, H.: Methadonbehandlung – ein Überblick. In: Bossong, H./Gözl, J./Stöver, H. (Hrsg.): *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt/New York: Campus 1997

Deutscher Bundestag 1990

Deutscher Bundestag (Hrsg.): AIDS: Fakten und Konsequenzen. Endbericht der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages. Bonn: Deutscher Bundestag 1990

Jacob/Keppler/Stöver (Hrsg.) 1997

Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hrsg.): Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug. AIDS-FORUM DAH, Bd. 18. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1997

Jacob/Kurmann 1997

Jacob, J./Kurmann, M.: Drogenarbeit mit Frauen. In: Bossong, H./Gözl, J./Stöver, H. (Hrsg.): *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt/New York: Campus 1997, 200–222

Keppler/Stöver 1997

Keppler, K./Stöver, H.: HIV/AIDS und Substitutionsbehandlung im Justizvollzug Deutschlands. In: Jäger, H. (Hrsg.): *AIDS und HIV-Infektionen*. 21. Erg.-Lfg. 10/97, 1–23

Kommission 1995

Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzeptes für den Hamburger Strafvollzug: Abschlussbericht der vom Justizsenator der Freien und Hansestadt eingesetzten Kommission. Hamburg, Febr. 1995 (Manuskript)

Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1996

Meyenberg, R./Stöver, H./Jacob, J./Pospeschill, M.: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Eröffnungsbericht. Bd. 1 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Bibliotheks- und Informations-

1 Erste Empfehlungen für die Arbeit mit Drogenabhängigen im Justizvollzug sind im Rahmen der internationalen Konferenz „Prison and Drugs“ an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg erarbeitet worden (vgl. den Beitrag von Ambrosini in diesem Band).

system der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Oldenburg: BIS-Verlag 1996

Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1997

Meyenberg, R./Stöver, H./Jacob, J./Pospeschill, M.: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Zwischenbericht. Bd. 2 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Bibliotheks- und Informationssystem der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Oldenburg: BIS-Verlag 1997

Meyenberg/Stöver/Jacob/Pospeschill 1999

Meyenberg, R./Stöver, H./Jacob, J./Pospeschill, M.: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Abschlussbericht. Bd. 3 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“. Bibliotheks- und Informationssystem der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Oldenburg: BIS-Verlag 1999

Nelles u.a. 1995

Nelles, J. u.a.: Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Evaluationsbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Bern: EMDZ 1995

WHO 1993

WHO-Richtlinien zu HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis (engl. Original: WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prison, WHO/GPA/DIR/93.3). In: Stöver, H. (Hrsg.): *Infektionsprophylaxe im Strafvollzug*. AIDS-FORUM DAH, Bd. 14. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1994, 119–128

PSYCHOSOZIALE BEGLEITUNG DER SUBSTITUTION IM STRAFVOLLZUG

Gangolf Schaper

Trotz sehr unterschiedlicher Handhabung in den einzelnen Bundesländern ist die Substitution mit Methadon als Behandlungsform für abhängig Drogen Konsumierende im Strafvollzug nicht mehr wegzudenken. Dieses ist auch das Ergebnis einer aktuellen Studie des Bremer Instituts für Drogenforschung der Universität Bremen (BISDRO):

„Alle befragten Fachleute gaben in den Interviews an, dass die Substitution vorteilhaft ist: Die Drogenabhängigen werden vom Suchtdruck entlastet, der Vollzug bemerkt infolge der Substitution eine Entspannung der Situation auf den Vollzugsgruppen (weniger Aggression, weniger Drogen). [...] Nach Meinung der Ärzte wird mit Hilfe der Substitution zumindest das Ziel der Überlebenssicherung und der Besserung des Gesundheitszustandes von drogenabhängigen Gefangenen erreicht.“ (BISDRO 2000, S. 10)

Nach wie vor steigen die Zahlen substituierter Gefangener oder haben sich – je nach Situation der Haftanstalt – auf oft hohem Niveau eingependelt. Dies macht erforderlich, dass die Bestimmung des inhaltlichen und organisatorischen Standorts der psychosozialen Begleitung kontinuierlich überprüft und den veränderten Umständen angepasst wird. So muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass reine Opiatkonsument(inn)en zur Ausnahme geworden sind und der zu beobachtende polytoxikomane¹ Drogenkonsum komplexe Probleme im Hinblick auf Suchtdruck und Beikonusum und damit auch auf die Erfolgskriterien der Behandlung mit Methadon erzeugt.

Die Bedeutung, die diese spezielle Behandlungsform für den Strafvollzug hat (oder bekommen soll), muss realistisch bewertet und dem zur Umsetzung einer erfolgreichen Behandlung erforderlichen Bedarf an Ressourcen gegenübergestellt werden. Es ist nicht verwunderlich, dass – wenngleich mit einer für den Strafvollzug nicht unüblichen zeitlichen Verzögerung – einerseits Fragen auftreten, die die Diskussion auch „draußen“ schon jahrelang tangieren, denn die Behandlung orientiert sich hier wie dort an den gleichen Grundlagen, die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen seit nahezu zehn Jahren vorgegeben werden (zuletzt: Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien, AUB 1999).

Andererseits bewegen sich die Akteurinnen und Akteure im Strafvollzug in einer totalen Institution. Diese versucht, die Widersprüche zu bewältigen, die sich

1 Polytoxikomanie = Gebrauch oder Abhängigkeit von mehreren Substanzen

aus den gesetzlichen Aufträgen zwischen Sicherung und Resozialisierung ergeben. Die Erfahrung, dass das (disziplinarische) Instrumentarium des Strafvollzugs allein kaum geeignet ist, abhängig Drogen Konsumierenden nachhaltig bei der Bewältigung ihrer Abhängigkeit zu helfen, hat den Weg für die Übernahme extramural² erprobter Behandlungsformen geebnet. So vielfältig wie die Erscheinungsbilder des abhängigen Drogenkonsums ist auch die psychosoziale Begleitung, die angeboten oder eingefordert wird.

Zwischen „Begleitung“ und „Behandlung“

Angesichts der wechselhaften Erfahrungen mit substituierten Gefangenen zeigten sich bei den Bediensteten der betreffenden Strafvollzugsanstalten in den letzten Jahren sehr unterschiedliche Gefühle und Einstellungen. Zunächst hatte große Skepsis gegenüber der Einführung von Substitutionsbehandlungen im Vollzug geherrscht. Diese wich langsam einer positiven Haltung aufgrund entsprechender Erfahrungen mit den überwiegend kleinen, ausgewählten Gruppen Substituierter und erzeugte hohe Erwartungen. Da stiegen die Behandlungszahlen so sprunghaft an, dass auch mehr Fälle auftauchten, bei denen diese Behandlungsform offensichtlich nicht den gewünschten Erfolg brachte. Beikonsum, Lockerungsmissbrauch, „Drehtürbehandelte“, die nach Haftentlassung schon bald wieder neu inhaftiert wurden – alle diese Phänomene kann man schon bei anderen Behandlungsformen.

Enttäuschungen gab es auch bei den Anstaltsärzt(inn)en und Suchtberater(inn)en. So sollte die Substitution die Behandlung von abhängigen Drogenkonsument(inn)en möglich machen. In wachsendem Maße blieb es aber bei der Vergabe des Opiat-Ersatzstoffs, da die Rahmenbedingungen eine an den individuellen Bedürfnissen orientierte, kontinuierliche psychosoziale Betreuung nicht mehr zuließen.

Der Blick auf die Substitution mit Methadon ist durch Erfahrung sicher realistischer geworden. Trotzdem scheint es gerade im Strafvollzug schwer zu akzeptieren, dass die verurteilten Drogen konsumierenden Straftäter/innen nicht sogleich von ihrem Tun ablassen, sobald ihnen ein (Ersatz-)Gift zur Verfügung gestellt wird. Entsprechend unerbittlich reagiert der Strafvollzug bei nachgewiesenem Fehlverhalten. Die Geduld mit individuellen Entwicklungsprozessen ist dabei mancherorts, z.B. in den Bremer Gefängnissen, eher noch geringer geworden (siehe BISDRO 2000, S. 22).

Psychosoziale Begleitung macht Sinn – daran wird nicht mehr ernsthaft gezweifelt. Offenbar ist es allein mit der Vergabe des Substituts nicht getan. Die Frage, ob sich ein prinzipieller Verpflichtungscharakter der psychosozialen Betreuung und die Position des/der substituierenden Anstaltsarztes/-ärztin als Kontrolleur/in (u.a. über die Durchführung regelmäßiger Drogen-Screenings) gut mit dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und dem Mitbestimmungs-

2 extramural = außerhalb der (Gefängnis-)Mauern

recht der Klient(inn)en vereinbaren lässt, wird mangels alternativer Möglichkeiten überflüssig. Vor Jahren schien es noch, als diene der Ruf nach einer umfassenden psychosozialen Betreuung und die Forderung nach „als unabdingbar erachteten“ infrastrukturellen Voraussetzungen zur Substitution seitens der ärztlichen Dienste und/oder der (internen wie externen) Suchtberatungen eher einer prinzipiellen Abwehr gegenüber dieser Behandlungsform. Mittlerweile aber hat man die Erfahrung gemacht, dass ohne einen entsprechenden Rahmen die Substitution in Haft lediglich der Ruhigstellung und der Erhöhung des Anpassungsdrucks dienen kann, aber den Behandelten bei der Bewältigung ihrer Abhängigkeit nicht wesentlich hilft.

Die meisten Vollzugsanstalten (außer den ganz kleinen Einheiten) verfügen über ein erstaunliches sozialarbeiterisches Wissen, das eine gute Grundlage für eine Betreuung bietet. Es bedarf meines Erachtens trotzdem externer oder interner suchtberaterischer Unterstützung, nicht zuletzt, weil Sozialarbeiter/innen in vielfältiger Weise in die administrativen Abläufe eingebunden werden. Es wäre falsch, die Behandlungserfordernisse zugunsten einer niedrigschwelligen oder gar beliebig erscheinenden „Begleitung“ zu bestreiten. Allerdings ist es ebenso fatal, die Ansprüche an die Behandelten und Behandelnden so hoch zu schrauben, dass es nicht dazu kommt, durch Substitution den ersten Schritt zu tun, um den abhängig Drogen Konsumierenden den zerstörerischen Druck zu nehmen.

Dieses gilt in besonderem Maße für die Anforderungen an die psychosoziale Begleitung während der Behandlung in Haft. Bereits Mitte der 90er Jahre führten die gestiegenen Fallzahlen dazu, dass von dem ursprünglich in den NUB-Richtlinien (Substitution nach verschiedenen medizinischen Indikationen) festgelegten Versorgungsschlüssel von einer Sozialarbeiterstelle für zehn Patient(inn)en abgewichen wurde. Das Niedersächsische Sozialministerium verzichtete per Erlass vom 28.05.93 auf einen exakt formulierten Versorgungsschlüssel. Diese Entwicklung ging auf Kosten der Betreuungskapazitäten der Träger und damit der Angebotsintensität, was sich bis heute auch auf die substituierenden Vollzugsanstalten auswirkt. Allerdings verfügen diese in der Regel über zusätzliche interne Suchtberatungskapazitäten und bieten zudem über die quasi stationäre Unterbringung, die fachdienstliche Betreuung und Möglichkeiten der Tagesstrukturierung (Arbeit, Schule, Freizeit) Angebote, die extramural nicht annähernd zur Verfügung stehen. Dies erlaubt aber nicht den Schluss, dass eine Substitution in Haft sinnvoller wäre oder bessere Ergebnisse zeigen müsste. Reduziert man auf der einen Seite Probleme mit dem „Methadonloch“ (= Verlust an Sinnggebung und Zeitstrukturierung durch Wegfall der illegalen Drogenbeschaffung und Verlust der Szenekontakte), so türmen sich andererseits durch die hohe Konzentration und Durchmischung von substituierten und nicht mit Methadon behandelten Drogenkonsument(inn)en in den Haftanstalten neue Schwierigkeiten auf – durch subkulturelle Einflüsse, die psychische Belastung aufgrund des Freiheitsentzugs und unter Umständen durch Beziehungsprobleme mit der betreuenden Person.

Die Rolle der psychosozialen Begleitung

Der Arzt in unserer Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta führt entweder eine extern begonnene Substitution in der Haft erhaltend weiter, oder er beschließt die Aufnahme einer Patientin während der Haft. Der bei weitem größte Anteil der zurzeit in Haftanstalten substituierten Gefangenen wurde bereits substituiert in Haft genommen. Im ersten Fall informiert er die Mitarbeiter/innen, die die psychosoziale Begleitung durchführen (in der Suchtarbeit erfahrene anstaltsinterne Mitarbeiter/innen oder Mitarbeiter/innen der externen aufsuchenden Sozialarbeit), über den Neuzugang, der sich wiederum im Behandlungsvertrag mit dem Arzt unter anderem zur Teilnahme an der Gruppen- bzw. Einzelbetreuung verpflichtet. Im zweiten Fall beteiligt der Arzt im Idealfall die Mitarbeiter/innen der psychosozialen Begleitung an der Auswahl der Probandinnen. Im Behandlungsvertrag entbindet der/die Patient/in den Arzt und die Mitarbeiter/innen der psychosozialen Begleitung von der Schweigepflicht, sodass sich eine engere Zusammenarbeit (gemeinsame Konzipierung und Abstimmung) zwischen ärztlichem und psychosozialen Bereich entwickeln kann. Dabei kann letzterer Bereich auch direkt dem ärztlichen Dienst angegliedert sein, um die Schweigepflicht gegenüber der Vollzugsadministration sicherzustellen.

Hinsichtlich der konkreten Arbeit stellt sich die Frage, was die zu Begleitenden in Haft benötigen und was tatsächlich geleistet werden kann. Die Teilnahme am Angebot psychosozialer Begleitung erfolgt – davon ist auszugehen – nicht freiwillig und gründet keineswegs in der Einsicht, dass eine entsprechende Hilfestellung sinnvoll ist – ein Faktum, das die Beziehungsaufnahme erschwert. Verstärkt wird dieses Dilemma, wenn die psychosoziale Begleitung durch vollzugsinterne Suchtberatungen erfolgt, deren Loyalität und Schweigepflicht immer wieder angezweifelt werden.

Als weiterer erschwerender Faktor kommt in den meisten Fällen ein lebensgeschichtlich begründbares Misstrauenspotenzial hinzu – zum Teil mit erheblichen Einschränkungen, Beziehungen herstellen zu können. Dieses Misstrauen erschwert besonders bei Gruppenmaßnahmen eine intensive Auseinandersetzung. Die Öffnung im therapeutischen Medium „Gruppe“ birgt zudem die Gefahr, dass das Offenlegen bestimmter Probleme im Konfliktfall von anderen missbraucht werden könnte. Da es sich beim Gefängnis um einen „Zwangszusammenhang“ handelt, dem man als Häftling nicht ausweichen kann, erhält dieser Aspekt besondere Brisanz.

Das vorhandene Misstrauen schränkt die Ausrichtung von Begleitungen, die auf einem Kontinuum zwischen Beratung und Therapie angesiedelt sind, generell ein. Orientiert sich Beratung vornehmlich an alltagsbezogenen Bedürfnissen (z.B. der Unterstützung bei Problemen im Vollzugsalltag oder bei der Vorbereitung der Haftentlassung), geht es therapeutischen Ansätzen um den Aufbau stabiler Beziehungen, um vertiefende emotionale Auseinandersetzung und Aufarbeitung von Hintergründen.

Je stärker die psychosoziale Begleitung in den Strafvollzug eingebunden ist (im Extrem sogar als Teil der internen „Suchtberatung“ durch Justizbedienstete-

te, die manchmal noch in Mehrfachfunktion im Sozialdienst eingesetzt werden), desto größer wird der Beratungsanteil gegenüber der therapeutischen Herangehensweise sein. Dafür profitieren die Klient(inn)en von der sachkundigen Kenntnis der Vollzugsabläufe und der hohen Akzeptanz der Berater/innen bei den Justizbediensteten.

Aus Klientensicht ist es notwendig, dass es eine klare Trennung zwischen psychosozialer Betreuung und Vollzug gibt und Vernetzungen (z.B. im Rahmen von Vollzugsplanungen, durch Absprachen mit dem Sozialen Dienst, den Arbeitsbereichen oder der Verwaltung) transparent gemacht werden. Die Ergebnisse der vom Arzt/von der Ärztin durchgeführten Drogen-Screenings dürfen ebenfalls nicht an den Strafvollzug weitergegeben werden. Trotzdem werden Angebote der psychosozialen Begleitung zum Teil von den Anstalten benutzt, indem die Gewährung von Lockerungen z.B. vom Besuch der Gesprächsgruppen und von einem positiven Verlaufsbericht der Behandlung durch die Mitarbeiter/innen der psychosozialen Begleitung abhängt.

Was kann psychosoziale Begleitung in Haft leisten?

Der Freiheitsentzug an sich ist schon emotional belastend; die drogensubkulturellen Strukturen erschweren es substituierten Delinquenten zusätzlich, ihrem Weg ohne Beikonsum und Rückfälle in „junkietypisches Verhalten“ treu zu bleiben – dies selbst dann, wenn eine getrennte Wohnunterbringung erfolgt (was eher selten der Fall ist). In der Regel findet sich vor allem bei der Arbeit und den Freizeitaktivitäten eine Fülle destruktiver Einflüsse.

Folgende Aufgaben gehören zur psychosozialen Begleitung:

- Führen eines Zugangsgesprächs mit Information über das Gesamtprogramm (Beratung bei der Auswahl der Behandlungsform)
- Erhebung sozialer, entwicklungspsychologischer und suchtbezogener Daten (auch Haftdaten)
- Kontaktaufnahme mit bisher extern betreuenden Ärzt(inn)en und Beratungsstellen, mit Angehörigen, aber auch Vollzugsdiensten, um ein umfassendes Bild zu gewinnen und einen individuellen Behandlungsplan vorzubereiten, der mit dem/der Anstaltsarzt/-ärztin durchgesprochen wird (ggf. ergänzende Datensammlung für eine Antragstellung bei der Kassenärztlichen Vereinigung)
- Teilnahme an den Vollzugsplanungen, um die Behandlungsvorstellungen gegenüber dem Strafvollzug zu erläutern
- behandlungsvorbereitende Einzelgespräche
- Einteilung in Gesprächsgruppen und organisatorische Abklärung mit den Arbeitsbereichen, in denen die Proband(inn)en innervollzuglich eingesetzt sind
- Leitung von (themenzentrierten) Kleingruppen, Formulierung von (therapeutischen) Arbeitsaufträgen und Auswertung der Sitzungen
- Durchführung von Einzelgesprächen (ggf. Kriseninterventionen)
- Anordnung, Auswertung und Dokumentation von Urinkontrollen (falls diese nicht durch den Arzt/die Ärztin erfolgen)

- (wenn möglich) systemorientierte Familiengespräche unter Einbeziehung von Angehörigen
- Planung und Durchführung erlebnispädagogischer Gruppenmaßnahmen
- Kontaktaufnahme zu den Strafvollstreckungsbehörden zwecks Ermittlung und Vorbereitung von Strafzurückstellungsanträgen oder von vorzeitigen Entlassungen aus der Haft
- Mitwirkung bei entlassungsvorbereitenden Maßnahmen (Behandlungsfortsetzung) in Abstimmung mit dem/der Anstaltsarzt/-ärztin und dem Sozialdienst
- Beratung und Unterstützung der Klient(inn)en, wenn eine andere Behandlung/ein anderes Setting angestrebt wird.

Dabei bedient sich man sich psychosozialer Interventionen entsprechend extramural ausgewiesener Standards zur Methadonsubstitution (akzept [Hrsg.] 1995, Bühringer u.a. 1995). Bei all diesen Optionen ist es erforderlich, die Klient(inn)en immer wieder zur selbständigen Regelung persönlicher Belange zu motivieren. Gruppengespräche begegnen Vereinsamungstendenzen, dem Verlust von Beziehungsfähigkeit (fehlendes Training personaler Bindungen) und solidarischer Strukturen. Unter Haftbedingungen und angesichts langjährigen abhängigen Drogenkonsums bedürfen die genannten Aspekte besonderer Aufmerksamkeit. Dabei sind auch geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen: Viele inhaftierte Frauen sind sexuell missbraucht worden; Frauen leiden meist stärker unter Stigmatisierung und der Trennung von der Familie und werden während der Haftzeit auch öfter von ihren Partnern verlassen (vgl. hierzu Jacob in diesem Band).

Signifikant wiederkehrende Gesprächsthemen³ sind:

- Motivation für eine Fortführung der substituierenden Behandlung
- Auswirkungen des Substituts auf die Befindlichkeit (auch Veränderungswünsche)
- Angst vor Rückfällen in Beikonsum und „Bearbeitung“ dieser Angst
- Umgang mit anderen Substituierten und mit Nichtsubstituierten
- Verhältnis zum/zur behandelnden Arzt/Ärztin und zum Betreuungspersonal
- emotionale und praktische Auseinandersetzung mit der Haftsituation
- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- männliche/weibliche Sozialisation (ggf. sexuelle Missbrauchserfahrungen)
- Ohnmachts- und Schuldgefühle (Opfer-Täter-Position)
- Partnerbeziehungen (Erwartungen, Rollenverhalten, Rückfallgefährdung, Ressourcen)
- Einsamkeit
- Verhältnis zur Herkunftsfamilie und zu den eigenen Kindern
- Art und Weise der Wahrnehmung („kognitive Repräsentanz“) einer Bezugsperson
- abwägende Entscheidungsfindung bei Fragen zu den Lebenszielen

3 Die aufgeführten Themen sind zusammengestellt nach einer Auswertung von etwa 600 Gruppendiskussionen mit substituierten Frauen in der JVA für Frauen Vechta durch den Autor.

- Angstauslöser und unerwünschte Gefühle (auch als Rückfallprophylaxe)
- Hoffnungen und Befürchtungen angesichts bevorstehender Entlassung
- Sinnfindung (Schicksal, Freiheit, Entscheidungen, Ziele).

Nur wenige Themen beziehen sich spezifisch auf die Haft und die Haftsituation, die meisten finden sich auch in jeder extramuralen psychosozialen Begleitung.

Zum Thema „Beikonsum“: Die Proband(inn)en verpflichten sich im Behandlungsvertrag, auf jeden Beikonsum zu verzichten. Die Kontrollmöglichkeiten von Haftanstalten sind umfassender als die bei niedergelassenen Ärzt(inn)en, sodass dem/der Anstaltsarzt/-ärztin und der psychosozialen Begleitung tatsächlich nur wenige „Rückfälle“ entgehen. Unabdingbar ist die Trennung von medizinischen und vollzuglichen Drogentests. Meint eine Strafvollzugsanstalt, auf Urinalanalysen nicht verzichten zu können (z.B. als Grundlage für die Gewährung von Vollzugslockerungen), so bleibt es ihr überlassen, ob sie die Ergebnisse an die psychosoziale Begleitung weitergibt. Umgekehrt sollten Ergebnisse medizinisch-therapeutischer Kontrollen nur in den jeweiligen Krankenakten vermerkt werden und vom Vollzug nicht eingesehen werden können. Es wäre fatal, wenn die Behandlungskontrolle mit vollzuglichen Sanktionen verknüpft würde.

Gegenüber den NUB-Richtlinien von 1992 (Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen), in denen vorgeschrieben wurde, dass festgestellter Beikonsum der Beratungskommission mitzuteilen ist und eine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nur dann weitergeführt werden darf, wenn die KV nach Beratung durch die Kommission dem zugestimmt hat, wird in der Aktualisierung lediglich angeordnet, dass eine Substitution abgebrochen wird, wenn eine „Ausweitung oder Verfestigung des Gebrauchs von Suchtstoffen neben der Substitution“ festzustellen ist. Inzwischen hatte sich gezeigt, dass die primäre Forderung in der Praxis kaum handhabbar war. Es war nicht praktikabel, auf Rückfälle oder Beigebrauch mit einem sofortigen Behandlungsentzug zu reagieren, denn das hätte die eigentliche Zielgruppe des Substitutionsprogramms, nämlich die langjährig manifest Drogenabhängigen, relativ schnell ausgeschlossen. Die Reduzierung des Beikonsums hin zu einem völligen Verzicht bleibt ein längerfristig erreichbares Ziel der Behandlung.

Da sich die Erfahrungen mit Substituierten während der Haftzeit nicht von dem vorher Gesagten unterscheiden, ist verständlich, dass das Thema „Beikonsum/Rückfälle“ immer wieder ins Zentrum der psychosozialen Begleitung rückt. Extramural dürfte dies nicht viel anders sein, aber die Brisanz des Themas ist in der Haft größer, zumal die Klient(inn)en oft genug versuchen, zwischen den Lebenswelten „drinnen“ und „draußen“ zu trennen und ihnen hinsichtlich des Beikonsums jeweils Unterschiedliches zuzuschreiben.

Die Vollzugsanstalten beenden eine Substitutionsbehandlung bei deutlichen Verstößen gegen den Behandlungsvertrag („rote Karte“) – dies in den meisten Fällen auch dann, wenn es trotz Abmahnungen („gelbe Karte“) zum wiederholten Beigebrauch kommt. In der oben genannten Studie aus Bremen wird z.B. aber auch erwähnt, dass dort die Substitution seit Anfang 1998 bereits bei einmalig festgestelltem Beigebrauch endet, um das Beigebrauchsverbot deutlich zu machen (BISDRO 2000, S. 22).

Fortbildung der Mitarbeiter/innen

Der Erwartungsdruck der vollzuglichen Administration gegenüber den Mitarbeiter(inne)n der psychosozialen Begleitung Substituierter in Haft ist hoch. Je schlechter die Vollzugsbediensteten über diese Behandlungsform informiert sind, desto eher resignieren sie angesichts der wiederkehrenden Beispiele von Fehlverhalten (z.B. Beikonsum). Dieses verhilft der Behandlungsform, der Beratungsstelle oder den Klient(inn)en zu einem schlechten Ruf – und wird damit allen nicht gerecht. Es ist deshalb unerlässlich, die Vollzugsbediensteten über die Substitution als Behandlungsform umfassend zu informieren und ihnen zu vermitteln, welche „Erfolgskriterien“ es gibt. Dazu gehört auch die Offenheit zuzugeben, dass das Postulat absoluter Abstinenz (neben dem Substitut) die Proband(inn)en in vielen Fällen – zumindest in den ersten Phasen der Behandlung – angesichts des polytoxikomanen Konsums vor Aufnahme der Substitution überfordert. Die Drogengier, das zwanghafte Bedürfnis nach einem „Flash“ bezieht sich zunehmend eben nicht nur auf Opiate. In den letzten Jahren ist ein steigender Beikonsum mit Kokain vor der Inhaftierung zu beobachten. Je höher die Erwartungen an die Anpassungsleistung der abhängig Konsumierenden an die Regeln und Ordnungsbedürfnisse des Vollzuges sind, desto tiefer sitzt inzwischen die Frustration der Bediensteten – dies trifft auch auf extramurale Organe der Rechtspflege zu. Darüber hinaus sind die Vollzugsmitarbeiter/innen kontinuierlich darüber aufzuklären, was in den Betreuungsgesprächen geleistet werden kann und was nicht.

Fazit

Die „Maintenance⁴-Substitution“, in der Drogengebraucher/innen in einem überschaubaren Zeitraum mit Ersatzstoffen versorgt werden, hat sich – bei allen Einschränkungen – im Strafvollzug bewährt. Die grundlegenden Erfahrungen mit der Substitution sind gemacht worden, sie könnte sich nun „entmystifiziert“ als eine unter mehreren Behandlungsformen in die Palette der Drogenhilfeangebote einfügen. Weil sie aber die ursprünglich hoch gesteckten Erwartungen des Strafvollzugs nicht erfüllt, besteht die Gefahr, dass sie unter dem Diktat der Finanzen weitgehend auf die reine Vergabe des Substituts reduziert wird. Allerorten steht die psychosoziale Begleitung unter Legitimationsdruck, sind Kürzungen des Betreuungsumfangs mit Hinweis auf die bestehenden allgemeinen Betreuungssysteme durch den Sozialdienst beobachtbar.

Ausformulierte „Leitlinien“ für die Substitutionsbehandlung im Vollzug stehen nach wie vor aus. Es gibt aber in Erlassform auf Länderebene z.B. „Medizinische und paramedizinische Richt- und Leitlinien“, die Mindestanforderungen zum Umfang der psychosozialen Begleitung und zur Kontrolle festlegen.

Nach wie vor muss an einer effektiveren Vernetzung der in diesem Feld tätigen Beratungsstellen (bei Wahrung der jeweiligen Identität) mit den Strafverfolgungs- und Vollstreckungsbehörden (z.B. in Sachen Haftvermeidung) gearbeitet werden.

4 maintenance = (engl.) Erhaltung

Stagnation zeigt sich leider bei der Einbeziehung von Drogenselbsthilfemodellen, die eine Alternative bieten können. In der Selbsthilfe arbeiten auch langjährig Substituierte, die mit den Problemen neuer Proband(inn)en der Substitutionsbehandlung gut vertraut sind und hohe Akzeptanz genießen. Hierzu gibt es durchaus positive Erfahrungen, z.B. in der JVA für Frauen in Vechta. Dort bietet seit vier Jahren in monatlichem Abstand JES Oldenburg – die Selbsthilfeorganisation von Junkies, Ehemaligen und Substituierten – einen Gesprächskreis für substituierte Frauen an. Dass die Arbeit nicht durch vermehrte Angebote (z.B. intensive Einzelgespräche) vertieft werden kann, liegt einerseits an der abgeschiedenen Lage der Haftanstalt, andererseits an den immer geringer werdenden Finanzmitteln der Organisation. Meines Erachtens sollte den Selbsthilfebemühungen in Zukunft in vielerlei Hinsicht mehr Rechnung getragen werden. Dabei gilt es auf allen Seiten vorhandene Vorurteile und ideologische Vorbehalte zu minimieren (z.B. durch Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in die Justizvollzugsschulen und anstaltsinternen Fortbildungen). Es gibt ohne Zweifel auch unauflösbare systembedingte Widersprüche in den Aufträgen der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure. Die Möglichkeiten eines gemeinsamen konstruktiven Wirkens werden gerade erst ansatzweise genutzt.

Für die professionellen Drogenberater/innen geht die Diskussion um differenzierte Standards der psychosozialen Betreuung weiter. Einen aktuellen Beitrag dazu liefern Mitarbeiter/innen der Universität Hamburg unter dem Stichwort „Psychoedukation“ (Kraus/Farnbacher 2000).

Literatur

akzept (Hrsg.) 1995

akzept e.V., Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg.): Leitlinien für die psychosoziale Begleitung im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Münster: Selbstverlag 1995

Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen 1999

Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen; Anlage A: „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (AUB). In: *Deutsches Ärzteblatt*, 96(25), B-1382ff.

BISDRO 2000

Bremer Institut für Drogenforschung: Substitutionspraxis und medizinische Versorgung in den Bremer Gefängnissen. Bremen: BISDRO 2000

Bühringer u.a. 1995

Bühringer, G. u.a.: Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Stuttgart: Enke 1995

Kraus/Farnbacher 2000

Krausz, M./Farnbacher, G.: Psychoedukation als psychosoziale Intervention in der Drogentherapie. In: *Suchttherapie*, 1. Jahrgang, 83ff.

DAS SPRITZENUMTAUSCHPROGRAMM IN DER JVA FÜR FRAUEN IN VECHTA/NIEDERSACHSEN

Karlheinz Keppler und Gangolf Schaper

Vorgeschichte und Konzept

Schon Anfang der neunziger Jahre hatte der Ärztliche Dienst der JVA für Frauen in Vechta Hinweise darauf, dass sich Gefangene durch die Benutzung gebrauchter oder unsteriler Nadeln mit HIV oder Hepatitis-Erregern infizierten. Als sich diese Hinweise verdichteten, ergab eine Auswertung von Gesundheitsakten der Jahrgänge 1992–1994, dass 13 von 23 festgestellten Hepatitis-B- und acht von 19 Hepatitis-C-Serokonversionen auf eine Infektion während der Haftzeit zurückzuführen waren. Die Dokumentation und Verbreitung dieser Fakten führte nicht nur zu einer Sensibilisierung des Anstaltspersonals, sondern stellte auch gegenüber den politisch Verantwortlichen das Hauptargument für die Einrichtung eines Spritzenvergabeprojekts dar. Aufgrund der relativ breiten Akzeptanz bei den JVA-Bediensteten konnte das Konzept des Projekts schließlich von einer anstaltsinternen Arbeitsgruppe entwickelt werden. Neben der Spritzenabgabe, die wie in der Schweizer Frauenhaftanstalt Hindelbank über Automaten (Tauschverhältnis 1:1) abgewickelt wird, umfasst das Modellprojekt auch Aufklärung und Beratung für Inhaftierte und Mitarbeiter/innen sowie die Schaffung von „drogenfreien“ Bereichen für abstinentwillige und nicht abhängige Frauen.

Das Modellprojekt

Wie werden die Inhaftierten informiert, und wer nimmt teil?

Im Rahmen des Aufnahmeverfahrens wird jede Inhaftierte frühzeitig durch ein in mehreren Sprachen vorhandenes Informationsblatt über das Spritzenumtauschprojekt und die Teilnahmebedingungen informiert. Weiterführende Informationen bekommen die Frauen dann während des Einweisungslehrganges in der Aufnahmestation durch Mitarbeiter/innen der Suchtkrankenhilfe.

Die für den Tausch an den Automaten erforderliche Spritzenattrappe wird (nach Überprüfung durch den Anstaltsarzt und Vermerk in der Krankenakte nur an intravenös konsumierende Drogenabhängige ausgegeben. Substituierte sind von der Teilnahme ausgeschlossen, da sie sich vertraglich zum Verzicht auf jeglichen Beikonsum verpflichten müssen; Minderjährige bedürfen einer Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten. Die Entscheidung für eine Teilnahme am Spritzenumtauschprojekt muss nicht gleich zu Beginn der Haft fallen,

sondern kann jederzeit getroffen werden. Sie umfasst auch die Bereitschaft zur Teilnahme an der medizinischen und der sozialwissenschaftlichen Auswertung.

Von den durchschnittlich 110 intravenös Drogen konsumierenden Frauen nehmen schätzungsweise 40–50 ordnungsgemäß teil. Daneben gibt es eine „Grauzone“ von Inhaftierten, die „nicht ordnungsgemäß“ am Spritzenumtauschprogramm teilnehmen. Sie leihen sich eine steril verpackte Spritze von einer Projektteilnehmerin, tauschen sie nach Gebrauch am Automaten um und geben sie dann zurück. 30–35 Frauen befinden sich im Substitutionsprogramm und sind von der Teilnahme ausgeschlossen.

Wie funktioniert der Umtausch?

Neben der Spritzenattrappe wird auch ein kleines, in der Tasche mitführbares Kästchen ausgehändigt, in dem die zu tauschende Spritze gut sichtbar auf der Konsole des Waschbeckens im Haftraum aufzubewahren ist. Der Spritzenumtausch selbst (Attrappe gegen neu bzw. gebraucht gegen neu) ist in allen Abteilungen der Anstalt bis auf den Freigang, das Mutter-Kind-Heim und die Aufnahmestation möglich. Die Automaten sind leicht zugänglich und diskret in Schränken untergebracht, in denen sich auch Alkoholtupfer, Ascorbinsäure, Filter, Pflaster und physiologische Kochsalz-Lösung finden. Die Bestückung der Spritzenautomaten mit neuen Spritzen und die Entsorgung der alten erfolgt täglich durch Mitarbeiter/innen der Krankenstation.

Nutzung des Angebots

Während der „Projektphase“ von 1996 bis 1998 wurden die in die Automaten zurückgeführten gebrauchten Spritzen beinahe täglich ausgezählt; die Zahl schwankte lange Zeit zwischen 100 bis 500 pro Monat. Diese Schwankungen gingen zum einen wohl auf die unregelmäßige Verfügbarkeit von spritzfähigen Drogen zurück, zum anderen gab es auch Beweise für Versuche, durch massive Tauschvorgänge unbenutzter Spritzen Hinweise auf Zeiten erhöhten Drogenkonsums zu verwischen. Von 1998 bis 2000 wurden pro Monat zwischen 200 und 300 Spritzen umgetauscht.

Die Zahl der entnommenen sterilen Spritzen deckt sich weitgehend mit derjenigen der zurückgeführten. Differenzen gab es anfangs lediglich infolge mechanischer Fehlfunktionen, die durch die Herstellerfirma aber behoben werden konnten. Mittlerweile gibt es nur noch manchmal kurze „Blockaden“ durch Manipulationsversuche, welche durch Mitarbeiter/innen des internen Suchtberatungsdienstes umgehend aufgehoben werden können.

Welche personellen und finanziellen Mittel sind erforderlich?

Das Spritzenumtauschprogramm wird mit dem vorhandenen Personal durchgeführt, ohne dass zusätzliche Arbeitskräfte eingestellt oder Stellen umgewidmet werden mussten: Die Bestückung der Automaten und die Entsorgung der gebrauchten Spritzen erfolgt durch Bedienstete der Krankenabteilung, die War-

tung obliegt dem internen Suchtberatungsdienst und dem Herstellerbetrieb. Die Auswahl der Teilnehmerinnen nimmt der Anstaltsarzt vor, und die Reaktion auf etwaiges Fehlverhalten liegt bei den zuständigen Stationsbediensteten.

Die zur Bereitstellung der Automaten benötigten Mittel wurden der Anstalt vom Ministerium der Justiz in Hannover zugewiesen; die Ausgaben für das laufende Tauschprogramm werden aus dem Etat des medizinischen Dienstes der Anstalt bestritten.

Projektsteuerung

Bei Projektbeginn wurde eine Arbeitsgruppe aus Mitarbeiter(inne)n der Suchtberatungsdienste (intern und extern) und der Krankenstation, aus den Abteilungsleiter(inne)n und der Aufsichts- und Sicherheitsdienstleitung ins Leben gerufen. Die Mitglieder dieser Gruppe trafen sich zunächst wöchentlich; mittlerweile kommen sie einmal im Monat zusammen, um Informationen auszutauschen, sich zu beraten, Begleitprogramme zu organisieren und so das Projekt weiterzuentwickeln. Gleichzeitig stellt die Arbeitsgruppe die Nahtstelle zur wissenschaftlichen Begleitforschung dar.

Verzahnung mit externen Angeboten

Im Rahmen von Informationsveranstaltungen während der 14-tägigen Aufnahmephase vermitteln Mitarbeiter/innen der internen Suchtberatung (in Zusammenarbeit mit dem AIDS-Beauftragten des Landkreises Vechta) Basiswissen über Infektionsprophylaxe in Haft und stellen Hilfsangebote vor.¹ Hieran sind auch „externe Kräfte“ von Drogen- und AIDS-Hilfen beteiligt; ergänzt und unterstützt werden die Veranstaltungen durch das Verteilen von Informationsblättern und Broschüren. Einmal im Monat findet zudem eine gemeinsame Informationsveranstaltung der AIDS-Hilfe Oldenburg und der Drogen-Selbsthilfeorganisation JES Oldenburg zu Safer Sex und Safer Use statt.

Daneben haben Inhaftierte – aus finanziellen Gründen allerdings in großen Abständen – die Möglichkeit, an Notfall-Hilfekursen des Deutschen Roten Kreuzes oder des Malteser-Hilfsdienstes teilzunehmen.

Ergebnisse und Bewertungen

Unterstützung für das Projekt und Machbarkeit

Bei Einführung des Spritzenumtausches gab es von allen Seiten große Vorbehalte: Bedienstete fragten nach der Machbarkeit, nach Gefahren für Sicherheit und Ordnung, möglichen Auswirkungen auf die Häufigkeit des Drogenkonsums in Haft und nicht zuletzt danach, ob sie selbst Spritzen im eigenen Ar-

¹ Basiswissen zur Infektionsprophylaxe ist inzwischen auch Teil des Ausbildungsprogramms für Bedienstete.

beitsbereich akzeptieren könnten. Drogen konsumierende Inhaftierte zweifelten an der Anonymität des Tausches und am Verzicht auf Sanktionierung des Drogenkonsums, nicht Drogen konsumierende Gefangene erwarteten eine stärkere Konfrontation angesichts des „offeneren“ Umgang der Drogengebraucher/innen mit ihrem Konsum. Der medizinische Dienst und die Suchtberatungen schließlich befürchteten eine erhöhte Arbeitsbelastung und waren skeptisch hinsichtlich der Funktionsfähigkeit der Automaten.

Die Praxis hat die meisten Bedenken zerstreuen können, die Projektphase brachte den wissenschaftlich belegten Machbarkeitsnachweis. „Besondere Vorkommnisse“ beschränkten sich auf Fehlverhalten bei der Aufbewahrung und beim Transport der Spritzen, einige Hortungsversuche und vereinzelte Stichverletzungen beim Auszählen der gebrauchten Spritzen bzw. bei falscher Entsorgung. Hinweise auf vermehrten Drogenkonsum oder eine Zunahme des intravenösen Gebrauchs gibt es bislang nicht.

Bedingungen für das Gelingen eines Spritzenumtauschprogramms in Haft

Entscheidend für eine effektive Infektionsprophylaxe bei intravenös Drogen gebrauchenden Gefangenen durch ein Spritzenumtauschprogramm sind eine hohe Zahl von Teilnehmer/innen und ein leichter Zugang zu den Spritzen. Außerdem bedarf es der Unterstützung und einer glaubwürdigen Haltung auf Seiten der Bediensteten (z.B. was den Verzicht auf Sanktionen angeht), die den gedanklichen Spagat zwischen der Befürwortung der Spritzenvergabe und dem konsequenten Verfolgen von Drogenkonsum und „Drogenauffälligkeiten“ vollziehen müssen. Und nicht zuletzt müssen die Regeln des Programms von den Teilnehmer(inne)n genau befolgt werden, da eine regelwidrige Aufbewahrung, Verwendung und Entsorgung der Spritzen nicht nur zu Vollzugs-Sanktionen führt, sondern den Fortbestand des gesamten Programms gefährden kann.

Defizite

Vergeblich wünschen sich Nutzerinnen des Programms nach wie vor die Vergabe unterschiedlicher Nadelstärken und -längen; ein praktikables Vergabe- und Tauschverfahren wurde bislang nicht gefunden. Auch muss methadonsubstituierten Inhaftierten nach wie vor die Teilnahme mit Hinweis auf die ministeriellen Vorgaben des Programms verweigert werden.

Fazit

Auch wenn ein gewisses Bedauern bleibt, weil nur in der Projektphase zusätzliche Mittel zur Mitarbeiterfortbildung zur Verfügung standen und alternative Formen der Wissensvermittlung (z.B. über Peer-Support-Ansätze) ausprobiert werden konnten: Entscheidend ist, dass die Suchtkrankenhilfe in Haft dauerhaft durch ein niedrigschwelliges Angebot erweitert werden konnte, welches bei den Betroffenen eine hohe Akzeptanz genießt und es ermöglicht, auch im Hinblick auf die Haftentlassung infektionsvermeidende Verhaltensweisen einzüben.

DAS SPRITZENUMTAUSCHPROGRAMM DER JUSTIZVOLLZUGSANSTALT LINGEN

Sabine Lettau, Peter Sawallisch, Inge Schulten und Klaus Tieding

Fachleute des Justizvollzugs sind sich darin einig, dass bislang mit keiner Maßnahme das Einbringen von Drogen in Haftanstalten verhindert werden konnte. Die Verfügbarkeit und der Konsum von Drogen in Gefängnissen muss daher als Tatsache angesehen werden.

Drogen, insbesondere Heroin, werden u.a. auch intravenös konsumiert. Da inhaftierte Drogenkonsument(inn)en vor Installierung von Spritzenvergabeprogrammen keinen Zugang zu sterilen Spritzen hatten, mussten sie in der Regel auf das Injektionsmaterial zurückgreifen, das in der Anstalt jeweils illegal verfügbar war.

Lediglich ein geringer Anteil der intravenös konsumierenden Drogengebraucher/innen ist durch abstinenzorientierte Maßnahmen oder eine Substitutionsbehandlung zu erreichen. Bei Gefangenen, die nicht ohne Drogen leben können oder wollen, muss nach dem Gegensteuerungsgrundsatz des § 3 Abs. 2 Strafvollzugsgesetz (StVollzG) den schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegengewirkt werden. Nach § 56 Abs. 1 StVollzG ist für die körperliche Gesundheit der Gefangenen zu sorgen. In § 57 Abs. 6 Nr. 1 StVollzG ist der Anspruch auf medizinische Versorgung festgeschrieben; einzusetzen seien alle Mittel, die notwendig sind, um eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde. Es gilt daher, auch das Risiko einer Ansteckung mit Hepatitis und HIV durch infektionsprophylaktische Maßnahmen zu verringern.

Vor diesem Hintergrund wurde in der JVA Lingen, Abteilung Groß-Hesepe eine haftinterne Spritzenvergabe zunächst diskutiert und dann, am 15.07.1996, als ein auf zwei Jahre angelegtes Modellprojekt gestartet.

Vor dem Start

Wichtig für alle Beteiligten war die umfassende Diskussion zur Spritzenvergabe im Justizvollzug, die im Vorfeld des Modellprojekts geführt wurde. Als Erstes wurden der leitende Anstaltsarzt, der Sicherheitsdienstleiter und der Suchtberatungsdienst aufgefordert, ihre Stellungnahmen zu einer solchen Maßnahme abzugeben. Alle Genannten sprachen sich unabhängig voneinander dafür aus, an Drogen konsumierende Gefangene sterile Spritzbestecke zu vergeben. Im Anschluss daran wurden Informationsveranstaltungen für Bedienstete und Drogen gebrauchende Gefangene durchgeführt, um sie für das Thema Sucht zu sensibilisieren. In diesen Veranstaltungen hielten Fachleute Referate zur Entste-

hung und zu den Ursachen von Sucht, zu den Krankheitsbildern von AIDS und Hepatitis sowie zum Umgang mit HIV-Positiven und zu den psychosozialen Auswirkungen einer HIV-Infektion. Einbezogen in die stets unter dem Aspekt der Infektionsprophylaxe geführte Diskussion wurden außerdem mehrmals Mitarbeiter/innen externer Behörden und Beratungsstellen (Amtsgericht Lingen, Drogenberatungsstelle Emsland, Gesundheitsamt, AIDS-Hilfe Emsland e.V.) sowie Vertreter/innen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und CDU.

Nachdem von Seiten der Politik entschieden worden war, dass in der JVA Lingen im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Pilotprojekts Spritzen vergeben werden dürfen, wurde eine Arbeitsgruppe für die Konzeptentwicklung benannt. Ihr gehörten der Sicherheitsdienstleiter, der Leiter des allgemeinen Vollzugsdienstes, Sanitäter, der allgemeine Vollzugsdienst und der Suchtberatungsdienst an. In die Konzeptentwicklung bezog man Vertreter/innen der AIDS-Hilfe Emsland e.V. (Lingen), der Niedersächsischen AIDS-Hilfe, der JVA für Frauen in Vechta und der Drogenberatungsstelle Emsland ein. Vier AG-Mitglieder und der stellvertretende Anstaltsleiter erhielten außerdem Gelegenheit, eine Woche in der Strafanstalt Schöngrün/Solothurn zu hospitieren und sich mit den Schweizer Kolleg(inn)en über die in Schöngrün bereits praktizierte Spritzenvergabe fachlich auszutauschen.

In Dienstbesprechungen und auf Gesamtkonferenzen berichtete die Arbeitsgruppe regelmäßig über ihre Aktivitäten. Besonders wichtig war für sie das Gespräch mit den Bediensteten der Abteilung Groß-Hesepe, die zu Beginn des auf zwei Jahre angelegten Modellprojekts detailliert über das Konzept informiert wurden. Während der Projektzeit fanden mit den Bediensteten Gespräche zum Projektverlauf statt.

Angebote rund um das Modellprojekt

Die AIDS-Hilfe Emsland e.V. war als externe Institution in das Modellprogramm eingebunden und entsandte jeweils einmal pro Woche einen Mitarbeiter in die Abteilung Groß-Hesepe. Angebote der AIDS-Hilfe Emsland im Rahmen des Modellprojekts:

- Safer-Use-Beratung für interessierte Inhaftierte
- Info-Veranstaltungen zu Drogen, Sucht, Safer Use, Safer Sex, HIV/AIDS und Hepatitis
- Peer-Support
- Gespräche mit den Inhaftierten im Rahmen des Frühstücks für Drogenkonsument(inn)en und während der Arbeit in der Teestube

Weitere Aktivitäten:

- Als flankierende Maßnahme wurden für die Bediensteten Schulungen in Erster Hilfe und zur Hilfe im Drogennotfall angeboten.
- Die für das Modellprogramm zuständigen Mitarbeiter/innen der Universität Oldenburg führten während seiner Laufzeit intensive Gespräche mit Inhaftierten und Bediensteten über Maßnahmen der Infektionsprophylaxe.

- In einer weiteren Exkursion in die Schweizer Strafanstalt Oberschöngrün konnten sich zwei Mitarbeiter des internen Suchtberatungsdienstes und zwei des Sanitätsdienstes sowie die Ärztin des Justizvollzugskrankenhauses über die dortige Praxis der Spritzenvergabe und über die kontrollierte Opiat- abgabe an Strafgefangene (KOST-Programm) informieren.

Seit Abschluss der Modellphase (15.07.1998) kommen Mitarbeiter/innen der AIDS-Hilfe Emsland alle zwei Wochen in die Teestube des anstaltsinternen Suchtberatungsdienstes, um mit Inhaftierten und Bediensteten über aktuelle Themen (z.B. die Möglichkeiten des Infektionsschutzes) zu sprechen. Außerdem führen sie regelmäßig Einzelgespräche mit Gefangenen im Justizvollzugskrankenhaus und in der Hauptanstalt und begleiten Inhaftierte bei Ausgängen, z.B. zu Arztbesuchen nach Osnabrück.

Die Zusammenarbeit der AIDS-Hilfe-Mitarbeiter/innen mit den Kolleg(innen) der externen Suchtberatungsstellen gestaltete sich während der Projektphase und darüber hinaus sehr gut. Besonders genannt seien die Mitarbeiter/innen des Caritas-Verbandes Lingen/Meppen und des Diakonischen Werkes Lingen, die regelmäßig Sprechstunden für Inhaftierte mit Suchtproblemen anbieten und Gefangene bei Bedarf in therapeutische Maßnahmen vermitteln.

Die Spritzenvergabe

An der Spritzenvergabe dürfen nur intravenös Drogen konsumierende Häftlinge teilnehmen. Ob diese Bedingung gegeben ist, wird durch den ärztlichen Dienst oder den Suchtberatungsdienst überprüft. Eine Teilnahme ist ebenso möglich, wenn der Gefangene ausdrücklich erklärt, dass er Drogen spritzt, und wenn nichts Gegenteiliges bekannt ist.

Gefangene in einer Substitutionsbehandlung sind von der Spritzenvergabe ausgeschlossen, da sie sich mit der Unterzeichnung der entsprechenden Behandlungsvereinbarung zum Verzicht auf Beikonsum verpflichtet haben. Ausgeschlossen sind ebenso Gefangene auf der drogenfreien Station (für Gefangene, die keine illegalen Drogen konsumieren).

Der in ein niedrigschwelliges Beratungsangebot eingebettete Spritzenumtausch erfolgt in den Räumlichkeiten des Suchtberatungsdienstes, die anonym über den Freizeitbereich zugänglich sind. Während der Woche obliegt dem Suchtberatungsdienst die Spritzenvergabe, an Wochenenden und Feiertagen dem Krankenpflegepersonal. Seit Abschluss der Modellphase im Juli 1998 werden Inhaftierte, die Spritzen umtauschen, in der Dokumentation nicht mehr namentlich vermerkt.

Die ausgegebenen Spritzen werden zu statistischen Zwecken gezählt.

Es wird jeweils nur eine Spritze ausgehändigt. Zusammen mit der ersten Spritze erhält der Gefangene ein durchsichtiges Plastikbehältnis, in dem die umzutauschende Spritze zu transportieren ist. Während der festgelegten Zeiten kann eine gebrauchte Spritze so oft wie notwendig gegen eine neue umgetauscht werden. Mit der Spritze werden auf Wunsch Ascorbinsäure, Alkoholpuffer und Pflaster ausgehändigt.

Spritzenvergabe durch den Suchtberatungsdienst:

Montag – Donnerstag: 14.30 bis 16.00 Uhr
Freitag: 08.30 bis 09.30 Uhr

Vergabe durch das Krankenpflegepersonal der Anstalt:

an Wochenenden und Feiertagen: 08.30 bis 09.30 Uhr

Die Spritze darf nur im Spind des Haftraums an einer speziell hierfür vorgesehenen Stelle deponiert werden: In der Innenseite der Spindtür wird eine Holzleiste mit einer Bohrung montiert, deren Durchmesser dem einer Spritze entspricht. Dort ist die Spritze einzustecken. Bewahrt man sie an einer anderen Stelle auf, wird sie eingezogen. Außerdem wird ein Disziplinarverfahren eingeleitet. Die Meldung, dass die Spritze eingezogen wurde, ersetzt beim Umtausch eine gebrauchte Spritze.

Die Gefangenen dürfen keine Spritzen in die Anstalt einbringen. Mitgebrachte Spritzen sind einzuziehen und zur Habe des Gefangenen zu geben. Ebenso wenig zulässig ist das Mitführen von Spritzen bei Verlassen des Anstaltsgeländes. Fehlverhalten im Zusammenhang mit der Spritzenvergabe hat die Einleitung eines Disziplinarverfahrens zur Folge. Über das Disziplinarverfahren entscheidet der Vollzugsabteilungsleiter in eigener Zuständigkeit anhand der Bestimmungen der §§ 102, 103 StVollzG: Kontrollen und Revisionen werden nach den einschlägigen Bestimmungen und Dienststanweisungen durchgeführt. Das Spritzenumtauschprogramm hat hierauf keinen Einfluss. Drogenfunde werden verfolgt und zur strafrechtlichen Überprüfung an die zuständige Staatsanwaltschaft weitergeleitet.

Der Fund von Spritzen, die Drogen enthalten (keine Anhaftungen), hat die gleiche Verfahrensweise zur Folge.

Erfahrungen

Der Start des Modellprojekts verlief problemlos. Als Teilnehmer meldeten sich im ersten Monat insgesamt 20 Inhaftierte an, die in den vorangegangenen Diskussionen ihr Interesse an dem Projekt gezeigt hatten. Die Inhaftierten hielten sich genauestens an die Vorgaben (Spritzentransport in den dafür vorgesehenen Behältnissen, Umtausch „gebrauchte Spritze gegen eine neue“, Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitung und ärztliche Untersuchung). Dabei spielte wohl eine Rolle, dass viele Inhaftierte sich der „Einmaligkeit“ eines solchen Modellprojekts im geschlossenen Männervollzug durchaus bewusst waren.

Sie wollten die Durchführung korrekt mitgestalten, um einem eventuellen Abbruch des Projekts vorzubeugen.

Die Spritzenvergabe ist in den Vollzugsalltag integriert und bisher reibungslos und ohne besondere Vorkommnisse verlaufen (Stand 30.10.00).

Für die Vergabe von Spritzen, Tupfern und Ascorbinsäure werden jährlich etwa DM 600,- benötigt.

Statistische Daten zur Spritzenvergabe im Zeitraum 15.07.1996–31.08.2001:

Gesamtzahl der umgetauschten Spritzen:	9.201
Gesamtzahl der Teilnehmer:	233
in stationäre Therapien vermittelte Teilnehmer:	54
in eine Substitution vermittelte Teilnehmer:	53
regulär aus der Haft entlassene Teilnehmer:	46
in andere Anstalten verlegte Teilnehmer:	36
in die Einweisungsabteilung verlegte Teilnehmer:	2
auf eigenen Wunsch aus dem Programm Ausgeschiedene: Teilnehmer, Stand 31.08.2001:	18 36

Anzahl der umgetauschten Spritzen seit Projektbeginn:

15.06.97–31.12.96:	1.019 Spritzen	
01.01.97–31.12.97:	2.426 Spritzen	
01.01.98–15.07.98:	1.072 Spritzen	
Projektphase:		4.517 Spritzen
16.07.98–31.12.98:	1.169 Spritzen	
01.01.99–31.12.99:	1.135 Spritzen	
01.01.00–31.12.00:	1.285 Spritzen	
01.01.01–31.08.01:	1.095 Spritzen	
seit Ende des Projekts:		4.684 Spritzen
Gesamt:		9.201 Spritzen

Interesse im In- und Ausland

- Im Berichtszeitraum gingen viele Anfragen zum Modellprojekt ein, und zwar sowohl aus dem Bundesgebiet wie auch aus England, Dänemark, Italien und der Schweiz.
- Der Suchtberatungsdienst der JVA Lingen, Abteilung Groß-Hesepe veranstaltete für die Kolleg(inn)en der Berliner Justizvollzugsanstalt Plötzensee zwei Fortbildungen zum Thema Spritzenvergabe. (In der zur JVA Plötzensee gehörenden Frauenanstalt Lichtenberg startete Ende 1998 ein Modellprojekt; siehe Lang und Stark in diesem Band.)
- Bedienstete der JVA Essen und niederländische Kolleg(inn)en aus der Haft- und Drogenarbeit informierten sich vor Ort über die Modalitäten des Projekts.
- Im Oktober 1999 wurde die Abteilung Groß-Hesepe von einer Delegation der JVA Vierlande (Hamburg) besucht. Sie war beauftragt, ein Konzept für

die Handvergabe von Spritzen zu erarbeiten. (In der JVA Vierlande erfolgt der Spritzenumtausch nach wie vor über Automaten; siehe Thiel in diesem Band.)

- Die Berliner Senatsverwaltung für Justiz lud zwei Mitarbeiter des anstaltsinternen Suchtberatungsdienstes zu einer Fortbildungsveranstaltung nach Berlin ein.
- Am 17.11.2000 informierte sich Herr Dr. Levy, ein Mitarbeiter der Justizbehörde in Canberra (Australien) über die Spritzenvergabe in der Abteilung Groß-Hesepe.
- Am 17.04.2001 erhielten wir Besuch von Kollegen des Suchtberatungsdienstes der Justizvollzugsanstalt in Dartmoor, Princetown (England), die sich vor allem über das Spritzenumtauschprogramm zur Infektionsprophylaxe informieren wollten, um zu prüfen, inwieweit die in der Abteilung Groß-Hesepe gemachten Erfahrungen auf die Bedingungen ihres Justizvollzugsystems übertragbar sind.
- Am 07.05.2001 fand in der JVA Lingen die Tagung „5 Jahre Spritzenaustauschprogramm – vom Modell zur Routine“ statt, die der Suchtberatungsdienst anlässlich des fünfjährigen Jubiläums vorbereitet und organisiert hatte. Parallel hierzu wurde die Tagung aus dem gleichen Anlass in der JVA Vechta für Frauen veranstaltet. Zur Tagung in der JVA Lingen waren 35 Gäste aus verschiedenen Institutionen (externe Drogen- und Suchtberatung, AIDS-Hilfe Emsland e.V., Gesundheitsamt, Richter des Amtsgerichts Lingen) geladen, teilgenommen haben insgesamt 48 Personen. Referate wurden gehalten zu den Themen „Spritzenvergabe zur Infektionsprophylaxe in der JVA Vechta für Frauen (Dr. med. Karlheinz Keppler, JVA für Frauen Vechta), „Abgabe steriler Einwegspritzen im offenen und geschlossenen Strafvollzug in Hamburg“ (Andreas Thiel, Justizbehörde Hamburg), „Mitwirkung der AIDS-Hilfe bei der Spritzenvergabe in Justizvollzugsanstalten“ (Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) und „Projektbegleitende Maßnahmen“ (Heiner Rehm, AIDS-Hilfe Emsland e.V.).
- Am 28.08.2001 erfolgte zum Thema „Gesundheitsprophylaxe im Justizvollzug“ ein Arbeitsbesuch von Frau Dr. Veith von der Medizinischen Fachaufsicht für jugendliche Gefangene in Australien und Herrn Dr. Keppler, dem Anstaltsarzt der JVA Vechta für Frauen.

SPRITZENUMTAUSCHPROGRAMME IN DREI HAMBURGER JUSTIZVOLLZUGSANSTALTEN¹

Heino Stöver

Etwa zeitgleich mit den Projekten in zwei niedersächsischen Haftanstalten (siehe Keppler/Schaper und Lettau u.a. in diesem Band) wurden auch im Hamburger Justizvollzug Spritzenumtauschprogramme eingeführt. Seit 1996 geben drei Anstalten Spritzen auf unterschiedlichen Wegen ab: Im geschlossenen Männer- und Frauenvollzug (JVA Am Hasenberge und Frauenteilanstalt der Jugend- und Frauenvollzugsanstalt Hahnöfersand) werden die Spritzen durch den Medizinischen Dienst „von Hand zu Hand“ umgetauscht. In der JVA Vierlande, einer Anstalt des offenen Vollzugs, erfolgt der Spritzenumtausch über Automaten und externe Drogenberater/innen. Die Programme haben insgesamt zu einem Rückgang des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen (Needle-Sharing) geführt. Vor Beginn der Programme geäußerte Befürchtungen, Spritzen könnten als Waffen eingesetzt oder zu einem Anstieg des intravenösen Drogenkonsums führen, haben sich nicht bewahrheitet. Was von den Bediensteten der beiden niedersächsischen und der schweizerischen Projekte (Nelles u.a. 2001) berichtet wird, gilt auch für jene der drei Hamburger Vollzugsanstalten: Für sie ist der Spritzenumtausch zur Normalität im Arbeitsalltag geworden.

Suchthilfe und Gesundheitsförderung für Drogenkonsument(inn)en in den Hamburger Justizvollzugsanstalten

Auf Drogenkonsum und -abhängigkeit reagiert der Hamburger Justizvollzug (ca. 3.000 Haftplätze in 11 Vollzugsanstalten) nicht nur mit repressiven Maßnahmen, sondern auch mit differenzierten Hilfen. Dazu gehören, ähnlich wie außerhalb der Gefängnisse, sowohl abstinenzorientierte als auch Schaden begrenzendes Angebote. Oberstes Ziel bleibt, das Drogenangebot zu reduzieren und die Häftlinge darin zu unterstützen, ohne Drogen zu leben oder drogenabstinent zu werden. Bei Gefangenen, die mit abstinenzorientierten Angeboten (noch) nicht oder nicht mehr erreicht werden können, stehen Schaden begrenzende Maßnahmen im Vordergrund. Grundsätzlich gilt das Äquivalenzprinzip²: Alle Hilfen, die sich außerhalb der Anstalten als erfolgreich erwiesen

1 Dieser Bericht bezieht sich auf den Zeitraum von der Einführung der Spritzenvergabe Mitte 1996 bis zur Bürgerschaftswahl der Freien und Hansestadt Hamburg im September 2001. Die Parteien, die den neuen Senat bilden, haben in ihren Koalitionsvereinbarungen beschlossen, den Spritzenumtausch in den Justizvollzugsanstalten abzuschaffen.

2 Äquivalenz = Gleichwertigkeit

haben, sollen auch im Vollzug angeboten werden. Dazu gehören medikamentengestützte Entzugsbehandlungen, spezielle Beratung durch externe Fachkräfte (seit 1990), drogenfreie Stationen (seit 1990), Substitution (seit 1990), Spritzenumtausch (seit 1996) und Akupunkturbehandlung (seit 1999).

Tabelle 1: Hilfen für Drogenkonsument(inn)en im Hamburger Justizvollzug

	externe Drogenberatung	Substitution	Spritzenumtausch	Akupunktur	drogenfreie Stationen
Untersuchungshaft	x	x	–	–	–
geschlossener Vollzug: Langstrafen	x	x	x	–	–
geschlossener Vollzug: Kurzstrafen und Strafrest	x	x	–	–	x
Frauen	x	x	x	–	–
offener Vollzug	x	x	x	–	–
Jugendliche	x	–	–	–	–

Pilotprojekt in der JVA Vierlande

Im Juni 1996 startete in der JVA Vierlande das erste Spritzenumtauschprogramm im Hamburger Justizvollzug (Thiel 1997). Zuvor hatte die Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg eine Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzepts für den Hamburger Strafvollzug eingesetzt, deren Empfehlung lautete, den Spritzenumtausch stufenweise in dafür geeigneten Anstalten einzuführen (Behrendt u.a. 1995). Die Durchführung eines Pilotprojekts wurde von allen in der Hamburger Bürgerschaft vertretenen Parteien mitgetragen.

Die JVA Vierlande ist eine Anstalt des offenen Vollzugs, die zu jener Zeit über 298 Haftplätze für männliche Erwachsene sowie eine Abteilung für Frauen mit 21 Haftplätzen verfügte (durchschnittliche Belegung in der Pilotphase: 265 Gefangene). Die durchschnittliche Verweildauer in der Anstalt beträgt vier Monate. Bei vielen Insassen liegt ein Drogenproblem vor. Erheblich suchtgefährdete Gefangene können in Hamburg mit ihrer Zustimmung in den offenen Vollzug verlegt werden, sofern nach Prüfung des Einzelfalls die Suchtgefährdung keine Flucht- oder Missbrauchsgefahr begründet. Dass für das Pilotprojekt eine offene Anstalt gewählt wurde, stieß insbesondere bei Befürwortern der Spritzenvergabe auf Kritik, könnten sich doch die meisten Gefangenen beim Ausgang ohnehin steriles Spritzbesteck besorgen. Die Auswahl wurde indes damit begründet, dass es in der JVA Vierlande trotz dieser Möglichkeit zu Needle-Sharing komme und ein Spritzenvergabe-Projekt in den größeren Anstalten des geschlossenen Vollzugs sich nur schwer auf einen überschaubaren Bereich beschränken lasse (vgl. Thiel 1997, 160).

Das Projekt wurde bis zum 31.12.1997 vom Institut für Rechtsmedizin am Universitätskrankenhaus Eppendorf und vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (Gross 1998) wissenschaftlich begleitet (Heinemann/Gross 2001).

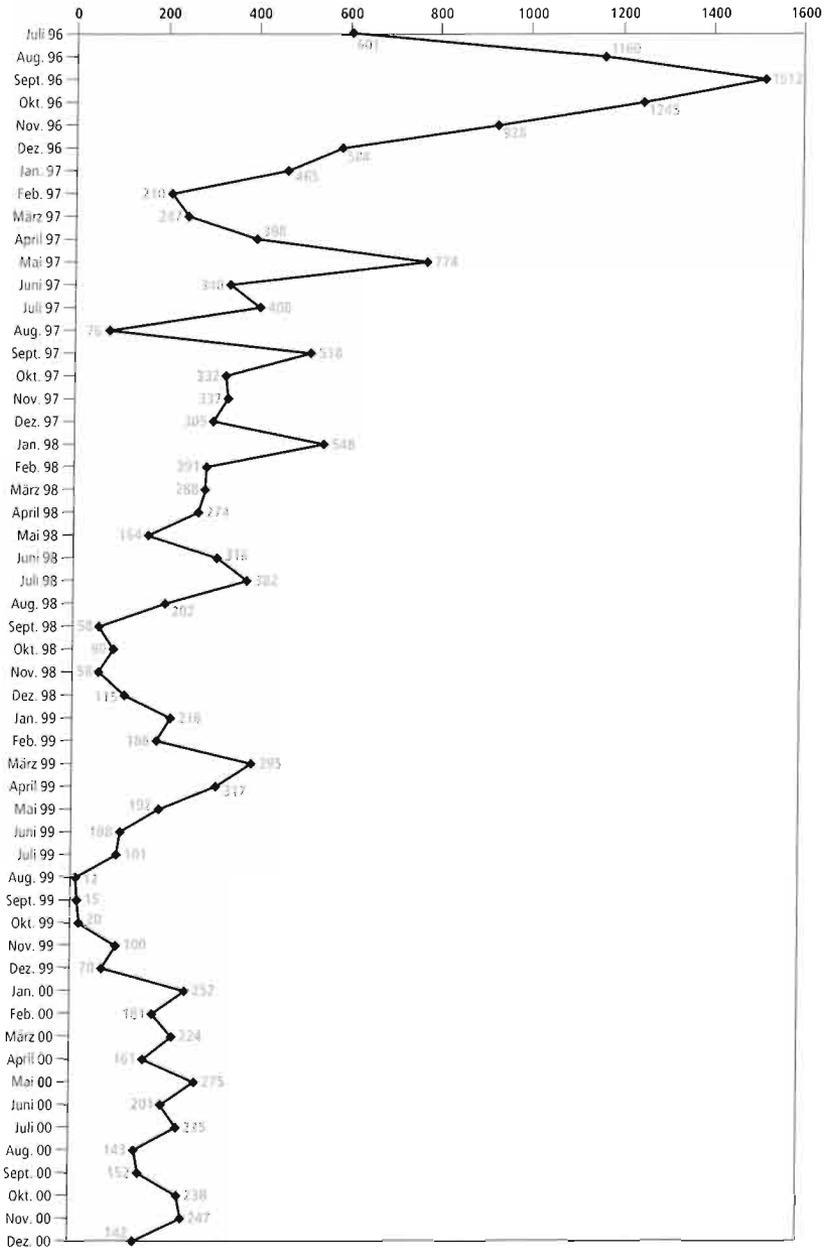
Nach den Erhebungen des Instituts für Rechtsmedizin (Heinemann/Püschel 1998b) konsumierten vor Projektbeginn 47 % der Insassen während der Inhaftierung harte Drogen, darunter waren auch HIV-positive Gefangene. Unter Prophylaxebedingungen sank die Konsumentenrate auf 39 %. Der Anteil der intravenös Drogen Konsumierenden, der vor Projektbeginn 41 % betrug, ging unter Projektbedingungen auf 30 % zurück. Bei den Konsumenten, die teilweise oder immer intravenös konsumierten, fanden sich für Hepatitis B und Hepatitis C Prävalenzraten von 64 % und 89 %.

Die Konzeptentwicklung für die JVA Vierlande erfolgte – ähnlich wie in Niedersachsen – durch eine multiprofessionell zusammengesetzte Arbeitsgruppe. Besonderer Wert wurde dabei auf die anonyme Nutzbarkeit des Angebots gelegt: Die Standorte der Spritzenautomaten in der JVA Vierlande sollten für die Bediensteten nicht unmittelbar einsehbar und für die Insassen diskret zu erreichen sein. Der Spritzenumtausch erfolgt im Verhältnis 1:1 über sechs Automaten. Bei diesen handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Geräte, die in den Anstalten Hindelbank (Bürki 1995) sowie in der JVA Vechta und der Berliner JVA für Frauen Lichtenberg zum Spritzentausch eingesetzt werden. Der Einstieg in das Programm erfolgte durch eine nicht gebrauchsfähige Spritze („Dummy“), die von der externen Drogenberatung ausgegeben wurde. Den Häftlingen wurde der Besitz von nur einer Spritze aus dem Programm erlaubt. Diese musste zum Schutz vor Stichverletzungen in einem besonderen Behältnis aufbewahrt werden, das wiederum im Schrank des Haftraums zu deponieren war. Kriterien für den Ausschluss aus dem Programm wurden nicht formuliert. Für langjährige Drogenkonsumenten mit schlechter Venenlage wurden in einem Automaten Spritzen mit längeren Kanülen angeboten. Die Bediensteten waren angehalten, aus dem Besitz einer Spritze allein keine Rückschlüsse auf Drogengebrauch zu ziehen. Vielmehr sollten auch alle anderen Wahrnehmungen, die den Gefangenen betrafen, für eine Begutachtung (zur Lockerungseignung/Entlassung) herangezogen werden.

Um die Bediensteten auf das Spritzenumtauschprogramm vorzubereiten, wurden Fortbildungen und Informationsveranstaltungen unter Beteiligung einer externen Fachstelle, dem Hamburger Fortbildungs-Institut Drogen und AIDS (HIDA), durchgeführt. Darüber hinaus absolvierten neun Mitarbeiter des Allgemeinen Vollzugsdienstes während des Projekts eine Fortbildungsreihe zur Suchthilfe.

In der Anfangsphase des Projekts machten die Gefangenen sehr regen Gebrauch von dem Angebot – vermutlich nicht immer aufgrund von Drogenkonsum, sondern auch, um die Automaten zu testen oder um die Vollzugsmitarbeiter/innen, die das Angebot dokumentierten, hinsichtlich der tatsächlichen Zahl umgetauschter Spritzen zu täuschen. Später pendelte sich die Umtauschfrequenz bei ca. 200 Spritzen im Monat ein (Monatsdurchschnitt im Jahr 2000: 204 Spritzen). Die anhaltende Nutzung des Angebots und die Ergebnisse der Akzeptanzmessung durch die Begleitforschung sprechen dafür, dass die Zielgruppe mit dem Programm erreicht wird.

Umtauschfrequenz: Juli 1996 bis Dezember 2000



Wie in der JVA in Vechta/Niedersachsen erwies sich auch hier die Störanfälligkeit der Automaten als problematisch. Verschleißerscheinungen, unsachgemäßer Gebrauch und gezielte Beschädigungen führten zu Betriebsausfällen, weshalb der Spritzenumtausch nicht immer möglich war. Entscheidend hierbei waren wohl die besonderen Bedingungen, die in einer Männeranstalt herrschen, vor allem aber die häufige Nutzung der Automaten. Die Erfahrungen, die in der JVA Vierlande mit den Automaten gemacht wurden, sind insofern weniger positiv als in der Frauenhaftanstalt Vechta und in den Anstalten Hindelbank.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Needle-Sharing unter Prophylaxebedingungen waren uneinheitlich. Im Studienkollektiv der medizinischen Begleitforschung (Heinemann/Püschel 1998b) nahm die Häufigkeit des Needle-Sharing während des Pilotprojekts deutlich ab. Im qualitativen Teil der sozialwissenschaftlichen Untersuchung (Gross 1998) berichteten viele der Befragten, sie würden weiterhin Spritzen mit anderen teilen, und begründeten dies mit der Unzuverlässigkeit der Automaten. Eine gegen Null gehende Abnahme des Needle-Sharing war allerdings von vornherein nicht zu erwarten gewesen. Die Inanspruchnahme des Spritzenumtauschs in Freiheit hat gezeigt, dass es eine Gruppe mit hochriskantem Konsumverhalten gibt, die mit prophylaktischen Maßnahmen auch unter günstigeren Rahmenbedingungen nicht zu erreichen ist.

Die medizinische Begleitforschung stellte im Untersuchungszeitraum keine Hepatitis-Neuinfektionen fest. Eine HIV-Neuinfektion bei einem Häftling mit Freigängerstatus ließ sich nicht auf Drogenkonsum zurückführen. Die Tatsache, dass es im Projektzeitraum zu keinen Neuinfektionen gekommen ist, kann nicht als Beleg, wohl aber als Indiz für die Wirksamkeit des Prophylaxe-Angebots gewertet werden. Auch zu außerhalb des Vollzugs durchgeführten Studien gibt es lediglich Aussagen, die sich auf das gründen, was als plausibel und einleuchtend erscheint. Zur Wirksamkeit der Infektionsprophylaxe mittels Spritzenumtausch existiert keine randomisierte und kontrollierte Studie; eine solche Studie wäre auch unethisch, weil das Infektionsrisiko bekannt ist und mit bewährten Mitteln ausgeschaltet werden kann.

In einer retrospektiven Analyse vor Projektbeginn wurden zwischen zwei Haftzeitpunkten 12 Hepatitis-B- und 11 Hepatitis-C-Serokonversionen festgestellt; mindestens 5 Hepatitis-B- und 2 Hepatitis-C-Infektionen hatten mit hoher Wahrscheinlichkeit während der Haft stattgefunden (Heinemann/Püschel 1998a).

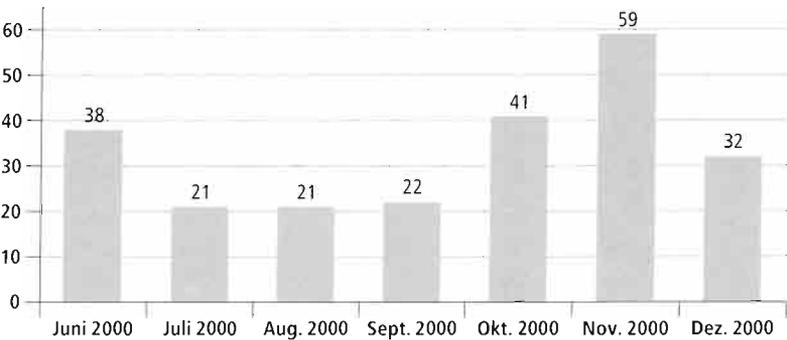
Im Projektzeitraum befanden sich in der JVA Vierlande bis zu 40 Gefangene im Substitutionsprogramm. Die Begleitforschung hatte darauf hingewiesen, dass im offenen Vollzug ein maximaler Zugang zum Spritzenumtausch die Ziele der parallel durchgeführten Methadonsubstitution beeinträchtigen könne (Heinemann/Püschel 1998b; Heinemann/Gross 2001). Die Anregung, die Maßnahmen stärker voneinander zu trennen, trug mit zur Modifikation des Programms bei.

Modifikation des Spritzenumtauschprogramms in der JVA Vierlande

Im Juni 2000 wurde in der JVA Vierlande ein gemischter Vergabemodus eingeführt. Seitdem erfolgt der Spritzenumtausch auch „von Hand zu Hand“, und zwar montags bis freitags durch externe Drogenberater/innen. Die Nutzung der

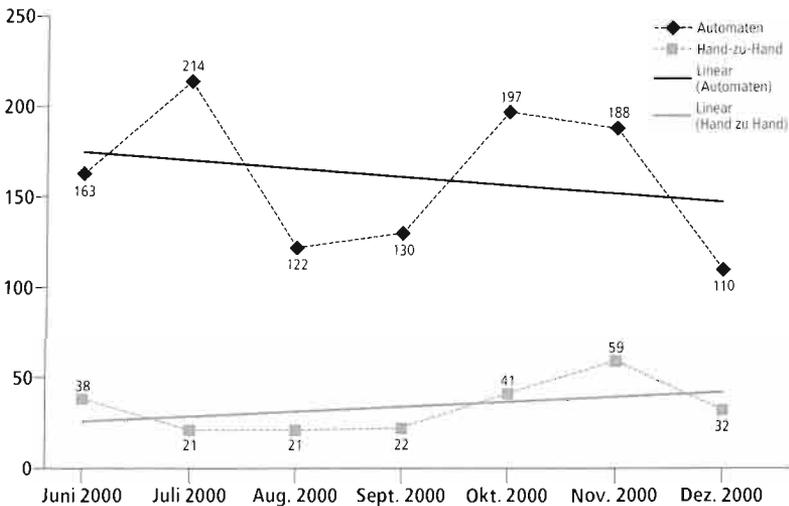
nummehr zwei Automaten ist weiterhin möglich. Bei deren Ausfall können sich die Insassen an die externen Drogenberater/innen wenden. Der persönliche Kontakt mit den Gefangenen bei der Handvergabe soll dazu genutzt werden, sie über Infektionsrisiken zu informieren und, falls möglich, eine weitergehende Suchtberatung anzubieten. Das Angebot der Handvergabe entwickelte sich in den ersten sechs Monaten wie folgt:

Umtauschfrequenz – Handvergabe: Juni bis Dezember 2000



Bei etwa jeder sechsten Handvergabe erfolgte ein Informationsgespräch über Infektionsrisiken sowie HIV- und Hepatitisprophylaxe. Die Mehrzahl der Spritzen werden weiterhin über die Automaten umgetauscht. In den letzten drei Monaten hat die Nutzung des Umtauschs „von Hand zu Hand“ leicht zugenommen:

Umtauschfrequenz – Automaten- und Handvergabe: Juni bis Dezember 2000



In 4½ Jahren wurden insgesamt 17.408 Spritzen getauscht. In keinem Fall wurden Spritzen als Waffen gegenüber Mitgefangenen oder Bediensteten eingesetzt.

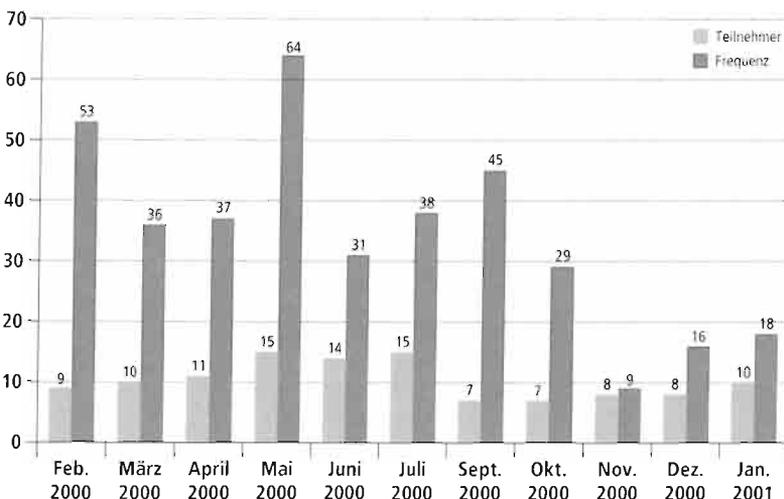
Spritzenumtausch im geschlossenen Vollzug der JVA Am Hasenberge

Die JVA Am Hasenberge ist eine Anstalt des geschlossenen Vollzugs mit 450 Haftplätzen für männliche Erwachsene. In einer Begleitstudie zum Spritzenumtauschprojekt in der JVA Vierlande hatte das Institut für Rechtsmedizin festgestellt (Heinemann/Gross 2001), dass ca. 20% der Insassen harte Drogen in der Haft konsumieren, davon ca. zwei Drittel immer oder teilweise intravenös. 80% der Männer dieser Gruppe gaben an, Spritzen gemeinsamen mit anderen zu gebrauchen. Andererseits gab es Hinweise darauf, dass unter den Bedingungen der geschlossenen Strafhaft Konsumpausen eingelegt werden bzw. auf einen risikoärmeren Konsum umgestiegen wird. Das Spritzenumtauschprogramm war so zu konzipieren, dass Infektionsrisiken bei andauernd riskantem Konsum verringert und der für eine Teilgruppe der Konsumenten im geschlossenen Vollzug entstandene „Schonraum“ nicht durch eine zu niedrigschwellige Verfügbarkeit steriler Spritzen aufgehoben wurde. Die Vorbereitungsgruppe entschied sich schließlich gegen eine Spritzenvergabe über Automaten und für einen Umtausch „von Hand zu Hand“. Die Konzeptentwicklung erstreckte sich über einen Zeitraum von sechs Monaten. An dem Prozess waren alle Bediensteten der JVA Am Hasenberge beteiligt. Über die Konzeptentwicklung im engeren Sinne hinaus wurden zeitgleich Fortbildungen zum Verhalten bei Nadelstichverletzungen und Drogennotfällen durchgeführt.

Die Spritzen werden von den Krankenpflegern der Anstalt umgetauscht. Die Erstaussgabe einer Spritze und der Umtausch im Verhältnis 1:1 erfolgen montags bis freitags in der Sprechstunde am Morgen und nachmittags von 16.00 bis 17.00 Uhr. Bei Bedarf können auch am Wochenende Spritzen umgetauscht werden. Mit der Spritze werden – wie in der JVA Vierlande und in der Frauenteilanstalt Hahnöfersand – Ascorbinsäure und Tupfer ausgegeben. Vom Spritzenumtausch ausgeschlossen sind Häftlinge auf der drogenreduzierten Station und auf der Sicherungsstation sowie Gefangene, die substituiert werden. Die Spritze muss in einem besonderen Behältnis aufbewahrt werden. Ein spezieller Aufbewahrungsort wurde nicht vorgegeben.

Das Umtauschverhalten hält der Medizinische Dienst in einer internen Dokumentation fest. Wenn ein Teilnehmer von den Regeln des Spritzenumtauschs abweicht, wird er daraufhin angesprochen. In letzter Konsequenz steht dem medizinischen Personal die Möglichkeit offen, Häftlinge, die wiederholt gegen die Regeln verstoßen, von der weiteren Teilnahme auszuschließen. Für die Beratung der Programmteilnehmer stehen ein in der Arbeit mit Drogenkonsumenten besonders erfahrener Arzt und der Anstaltsarzt zur Verfügung.

Teilnehmer und Umtauschfrequenz vom Februar 2000 bis Januar 2001



In den ersten elf Monaten des Programms nahmen 27 Gefangene am Spritzenumtausch teil. Elf Teilnehmer schieden aus, weil sie in das Methadonprogramm der Anstalt aufgenommen wurden. Der 1:1-Umtausch wurde zu nahezu 100 % eingehalten, und es wurde keine Weitergabe von Spritzen an andere Gefangene beobachtet.

Die Inanspruchnahme des Angebots blieb unter dem erwarteten Wert. Bisher gab es keine besonderen Vorkommnisse im Rahmen der Spritzenvergabe. Die Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass durch den höherschweligen Vergabemodus nur eine Teilgruppe der Drogenkonsumenten erreicht wird. Die Programmteilnehmer gehen aber verantwortlich mit dem Angebot um – wahrscheinlich auch, weil sie persönlich auf Regelverstöße angesprochen werden können. Der Programmverlauf wird von der JVA Am Hasenberge insgesamt positiv bewertet.

Spritzenumtausch in der Frauenteilanstalt der Jugend- und Frauenvollzugsanstalt Hahnöfersand

Auch in der Frauenteilanstalt werden die Spritzen vom Medizinischen Dienst „von Hand zu Hand“ im Verhältnis 1:1 umgetauscht. Die Spritze ist in einem speziellen Behälter an einem vorgegebenen Ort (Schrank im Haftraum) aufzubewahren. Bei Nichtbeachtung der Regeln wird die Spritze eingezogen.

In der überschaubaren Vollzugseinheit mit 46 Haftplätzen sind die Gefangenen eng in ein persönliches Betreuungssystem eingebunden. Die Rate der Drogenkonsumentinnen und die Umtauschfrequenz sind erwartungsgemäß niedrig:

	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Teilnehmerinnen	6	7	3	0	1	2	1	1	2	2	1	2
ausgeg. Spritzen	9	6	1	0	1	4	1	1	3	1	1	4

Während der Spritzenumtausch in den Anstalten Vierlande und Am Hasenberg unter starker Beteiligung externer Fachkräfte eingeführt wurde, wurde er in der Frauenteilanstalt ausschließlich von internen Mitarbeiter(inne)n vorbereitet. Die Vorbereitungsphase erstreckte sich von Juni 1999 bis Januar 2000. Die vergleichsweise unproblematische Einführung des Spritzenumtauschs ist aus Sicht der Teilanstaltsleiterin insbesondere darauf zurückzuführen, dass das Angebot von den Bediensteten mitgestaltet und daher auch mitgetragen wurde.

Der Spritzenumtausch gestaltet sich seit seiner Einführung im Januar 2000 problemlos. Bisher musste noch keine Spritze wegen eines Regelverstößes eingezogen werden.

Zusammenfassung

Die Risiken, sich in Haft mit HIV oder Hepatitisviren zu infizieren, sind offensichtlich. Die Übertragungswege – Needle-Sharing und riskanter Sex, aber auch Piercing und Tätowieren – sind eindeutig und bereits häufig beschrieben worden. Angesichts der besonderen Infektionsrisiken besteht für alle Gefängnisse die Verpflichtung, Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe zu ergreifen. Dafür gibt es zwar keine Patentrezepte, wohl aber wissenschaftlich evaluierte Modellprojekte in Deutschland, in der Schweiz und in Spanien – und dies schon seit einigen Jahren. Jetzt ist es allerhöchste Zeit, sich unvoreingenommen mit ihnen zu befassen. Wissenschaftliche Erkenntnisse, praktische Erfahrungen und Beobachtungen sprechen für den Spritzenumtausch: Diese Maßnahme erscheint als geeignet, die Infektionsrisiken zu minimieren und die Gesundheitsfürsorge in Justizvollzugsanstalten zu verbessern. Darüber hinaus hat der „Hamburger Weg“ gezeigt, dass die Abgabeform auf die Bedingungen und Möglichkeiten der Anstalt zuzuschneiden ist und zugleich dem Bedürfnis der Gefangenen nach Anonymität entsprechen muss.

Bei der Diskussion über Safer-Use-Programme dürfen andere Infektionswege nicht vernachlässigt werden. Nach den Untersuchungen des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf ist davon auszugehen (Heinemann/Püschel 1998a), dass nicht alle Neuinfektionen mit Hepatitis oder HIV im Strafvollzug unmittelbar auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen sind. Übertragungen sind ebenso möglich beim Tätowieren und Piercing sowie bei ungeschützten Sexualkontakten.

Für die Bediensteten der drei Hamburger Vollzugsanstalten ist der Spritzenumtausch zum Alltag geworden. Befürchtungen, das Programm könnte sich negativ auswirken, haben sich nicht bewahrheitet. Wie bei anderen Pilotprojekten

– z.B. in den Vollzugsanstalten Hindelbank, Realta (Nelles u.a. 1999), Vechta und Lingen (Meyenberg u.a. 1999) – hat sich auch im Hamburger Strafvollzug der Spritzenumtausch als „machbar“ erwiesen. Gleichwohl stehen ihm viele Mitarbeiter/innen nach wie vor skeptisch gegenüber, was aber auch bei anderen vollzuglichen Neuerungen der Fall ist und einer Umsetzung nicht entgegensteht. Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um die Bediensteten im Umgang mit Drogen gebrauchenden Häftlingen zu unterstützen und sie fortzubilden. Anders als in den Anstalten Hindelbank oder Vechta und Lingen, wo die Anregung zur Einführung der Spritzenvergabe aus dem Vollzug selbst gekommen ist, wurde sie bei den Hamburger Projekten von außen an die Haftanstalten herangebracht. Zwar hat dieses „Top-down“-Verfahren es ermöglicht, eine politisch und emotional hoch aufgeladene Maßnahme einzuführen. Zur stärkeren Verankerung der Spritzenvergabe ist es jedoch erforderlich, die Bediensteten in alle Phasen der Projektentwicklung einzubeziehen und Lösungen zu erarbeiten, die auf die Bedingungen der Vollzugsanstalt abgestimmt sind. Transparenz und Einbeziehung aller Beteiligten sind Grundvoraussetzungen für die Akzeptanz und Machbarkeit der Spritzenvergabe.

Literatur

Behrendt u.a. 1995

Behrendt, K. u.a.: Abschlussbericht der Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzeptes für den Hamburger Strafvollzug. Hamburg: Strafvollzugsamt in der Justizbehörde 1995

Bürki 1995

Bürki, B.: HIV-/Drogenprävention in den Anstalten in Hindelbank. Schlussbericht des Projektrealisators zu Händen des Amtes für Freiheitsentzug und Betreuung der Polizei- und Militärdirektion des Kantons Bern. Bern: Selbstverlag 1995

Gross 1998

Gross, U.: Wissenschaftliche Begleitung und Beurteilung des Spritzenaustauschprogramms im Rahmen eines Modellversuchs der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. 1998 (Forschungsberichte Nr. 73)

Heinemann/Gross 2001

Heinemann, A./Gross, U.: Infektionsprophylaxe für Drogenkonsumenten im offenen Strafvollzug durch Vergabe steriler Einwegspritzen. In: *Sucht*, 47(1), 57-65

Heinemann/Püschel 1998a

Heinemann, A./Püschel, K.: Pilotprojekt zur Infektionsprophylaxe für Drogenabhängige in der Anstalt des offenen Vollzuges Vierlande. Hamburg: Institut für Rechtsmedizin 1998

Heinemann/Püschel 1998b

Heinemann, A./Püschel, K.: Prävalenz und Transmission von viralen Infektionskrankheiten im geschlossenen Strafvollzug in Hamburg. Hamburg: Institut für Rechtsmedizin 1998

Meyenberg u.a. 1999

Meyenberg, R./Stöver, H./Jacob, J./Pospeschill, M.: Infektionsprophylaxe im niedersächsischen Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag 1999

Nelles u.a. 1999

Nelles, J. u.a.: Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Schlussbericht zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit Bern. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (Selbstverlag) 1999

Nelles u.a. 2001

Nelles, J. u.a.: HIV- und Hepatitisprophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. In: Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H.: *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. AIDS-FORUM DAH, Bd. 42 – Teil 1. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001

Thiel 1997

Thiel, A.: Infektionsprophylaxe im Strafvollzug der JVA Vierlande – Zur Abgabe steriler Spritzen in einem Hamburger Modellprojekt. In: Jacob, J./Stöver, H. (Hrsg.): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-FORUM DAH, Bd. 28. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1997

DIE BERLINER MODELLPROJEKTE ZUR SPRITZENVERGABE IN HAFT

Fredi Lang und Klaus Stark

Die beiden Berliner Projekte zur Spritzenvergabe in Haft haben eine lange Vorgeschichte. Seit Anfang der neunziger Jahre setzte sich die Berliner AIDS-Hilfe in der Öffentlichkeit und in Fachgremien für derartige Projekte ein. Während sich der Gesundheitsausschuss des Abgeordnetenhauses seit 1994 dafür aussprach, erging durch den Rechtsausschuss ein negatives Votum. Diese Pattsituation veränderte sich 1996 mit der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und CDU, in der auf Betreiben der SPD die Erprobung einer solchen Maßnahme durch zwei Modellprojekte festgelegt wurde. Ein entsprechender parlamentarischer Umsetzungsbeschluss erfolgte im Juni 1996. Nach dem Umzug der Frauenhaftanstalt von Berlin-Plötzensee nach Berlin-Lichtenberg im Februar 1998 und der damit erfolgten Unterbringung der wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Inhaftierten auf separaten Stationen wurden monatliche Konzeptarbeitstreffen durchgeführt, und am 5. Oktober 1998 startete in Lichtenberg das erste Projekt mit Spitzervergabe über Automaten.

Das Projekt in der Männerhaftanstalt Lehrter Straße, bei dem die Spritzenvergabe durch Mitarbeiter/innen der Berliner Aids-Hilfe vorgenommen wurde, lief Anfang Februar 1999 an. Aufgrund der unterschiedlichen Zielgruppen, Rahmenbedingungen und Vergabemodalitäten wird im Folgenden jedes Projekt für sich dargestellt.

Spritzenvergabe-Projekt in der JVA für Frauen Lichtenberg

Konzeptentwicklung und Startphase

An der über acht Monate tätigen Arbeitsgruppe nahmen kontinuierlich Vertreter/innen aller Berufsgruppen aus der Vollzugsanstalt sowie jeweils eingeladene Externe teil. Die an den an Detailfragen zur Umsetzung orientierten Diskussionen verliefen weitgehend konstruktiv. In einer von der Vollzugsschule im Mai 1998 durchgeführten Fortbildungsreihe für alle Mitarbeiter/innen des Bereichs Lichtenberg wurden von verschiedenen Dozent(inn)en jeweils vier eintägige Veranstaltungen angeboten. Auf Initiative von Mitarbeiter(inne)n fand ein Besuch in der JVA Vechta statt. Ein Jahr später wurde die Fortbildungsreihe in gleichem Umfang weitergeführt.

Vor dem Projektstart am 5.10.1998 erhielten alle Mitarbeiter/innen des Vollzugs eine Broschüre, die über alle Modalitäten des Projekts, über die Ziele und

die Form der Durchführung informierte, Ansprechpartner/innen benannte und allgemeine Handlungsorientierungen gab. In der dreimonatigen Startphase bot die Berliner Aids-Hilfe für JVA-Bedienstete eine wöchentliche Sprechstunde zur Information und Beratung an. Man konnte auch außerhalb der Sprechstunde und – soweit gewünscht – auch außerhalb der Anstalt einen Gesprächstermin vereinbaren oder sich anonym telefonisch beraten lassen. Dieses Angebot wurde, so die Erfahrung auch aus anderen Projekten, kaum genutzt. Deshalb ging man zu einer „zugehenden“ Arbeitsform über, die zu vielen Einzelgesprächen mit den Bediensteten in deren Diensträumen, in den Treppenhäusern und Fluren führte.

Beim Projektstart gab es für die inhaftierten Frauen auf allen BtM-Stationen Informationsveranstaltungen, durchgeführt von den Präventionsmitarbeiter(inne)n und dem Begleitforschungsteam. In den ersten Monaten waren die Präventionsmitarbeiter/innen wöchentlich an zwei Tagen mehrere Stunden auf den Stationen, um Gruppengespräche (im Aufenthaltsraum oder in der Küche) sowie Einzelberatungen durchzuführen. Seit Abschluss der Startphase mit ihrem intensiven Informations- und Beratungsangebot wird jede Woche auf den Stationen eine Sprechstunde angeboten, was für die gesamte Projektlaufzeit vorgesehen ist. In der Sprechstunde werden außerdem Präventionsmaterialien ausgegeben. Neben der Betreuung von HIV-positiven Frauen durch eine Mitarbeiterin der Berliner Aids-Hilfe ist für die Präventionsarbeit im Rahmen des Modellprojekts ein Stellenumfang von 25 % der regelmäßigen Arbeitszeit eingestellt. Dieses Angebot wird zeitweilig ergänzt durch ein Training zu Hilfsmaßnahmen im Drogennotfall, das Fixpunkt¹ e.V. durchführt.

Zwischen den Mitarbeiter(inne)n der vor Ort tätigen Drogenberatungsstellen und den Präventionsmitarbeiter(inne)n gibt es seit Projektbeginn periodische Arbeitstreffen.

Die Zielgruppe

Das Spritzenumtauschprojekt steht grundsätzlich allen Frauen des örtlichen Bereichs Lichtenberg offen, die sich auf den Stationen für Betäubungsmittelkonsument(inn)en befinden. Im differenzierten Behandlungskonzept der Anstalt sind dies die Stationen 5 (Kurzstrafen, Untersuchungshaft), 6 (sog. Basisbereich), 8 (Beurlaubte, überwiegend mit Substitutionsbehandlung) und 9 (Therapie). Auf jeder Station sind zwölf Haftplätze. Bei Verlegungen in eine andere Haftanstalt sind die gebrauchten Spritzen einschließlich Behälter beim Stationsdienst abzugeben, der sie an die Arztgeschäftsstelle weiterleitet.

Die Gruppenleiter der Stationen mit Methadonsubstitution und mit Therapieangebot haben sich unter Hinweis darauf, dass es zu Beigebrauch und Rückfällen kommt, für eine Teilnahme ihrer Stationen am Projekt ausgesprochen. Frauen, die sich im Jugend- oder noch im Aufnahmebereich befinden, sind im Konzept ausgeschlossen worden. Ein wesentlicher Grund hierfür war die ein-

1 Berliner Drogenhilfeprojekt

hellige Meinung der Mitarbeiter/innen, dass intravenöser Drogenkonsum dort nicht oder fast nicht vorkomme.

Die Modalitäten der Spritzenvergabe

Die Neuzugänge finden in den Hafträumen ein Brillenetui mit einer Spritzenatrappe und ein Falblatt mit Informationen über das Modellprojekt vor. Dies wird von einem Bediensteten, der sich hierfür bereit erklärt hat, in den jeweils leer gewordenen Hafträumen deponiert. Mit der Attrappe können aus dem Stationsautomaten eine Spritze, Ascorbin und Tupfer gezogen werden.

Da man darauf verzichtet hat, die Projektteilnehmerinnen auszuwählen, können auch Frauen mit gelegentlichem Konsum oder unerwarteten Rückfällen das Angebot nutzen. Die Automaten in Lichtenberg sind ein Nachfolgemodell der in Vechta verwendeten der Firma Bürki. Die Automaten werden vom Haushandwerker bestückt und mehrmals wöchentlich überprüft. Um eventuelle Ausfälle zu überbrücken, ist ein Automat im Keller als Ersatz gelagert, drei weitere befinden sich auf den Stationen. Die Automaten sind in einem Vorraum des Treppenhauses am Ende des kurzen Flures der jeweiligen Station aufgestellt. Eine Milchglasfolie auf der Glasscheibe der Tür zum Treppenhaus verhindert, dass Angebotsnutzerinnen von zufällig vorbeikommenden Beamten gesehen werden. Vom Raum des Stationsbeamten, der sich im langen Flur befindet, ist der Automat nicht zu sehen. Dieser Stellplatz, der sich als günstig erwiesen hat, wurde von ortskundigen Bediensteten in der Konzeptarbeitsgruppe vorgeschlagen.

Der Automat ist von 6.00 bis 21.30 Uhr für die Inhaftierten der Stationen 5, 6 und 8 zugänglich. Die Frauen auf der Therapiestation (Station 9) können täglich während einiger Stunden, in denen die Verbindungstür zu Station 8 geöffnet ist, den dort aufgestellten Automaten nutzen. Angesichts des geringen Bedarfs auf der Therapiestation erwies sich die Zugangszeit als ausreichend.

Pro Person ist der Besitz einer Spritze erlaubt, weitere Spritzen werden eingezogen. Die Spritze muss am vorgegebenen Ort im Haftraum deponiert sein. Die Spritzen fassen einen Milliliter, die Kanüle ist 16 mm lang. Die Automatenvergabe erfolgt über ein Erkennungssystem und einen Schacht und funktioniert praktisch nur mit einer Spritzenart. Diskussionen mit Frauen, die längere (18 mm) oder kürzere (12 mm) Nadeln benutzen, ebten bald ab, vor allem deshalb, weil sich die mittlere Kanülengröße als akzeptabel erwies.

Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten

Nach unserer Einschätzung läuft das Projekt weitgehend reibungslos. Die im Vorfeld geäußerte Befürchtung einer Inhaftierten, das Brillenetui mit der Spritzenatrappe könne zum Drogenkonsum verführen, zerstreute sich für sie schon nach wenigen Tagen. Zu Projektbeginn entstand bei einigen Frauen der Eindruck, die Anstalt würde nun anders mit Drogenkonsum umgehen. In der Folge gingen sie gegenüber den Bediensteten offener damit um, was dazu führte,

dass man sich im therapeutischen Bereich stärker mit der Problematik auseinandersetze und dass das Ausmaß des Drogenkonsums in Haft offensichtlicher wurde. Vollzugsbedienstete äußerten in diesem Zusammenhang, der Drogenkonsum habe zugenommen. Die Präventionsmitarbeiter/innen befragten die Frauen hierzu und erhielten die Auskunft, an den konsumierten Mengen habe sich nichts geändert. Allein schon wegen des offensichtlichen Vertrauens zwischen den Präventionsmitarbeiter(inne)n und den Inhaftierten gab es keinen Grund, hieran zu zweifeln. Außerdem war dem Präventionsteam aus der langen betreuenden Arbeit in der Frauenhaftanstalt das von Bediensteten und Inhaftierten sehr unterschiedlich eingeschätzte Ausmaß des Drogenkonsums bekannt.

Anfangs wurden die Taschen in den Automaten mit Spritze, Tupfer, Ascorbin und Venensalbe bestückt, was zu Störungen beim Nachrutschen und damit zu Ausfällen der Automaten führte. In der Folge wurden die sperrigen Salbenpäckchen nicht mehr eingefüllt, sondern von den Präventionsmitarbeiter(inne)n per Hand verteilt. Außerdem wurden die Automaten häufiger gewartet, sodass es fast keine Ausfälle mehr gab. Spitzenverluste aufgrund eines Ausfalles wurden in der Regel schnell behoben, indem nach Kontrolle der Anzahl der getauschten und der im Automaten befindlichen Spritzen für Ersatz gesorgt wurde. In wenigen Fällen wurde vor Aushändigung der Ersatzspritze ein/e Präventionsmitarbeiter/in eingeschaltet, um eine Klärung zu erreichen und auf die Notwendigkeit der Einhaltung der Regeln einzugehen. Außer einer Verwarnung in der Anfangszeit, als in einem Etui zwei Spritzen gefunden wurden, gab es bisher keine Sanktionen. In diesem Fall handelte es sich bei der einen Spritze um eine ehemalige „Stationspumpe“, die aus Neugier auf die Reaktionen beim Fund in dem Etui deponiert worden war. Von Anfang an wurde klargestellt, dass Regelverstöße mit Sanktionen beantwortet würden, was schnell zu einer hohen Akzeptanz der Regeln geführt hat.

Die Projektumsetzung wird von den Inhaftierten grundsätzlich positiv bewertet. Befürchtungen, dass die Hafträume stärker kontrolliert würden, haben sich nicht bewahrheitet. Die größere Offenheit der Inhaftierten im Hinblick auf den Drogenkonsum führte zu leichten Veränderungen bei der Kontrolle nach Ausgängen. Die überwiegend skeptische oder gar ablehnende Haltung vieler Bediensteter scheint sich im Projektverlauf nicht mehr wesentlich verändert zu haben. Durch die Fortbildung im Vorfeld des Projekts und aufgrund von Einzelgesprächen zu Projektbeginn gaben einige der Bediensteten ihre vormals skeptische Haltung auf. Insgesamt betrachtet konnte auf diese Weise eine größere Akzeptanz des Projekts erreicht werden.

Das Projekt ließe sich verbessern durch die Einbeziehung des Jugendbereichs, durch eine von Externen vorgenommene Bestückung und Wartung der Automaten (was jedoch zusätzliche Arbeitskräfte erforderte) sowie durch deren reibungsfreies Funktionieren – und hier ist eine Lösung in Sicht: Der Hersteller hat eine komplette Neuentwicklung des Automaten angekündigt. Das zukünftige Modell, das in der Schweiz auch im ambulanten Bereich verwendet werden soll, erleichtert die Bestückung. Die Mechanik soll so verändert werden, dass es zu keinen Ausfällen mehr kommen kann und außerdem mehrere Sprizentypen gezogen werden können.

Konzeptentwicklung und Startphase

Die Phase der Konzeptentwicklung dauerte in der JVA Plötzensee (Haus III, Lehrer Straße) etwas länger als in Lichtenberg. In der Arbeitsgruppe befanden sich neben den Vollzugsbediensteten auch Vertreter/innen aus anderen Arbeitsfeldern (Berliner Aids-Hilfe, Drogenberatung, Clearing-Stelle für Substitution, Amtsarzt usw.). Anders als in der Arbeitsgruppe in Lichtenberg ist in Plötzensee die Mehrheit der Externen nur jeweils einmal eingeladen worden.

Im November 1998 wurde in der Vollzugsschule für die Mitarbeiter/innen des Hauses III von verschiedenen Dozent(inn)en eine Fortbildungsreihe von jeweils vier eintägigen Seminaren durchgeführt. Ein Jahr später wurde eine weitere Fortbildungsreihe veranstaltet. Vor dem Projektstart erhielten alle Vollzugsbediensteten schriftliche Informationen über die Modalitäten des Projekts, die Ziele, die Form der Durchführung und die Ansprechpartner/innen sowie eine allgemeine Handlungsorientierung. Im Anschluss an die Fortbildung boten Mitarbeiter/innen der Berliner Aids-Hilfe für Bedienstete kontinuierlich Einzelgespräche an, die in den Diensträumen oder Fluren durchgeführt wurden. Für die Mitarbeiter(inne)n der Drogenberatungsstellen und des Präventionsteams gab es zu Projektbeginn im Februar 1999 ein Arbeitstreffen, in dem über die Modalitäten des Projekts informiert und feste Ansprechpartner/innen, Zeiten sowie Kooperationswege vereinbart wurden.

Die Zielgruppe

Zur Zielgruppe gehören alle Inhaftierten (maximal 108) der Teilanstalt, die Spritzen benötigen. In allen Hafträumen befindet sich ein Set mit einer Spritzenatrappe. Vorgesehen ist, die Anstalt im Projektverlauf bis etwa zur Hälfte (maximal 48 Häftlinge der Stationen 3 und 4) mit Gefangenen aus der JVA Tegel zu belegen, die als Drogenkonsumenten bekannt sind.

Zum Projektstart führten die Präventionsmitarbeiter/innen zusammen mit dem Begleitforschungsteam für die auf den so genannten BtM-Stationen untergebrachten Inhaftierten Informationsveranstaltungen durch, die in der Folge von den Präventionsmitarbeiter(inne)n wiederholt wurden. Die Veranstaltungen wurden ergänzt durch ein Training zum Verhalten im Drogennotfall, das von Fixpunkt e.V. angeboten wurde.

Im Anschluss an die Spritzenvergabe führten die Präventionsmitarbeiter/innen jeweils Beratungen und Informationsgespräche sowohl mit Einzelnen als auch Gruppen durch.

Da die am Projekt beteiligten Stationen erst nach und nach mit Drogenkonsumenten belegt wurden und von den anderen Stationen nicht abgegrenzt sind, wurden durch die Sprechstunden – besonders anfangs – viele andere, nichtkonsumierende Häftlinge erreicht. Durch Informationen über das Projekt und sein Ziel, für alle Gefangenen ein Mehr an Gesundheit zu erreichen, konn-

te für das Projekt eine weitgehende Akzeptanz auch in dieser Gruppe erreicht werden. Dass man es mit der Verfolgung dieses Zieles ernst nahm, zeigten die Bemühungen der Projektmitarbeiter/innen um den Ausbau gesundheitsförderlicher Angebote (u.a. durch die Spende von Tischtennisaurüstungen).

Die Modalitäten der Spritzenvergabe

In den Hafträumen finden alle Neuzugänge ein durchsichtiges Plastikröhrchen mit einer Spritzenattrappe und ein Faltblatt mit allgemeinen Informationen über das Projekt und die dabei geltenden Regeln sowie über die Angebote externer Einrichtungen vor. Dieses Set wird dort von einem Bediensteten deponiert. Im Tausch gegen die Attrappe bekommt man in der Sprechstunde im „Gesundheitsraum“ eine Spritze, Ascorbin und Tupfer. Der Tausch wird von Mitarbeiter(inne)n der Berliner Aids-Hilfe durchgeführt. Die Sprechstunde findet dreimal wöchentlich während der Aufschlusszeit (am Montag, Mittwoch und Freitags) statt und dauert jeweils 90 Minuten.

Der „Gesundheitsraum“ befindet sich im kurzen Flur direkt neben dem Treppenhaus. Vom Raum des Stationsbeamten im langen Flur ist der Eingang nicht zu sehen. Dieser kann erst nach einigen Metern über einen Eckspiegel teilweise eingesehen werden. Da im Gesundheitsraum auch Informationsmaterialien ausgegeben werden, muss der Grund, weshalb ihn jemand aufsucht, nicht unbedingt der Umtausch einer Spritze sein. Der regelmäßige Besuch des Gesundheitsraumes lässt natürlich Rückschlüsse zu, wodurch deutlich wird, dass beim Handvergabemodell die Anonymität zwangsläufig deutlich geringer ist. Dieser Umstand wäre umso problematischer, würden Bedienstete versuchen, diese Informationsquelle zu nutzen. Obwohl es bisher nicht dazu gekommen ist, sind einige Inhaftierte skeptisch. Andererseits bieten sich den Bediensteten genügend andere Anhaltspunkte für einen Verdacht auf Drogenkonsum, sodass eine solche, im Konzept ohnehin nicht vorgesehene Beobachtung auch gar nicht interessant sein dürfte.

Pro Person ist der Besitz einer Spritze erlaubt, weitere Spritzen werden von den Bediensteten eingezogen. Auch in der Lehrter Straße wird – wie üblich – eine gebrauchte Spritze gegen eine neue getauscht. Vergeben werden die gleichen Spritzen wie in den Kontaktläden. Sie fassen zwei Milliliter, die Kanülen sind 12 mm oder 18mm lang. Das Röhrchen mit der Spritze (oder Attrappe) und die Utensilien müssen im Schrankfach des Haftraums deponiert sein. Bei Regelverstößen drohen disziplinarische Maßnahmen.

Besonderheiten des Modells Lehrter Straße

Die Haftanstalt Lehrter Straße Haus III ist eine halboffene Teilanstalt der JVA Plötzensee, einer Anstalt mit offenem Vollzug. Drogenkonsumenten werden eher selten dem offenem Vollzug zugewiesen oder dorthin verlegt. Daher wurde man in der JVA Plötzensee bisher in den geschlossenen Vollzug der JVA Tegel verlegt, wenn durch Urinkontrollen der Konsum harter Drogen nachge-

wiesen wurde. Bis auf einige wenige Ausnahmen verfügte deshalb vor dem Projektstart kein Mitarbeiter der Teilanstalt über Erfahrungen im Umgang mit intravenös Drogen Konsumierenden. Alle Berufsgruppen sind durch das Projekt vor neue Herausforderungen gestellt worden. Die Auswahl und Belegung der Modellstationen erfolgt durch die JVA Tegel. Verlegungen zwischen den Anstalten gestalten sich bisweilen schwierig, dies vor allem bei hoher Belegung.

Das Modell in der Lehrter Straße findet unter ungünstigen Bedingungen statt und wird zudem anhand negativ formulierter Kriterien wie „keine Serokonversionen“, „keine Gefährdungen durch Spritzen“, „keine Zunahme des Drogenkonsums“ usw. bewertet. Wenn also ein Projekt unter solch ungünstigen Bedingungen durchführbar ist, dürfte die Praktikabilität der erprobten Maßnahmen belegt sein. Die in der Lehrter Straße in 18 Monaten Projektlaufzeit gemachten Erfahrungen lassen erwarten, dass die angestrebten Ziele im Bereich Gesundheitsförderung erreicht werden.

Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten

Das Projekt ist bisher reibungsarm verlaufen, ohne Störungen oder andere wesentliche Beeinträchtigungen (z.B. Kontrollmaßnahmen). Eine abschließende Bewertung der Durchführung durch die Bediensteten ist noch nicht möglich, jedoch lassen sich Tendenzen ausmachen. So werden einerseits die Spritzenvergabe und die mit ihr verfolgten Ziele gutgeheißen, andererseits kritisiert man, dass die Teilanstalt nunmehr mit Drogengebrauchern belegt wird und ein Projekt beherbergt, das in der JVA Tegel besser aufgehoben wäre.

Letzteres ist auch bei den Nutzern des Spritzenumtauschs ein wesentlicher Kritikpunkt, die das Projekt ansonsten positiv bewerten. Was die nicht Drogen gebrauchenden Inhaftierten anbetrifft, so begegneten einige der Maßnahme anfangs mit Skepsis, die inzwischen jedoch einer Zustimmung gewichen ist. Kritisiert wird in beiden Gefangenengruppen, dass die Freizeit- und Arbeitsmöglichkeiten gering sind und es zu wenig Behandlungsangebote gibt.

Als ungünstig erwies sich die Belegungspraxis. Anfangs wurden Drogen gebrauchende und nicht Drogen gebrauchende Gefangene von Tegel in die Lehrter Straße verlegt, und es dauerte einige Zeit, bis die Modellstationen voll belegt waren. Das Projekt lief daher zögerlich an. Besser wäre es auch, wenn Drogenkonsument(inn)en statt nur einer Spritze zwei besitzen dürften, um bei kurzfristig erhöhtem Bedarf auf eine „Reserve“ zurückgreifen zu können – was ja auch nicht zu Lasten der Sicherheit ginge. Für ein tägliches Umtauschangebot konnten nicht genügend Personalmittel vereinbart werden (auch der AIDS-Bereich ist von Kürzungen nicht verschont geblieben). In der Berliner Aids-Hilfe wurde dieses Arbeitsfeld durch Reduzierungen in anderen Bereichen auf einen Stellenumfang von ca. 50 % der regelmäßigen Arbeitszeit aufgestockt.

Diskussion der Vergabemodalitäten

Die Automatenvergabe gewährleistet, dass Spritzen den ganzen Tag über erhältlich sind. Außerdem sorgt sie für ein höheres Maß an Anonymität. Nach den bisherigen Erfahrungen neigen Frauen nicht dazu, die Automaten zu manipulieren oder zu beschädigen, sodass es nur wegen mechanischer Probleme zu Ausfallzeiten kommt, die damit gering bleiben. Die Automatenvergabe scheint daher für Frauenhaftanstalten die bessere Lösung zu sein.

Bei der Handvergabe indes ist der Spritzenumtausch nur auf bestimmte Stunden beschränkt. Ihr Vorteil ist, dass man sie mit Informations- und Beratungsgesprächen verknüpfen kann. Das Wissen über gesundheitliche Risiken kann damit bei den einzelnen Gefangenen und – durch Peer-Kommunikation – auch in der ganzen Gruppe deutlich erhöht werden. Durch den häufigen Kontakt lässt sich auch die Anerkennung der für die Maßnahme geltenden Regeln fördern, was in Männerhaftanstalten besonders wichtig ist.

Da demnächst eine robustere Automaten generation auf den Markt kommt, ist es überlegenswert, ob bei den Männern, z.B. nach sechs Monaten Handvergabe, nicht auf eine Automatenvergabe umgestellt werden kann. Mit der Handvergabe zu beginnen, ist sinnvoll, weil durch Personalkommunikation besser auf das Verhalten eingewirkt und die Akzeptanz der Maßnahme gezielt gefördert werden kann. Damit werden zugleich günstige Voraussetzungen für die Automatenvergabe geschaffen.

Das Modellprojekt aus der Sicht der Begleitforschung

Das Modellprojekt wird seit seinem Beginn durch das Institut für Tropenmedizin wissenschaftlich begleitet.¹ Die wesentlichen Fragestellungen gelten der Nutzung des Angebots steriler Spritzen und dessen Auswirkungen auf den intravenösen Drogenkonsum, dem infektionsrelevanten Risikoverhalten („Needle-Sharing“), dem Auftreten von Neuinfektionen mit HIV und Hepatitis B (HBV) und C (HCV) sowie den Einstellungen der Inhaftierten und Bediensteten gegenüber dem Projekt und den damit gemachten Erfahrungen.

Praktikabilität und Sicherheit der Spritzenvergabe

Die inhaftierten Drogenkonsument(inn)en werden unmittelbar nach Aufnahme in die JVA und danach alle drei Monate mittels standardisierter Interviews zu „Drogenkarriere“, Drogenkonsummustern und Risikoverhalten befragt und auf Antikörper gegen HIV, HBV und HCV untersucht. Etwa 80 % der Zielgruppe

¹ Der Abschlussbericht liegt inzwischen vor: Stark, K./Herrmann, U./Ehrhardt, S./Bienzle, U.: Modellprojekt Spritzenvergabe im Berliner Justizvollzug. Abschlussbericht der Begleitforschung. Berlin, Oktober 2001

beteiligen sich an der wissenschaftlichen Studie. Die Bediensteten wurden kurz nach Einführung des Projekts sowie nach einem Jahr Laufzeit mit einem standardisierten Fragebogen zu ihren Einstellungen, Befürchtungen und Erfahrungen befragt.

Das Modellprogramm ist in beiden Haftanstalten von den Inhaftierten gut angenommen worden. 1999 wurden in der JVA Lichtenberg insgesamt etwa 900 sterile Spritzbestecke aus den Automaten gezogen. Die Anzahl der abgegebenen Spritzen schwankte allerdings stark je nach Station und Erhebungsmonat. Über die Hälfte der Spritzen wurden auf Station 6 (Langzeitstrafen) abgegeben. Sowohl die Statistik wie auch die damit übereinstimmenden Selbstangaben der inhaftierten Frauen lassen erkennen, dass nicht die Verfügbarkeit von Spritzen, sondern die Verfügbarkeit von Drogen die entscheidende Determinante für den intravenösen Drogenkonsum ist. Trotz einer vor allem in der Anfangsphase hohen Störanfälligkeit der Automaten geben die Frauen dieser Vergabemodalität den Vorzug vor einer Hand-zu-Hand-Vergabe, z.B. durch externe Mitarbeiter/innen.

In der JVA Lehrter Straße wurden in den ersten Projektmonaten von Februar bis August 1999 monatlich nur zwischen 5 und 50 sterile Spritzbestecke abgegeben. Inzwischen bewegt sich die Spritzenzahl zwischen 120 und 250 und liegt damit deutlich über den Verbrauchszahlen in der JVA Lichtenberg. Der Hauptgrund hierfür ist sicherlich das höhere Drogenangebot in der Lehrter Strasse. Außerdem sind hier Gefangene mit hohem Suchtpotenzial stark vertreten. Die befragten Männer ziehen mehrheitlich die Hand-zu-Hand-Vergabe durch die AIDS-Hilfe einer Automatenvergabe vor.

Auch nach den Schilderungen der Gruppenleiter/innen und der anderen Bediensteten beider Anstalten ist die praktische Umsetzung der Spritzenvergabe gut gelungen und inzwischen weitgehend in den Stationsalltag integriert. Nach einer anfänglichen Gewöhnungsphase wird inzwischen nicht mehr über Störungen durch die Spritzenvergabe geklagt. Einige Bedienstete geben sogar an, dass viele Befürchtungen (z.B. massive Zunahme des intravenösen Drogenkonsums, disziplinarische Probleme, Bedrohung der Bediensteten mit gebrauchten Spritzbestecken) sich nicht bestätigt haben. Diese Einschätzungen decken sich mit den Ergebnissen der systematischen Datenerhebung durch die Begleitforschung, die gezeigt hat, dass die Spritzenvergabe praktikabel und sicher ist.

Bis August 2000 konnten 95 inhaftierte Frauen und 50 Männer in die prospektive Studie aufgenommen werden. Über 80 % der Studienteilnehmer/innen sind bereits früher inhaftiert gewesen, und nahezu die Hälfte hatte in Haft auch Drogen injiziert. Dabei hatten über 70 % von anderen gebrauchte Spritzbestecke benutzt.

Bei unseren Verlaufsuntersuchungen gaben jeweils etwa zwei Drittel der Frauen und etwa 90 % der Männer an, in den drei zurückliegenden Haftmonaten Drogen injiziert zu haben. Im Zeitraum zwischen Aufnahmeuntersuchung und erster Verlaufsuntersuchung hatten knapp 10 % der befragten Frauen und Männer in Ausnahmefällen (u.a. nicht funktionierender Spritzenautomat) „Needle-Sharing“ praktiziert. Ab der dritten Verlaufsuntersuchung waren solche Vorfälle nicht mehr zu verzeichnen. Daraus lässt sich folgern, dass mit der Vergabe steriler Spritzbestecke das wesentliche Ziel, nämlich eine deutliche und

zeitstabile Verringerung gesundheitlich riskanten Verhaltens, erreicht werden konnte.

Bei der Aufnahmeuntersuchung betrug die HIV-Durchseuchung 16 %. Die entsprechenden Prävalenzraten lagen für Hepatitis B bei 52 % und Hepatitis C bei 85 %. Diese Daten bewegen sich im Rahmen der in anderen nationalen und internationalen Studien ermittelten Ergebnisse. Neuinfektionen mit HIV und Hepatitis B waren im Projektverlauf bei einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von neun Monaten nicht zu verzeichnen. Bei zwei Personen (je einer in jeder Anstalt) waren bei der ersten Verlaufsuntersuchung erstmals Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus nachweisbar. Aufgrund der langen Serokonversionszeit (in der Regel mehrere Monate) ist anzunehmen, dass die Ansteckung bereits vor Aufnahme in die Studie erfolgte. Sowohl die hohe HCV-Prävalenz in den Anstalten wie auch die beiden Neuinfektionen weisen darauf hin, dass die HCV-Prävention bei intravenös Drogen Gebrauchenden außerhalb des Modellprojekts unzureichend ist.

Die Befragung des Personals kann bei einer Beteiligung von knapp 40 % nicht als repräsentativ angesehen werden. In beiden Anstalten stehen jeweils etwa zwei Drittel der Bediensteten der Spritzenvergabe *allgemein* eher positiv gegenüber. Gefragt nach der Einstellung zur dieser Maßnahme in der eigenen Anstalt, kehrt sich das Verhältnis um. Als Grund für die grundsätzlich positive Haltung wurde vor allem die Verhinderung von Neuinfektionen mit HIV und Hepatitiden genannt. Die negative Haltung gegenüber einer Spritzenvergabe im Justizvollzug wurde vor allem mit dem Widerspruch zwischen dieser Maßnahme und dem Abstinenzanspruch begründet, aber auch damit, dass der Drogenkonsum gefördert werde mit Folgeerscheinungen wie Verschuldung, Erpressung und Handel, was für Gefangene wie auch Bedienstete zu schwer beherrschbaren Situationen führe. Ein beträchtlicher Teil der Befragten vor allem in der JVA Lehrter Straße äußerte, die Spritzenvergabe sei in der JVA Tegel sinnvoller.

„TASCHEN-APOTHEKE“ ZUR ERSTEN HILFE UND INFEKTIONS-PROPHYLAXE

Karl Bolli¹

Seit Juli 1991 geben wir an alle Insassen der Kantonalen Strafanstalt Pöschwies² eine „Taschen-Apotheke“ ab, die neben dem Desinfektionsmittel Polyvidonum-lodum (das auch zur Desinfektion einer Spritze gebraucht werden kann) Kondome, Pflaster, desinfizierende Salbe (Merfen) sowie eine Gebrauchsanweisung in neun Sprachen enthält. Gleichzeitig wird ein Informationsblatt des Bundesamtes für Gesundheit angeboten, in welchem Infektionsrisiken und Schutzverhalten beschrieben sind. Unsere Aufmerksamkeit gilt dabei heute vermehrt der „stillen Epidemie der chronischen Hepatitis C“, speziell ihrer Diagnostik und Therapie.

Anfängliche Widerstände des Vollzugspersonals konnten nach sorgfältiger Motivationsarbeit überwunden werden. Das Dilemma bestand darin, dass Drogenkonsum bestraft und interner Drogenhandel bekämpft werden muss, gleichzeitig aber Anweisungen zum Drogengebrauch an Konsumenten abgegeben werden (in der Hoffnung, Ansteckungen beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck zu vermeiden). Indem wir das Set als „Erste-Hilfe-Apotheke“ deklarierten, konnten sich die Vollzugsbeamt(inn)en schließlich mit dessen Abgabe – einschließlich der Anleitung zur Spritzendesinfektion – einverstanden erklären. Obschon die Apothekenabgabe präventiv-medizinisch nur eine Kompromisslösung im Sinne der Schadensbegrenzung darstellt, hatte sie doch Vorreiterfunktion im Gefängniswesen und wurde weltweit beachtet. Wir denken, dass wir damit auch den Empfehlungen des Europarates über *Ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitsfürsorge in Gefängnissen*³ (R[98] 7, § 36 des Annexes) nachkommen, in welchen es heisst: „Um sexuell übertragbare Krankheiten zu verhindern, sollten in Gefängnissen geeignete prophylaktische Massnahmen getroffen werden“.

Die Inhaftierten sehen das persönlich übergebene Erste-Hilfe-Set in der Regel als „Geschenk“ und als Zeichen dafür, dass uns der Schutz ihrer Gesundheit am Herzen liegt. Dies fördert das Vertrauen in die medizinische Betreuung und erleichtert in psychischen und körperlichen Notsituationen den Zugang zum Arzt sowie den Einstieg in das therapeutische Gespräch (und damit unter anderem auch die Suizidprophylaxe).

- 1 Der Autor ist Leiter des Gefängnisärztlichen Dienstes der Kantonalen Strafanstalt Pöschwies, CH-8105 Regensdorf/Zürich.
- 2 In der Strafanstalt Pöschwies werden heute 400 Insassen betreut; der Ausländeranteil lag 1999 bei 78 %.
- 3 Diese Empfehlungen stützen sich unter anderem auf Empfehlungen des Europarates und der WHO aus dem Jahr 1993.

Die Abgabe des Erste-Hilfe-Sets ist aber nur ein Element unseres Drogenkonzepts, das insgesamt fünf Punkte umfasst: Aufklärung und Ausbildung des Personals, Vollzug in Wohngruppen, Abteilung für Suchtprobleme mit Entzugs- und Methadongruppe, spezielles Betreuungsprogramm im Normalvollzug und eben die Apothekenabgabe. Dank diesem Fünf-Punkte-Programm beobachten wir, wie andere Vollzugsanstalten auch, kaum mehr fixende Drogenkonsumenten; die Abgabe steriler Spritzen ist daher in unserer Vollzugsanstalt zurzeit kein Thema. Das Desinfektionsmittel des Erste-Hilfe-Sets wird, da nur sehr selten Drogen intravenös konsumiert werden, kaum von Drogenkonsumenten nachbezogen, hingegen öfter von Insassen, die sich verletzt haben oder an entzündlichen Hauterkrankungen leiden. Als Erfolg unseres Programms sehe ich auch an, dass wir nur selten mit „Schnätzlern“ zu tun haben (also Inhaftierten, die sich – als Verzweiflungsakt und Appell – selbst verletzen oder verstümmeln) und seit 1995 glücklicherweise nur einen Suizid (außerhalb der Drogenszene) und nur einen Todesfall wegen Heroingiftung zu verzeichnen haben.

Unsere positiven Erfahrungen haben wesentlich dazu beigetragen, dass heute in allen Zürcher Gefängnissen sowie in den großen geschlossenen und vielen offenen Strafanstalten der Schweiz Erste-Hilfe-Sets an die Insass(inn)en abgegeben werden – Teil einer nationalen Präventionsstrategie, die auch erweiterte Programme umfasst:

- Abgabe von sterilem Injektionsmaterial, meist über Spritzenautomaten, z.B. in den Frauengefängnissen Hindelbank, in der Strafanstalt Thorberg, der Offenen Strafanstalt Witzwil (im Kanton Bern wurde die Abgabe von sterilem Injektionsmaterial offiziell durch eine Weisung für alle Gefängnisse eingeführt), im Untersuchungsgefängnis Champ-Dollon bei Genf, der Offenen Strafanstalt Realta und in Graubünden
- Abgabe von Heroin, sterilem Injektionsmaterial und Methadon (Offene Strafanstalt Oberschöngrün)
- Methadonabgabe und Ausbildung von Insassen als Mediatoren, z.B. in der Offenen Strafanstalt Saxerriet.

Wie auch immer die verschiedenen Therapieprogramme durchgeführt werden, ob mit oder ohne Heroin, Methadon, Spritzenabgabe usw. – am wichtigsten bleibt die persönliche Betreuung der Suchtpatient(inn)en in einem stabilen Vertrauensverhältnis und auf emotionaler Ebene. Die Präsenz von Betreuungspersonen („Patensystem“), die auch in schwierigen Situationen das Arbeitsbündnis aufrechterhalten, ist entscheidende Voraussetzung für das Funktionieren eines jeden Behandlungskonzeptes.

METHADONSUBSTITUTION IN DEUTSCHEN GEFÄNGNISSEN

Karlheinz Keppler

Drogen konsumierende Gefangene als größte Gruppe im Justizvollzug bestimmen den Gefängnisalltag und die Inhalte der medizinischen Versorgung (Stöver 1993; Keppler 1996). Vor diesem Hintergrund muss die Gefängnismedizin bemüht sein, alle für die Behandlung der Drogenabhängigkeit notwendigen Therapiemöglichkeiten vorzuhalten. Substitutionsbehandlungen stellen neben der Abstinenztherapie ein zusätzliches Therapieangebot dar.

Die bisherigen Erfolge der Substitution sind vor allem deshalb eindrucksvoll, weil sich diese Behandlungsform aufgrund der Aufnahmekriterien an eine Klientel richtet, die sich als langjährig drogenabhängig und damit in aller Regel als besonders schwer therapierbar herauskristallisiert hat.

Die Substitutionsbehandlung sollte im Justizvollzug den gleichen Regeln und Standards folgen, die auch im vertragsärztlichen System gelten. Grundsätzlich geregelt wird die Substitution durch

- das Betäubungsmittelgesetz
- die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
- die „Anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
- die Leitlinien der Bundesärztekammer
- das schulmedizinische Wissen, das auf ärztlicher Erfahrung und Literatur gründet.

Gesetzliche und andere Grundlagen der Substitution

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Die Rechtsgrundlagen für die Abgabe von Betäubungsmitteln durch den Arzt/ die Ärztin zum Zwecke der Substitution von intravenös Drogen gebrauchenden Menschen befinden sich in § 13 Absatz 1 BtMG und in der Anlage III zum BtMG. Gemäß § 13, Absatz 1 BtMG darf der Arzt/die Ärztin Substitutionsstoffe zur Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit verschreiben, verabreichen und zum direkten Verbrauch überlassen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Behandlung medizinisch begründet ist (Indikation: Vorliegen einer langjährigen chronischen Opiatabhängigkeit) und der Behandlungszweck nicht auf andere Weise (in der Regel durch ein abstinenzorientiertes Therapieverfahren) erreicht werden kann.

Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (=BtMVV)

In § 2a BtMVV sind die Verschreibungshöchstmengen für Levomethadon und Methadon sowie die Ausnahmen für eine Überschreitung dieser Höchstmengen festgehalten. § 5 BtMVV regelt die Substitution.

Danach darf ein Substitutionsmittel verschrieben werden

- für die Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel, die Betäubungsmittelabstinenz schrittweise wiederherzustellen sowie den Gesundheitszustand zu bessern und zu stabilisieren
- für den befristeten Austausch eines unerlaubt konsumierten Opiats durch ein Substitutionsmittel im Rahmen der Behandlung einer schweren Erkrankung, die neben der Betäubungsmittelabhängigkeit besteht
- für die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt.

Die Verschreibung ist weiterhin zulässig, wenn und solange

- der Patient/die Patientin für eine Substitution geeignet ist,
- die Substitution im Rahmen eines Behandlungskonzepts erfolgt, das erforderliche begleitende Maßnahmen – psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlung und Betreuung – mit einschließt,
- der Arzt/die Ärztin auf die Durchführung erforderlicher begleitender Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen hinwirkt,
- die ärztlicherseits durchgeführten Erhebungen ergeben, dass der Patient/die Patientin a) von keinem anderen Arzt/keiner anderen Ärztin Substitutionsmittel erhält, b) die erforderlichen begleitenden Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen kontinuierlich in Anspruch nimmt, c) keine Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet oder d) das ihm verschriebene Substitutionsmittel bestimmungsgemäß verwendet,
- der Patient/die Patientin mindestens einmal wöchentlich den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin konsultiert.

Zu beachten sind außerdem die anerkannten Regeln nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft. Auf dieser Grundlage kann die Bundesärztekammer Empfehlungen für das Verschreiben von Substitutionsmitteln geben. Darüber hinaus muss das Substitutionsmittel dem Patienten/der Patientin zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden (Ausnahme: Codein, das als Ein-Tages-Dosis abgegeben werden darf).

Die „Anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (= AUB-Richtlinien)

Die AUB-Richtlinien gelten nicht für die außerhalb des vertragsärztlichen Systems tätigen Ärztinnen und Ärzte (z.B. privatärztliche Tätigkeit, ärztliche Tätigkeit im Justizvollzug oder im öffentlichen Gesundheitswesen).

Leitlinien der Bundesärztekammer

Am 15. November 1996 hat die Bundesärztekammer „Leitlinien zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (Bundesärztekammer 1997) beschlossen. Diese bilden zusammen mit den Vorgaben der BtMVV die wesentliche Grundlage der nicht vertragsärztlichen Substitution.

In der Präambel wird Drogenabhängigkeit als chronische und behandlungsbedürftige Erkrankung definiert, als oberstes Ziel der Substitution wird die Suchtfreiheit postuliert. Als mögliche Stufen der Behandlung gelten a) die Sicherung des Überlebens, b) die gesundheitliche und soziale Stabilisierung, c) die berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration und d) die Opiatfreiheit. Anerkannt wird, dass die Substitution je nach Patient/in unterschiedlich lange dauert und eine sinnvolle Behandlungsform sein kann, auch wenn sie nicht unmittelbar zur Opiatfreiheit führt.

Die Substitution wird als Maßnahme der HIV- und Hepatitis-Prävention erachtet – dies auch im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung. Umfassende Beratung soll durch eine Beratungskommission der Ärztekammer gewährleistet sein. Die gesetzlichen Vorgaben sind einzuhalten.

Die Leitlinien gehen sehr ausführlich auf die Anamnese und Diagnostik ein und schreiben fest, dass der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin eine entsprechende Qualifikation erwerben muss und nicht mehr als zehn Patient-(innen) substituieren sollte. In spezialisierten Praxen oder Einrichtungen dürfen jedoch mehr Personen substituiert werden.

Weitere Vorgaben:

- Die kontinuierliche psychosoziale Betreuung ist entscheidend für den Therapieerfolg. Ihr Umfang sollte sich nach den individuellen Bedürfnissen und nach dem Krankheitsverlauf richten.
- Die Einstellung auf die erforderliche Dosis muss mit besonderer Sorgfalt geschehen, im Zweifelsfall auch stationär (z.B. bei Polytoxikomanie¹).
- Mittel der ersten Wahl sind Methadon bzw. Levomethadon. In seltenen Ausnahmefällen kann auch Codein/Dihydrocodein eingesetzt werden, allerdings nur bei entsprechender Indikation und nur mit psychosozialer Betreuung.
- Das Substitutionsmittel muss unter kontrollierten Bedingungen verabreicht werden. Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin muss dem Patienten/der Patientin einen Behandlungsausweis ausstellen, in dem die aktuelle Tagesdosis in Milligramm (mg) angegeben ist.
- Das Therapiekonzept muss mehr umfassen als nur die Vergabe des Stoffes. Erforderlich sind ebenso regelmäßige Gespräche, medizinische Untersuchungen und die Koordinierung der ärztlichen Arbeit und psychosozialen Betreuung.
- Durchzuführen sind unangemeldete, stichprobenartige Urinkontrollen auf Beigebrauch anderer Suchtmittel. Wird ein aktueller Beikonsum festgestellt, der bei zusätzlicher Einnahme des Substitutionsmittels den Patienten/die Patientin gesundheitlich gefährden würde, darf das Medikament an dem betreffenden Tag nicht verabreicht werden. Die Gründe für den Beikonsum sind abzu-

1 Polytoxikomanie = Gebrauch oder Abhängigkeit von mehreren Substanzen

klären, und es gilt, nach Möglichkeiten zu seiner Beseitigung zu suchen. Falls Dosisanpassung und Ursachenforschung nicht zum gewünschten Ergebnis führen, gelten als Abbruchkriterien a) fortgesetzter, problematischer, die Therapieziele gefährdender Beikonsum, b) Verweigerung der Urinkontrollen und c) unzureichende Kooperationsbereitschaft des Patienten/der Patientin.

- Ein Ende der Behandlung kann angestrebt werden, wenn sich die Lebenssituation des Patienten/der Patientin stabilisiert hat. Dann sollte das Methadon langsam „ausschleichend“ abgesetzt werden; Dosisreduzierungen von weniger als 10 % in der Woche werden im allgemeinen gut toleriert.

Substitutionsmittel

In Deutschland können verschiedene Medikamente zur Substitution eingesetzt werden: Levomethadon (L-Polamidon®), D-L-Methadon, Buprenorphin (Subutex®), Codein (diverse Handelsnamen).

Besonderheiten der Substitution im Gefängnis

Für Substituierte wird häufig gefordert, man müsse es ihnen ermöglichen, sich von der Drogenszene lokal, sozial und mental zu trennen (akzept [Hrsg.] 1995) – was sich außerhalb des Justizvollzugs vielleicht erreichen ließe. Im Gefängnis mit seiner „real existierenden“ Drogenszene (die sich in nichts von jener „draußen“ unterscheidet) ist eine solche Trennung aber leider kaum oder nur sehr eingeschränkt möglich. Drogenkonsum und -abhängigkeit wird im Gefängnis nicht nur „in einem Raum“ gelebt und erlebt, sondern auch in einer besonders solidarischen Situation, die durch die gemeinsame Erfahrung von verlorener Freiheit und der damit verbundenen Wut, Verzweiflung, Trauer und Enttäuschung erzeugt wird.

Attraktivität und Effektivität von Substitutionsprogrammen hängen davon ab, ob die dort therapeutisch Tätigen über eine akzeptierende Grundhaltung verfügen und ob der Zugang niedrigschwellig ist (Althoff/Schmidt-Semisch 1992). Aber gerade mit diesen beiden Voraussetzungen hat der Strafvollzug Probleme. Auch an das Personal, besonders an die Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienstes, stellt die Methadonsubstitution sehr hohe Anforderungen. Hinzu kommt, dass diese Behandlungsform auch im Gefängnis in eine ganzheitlich ausgerichtete, akzeptierende Drogentherapie eingebettet sein sollte. Die Akzeptanz des Drogenkonsums als einer individuellen Lebens- und Ausdrucksform einerseits und „justizvollzugliches“ Denken andererseits stehen sich aber in den allermeisten Fällen unversöhnlich gegenüber, zumal der Justizvollzug als Paradebeispiel staatlicher Repression gilt.

Die Substitutionsbehandlung entspannt die brisante Drogensituation im Gefängnis. Die Bediensteten könnten aber zugleich versucht sein, sie als Ordnungsinstrument zu begreifen und Einfluss auf die Auswahl und Anzahl der Klient(inn)en zu nehmen. Macht der Vollzug die Substitution zu seinem Instrument,

entstehen neue Gefahren: Durch eine unsachgemäße, d.h. nicht an der medizinischen Indikation, sondern an vollzuglichen Interessen orientierte Auswahl der Teilnehmer/innen steigt oftmals auch die Rate der „Therapieversager“. Darüber hinaus verkennen juristische und vollzugliche Standpunkte oftmals die der Sucht eigenen Strukturen und Dynamiken, was auch bei der sich etablierenden juristischen Indikation für die Methadonsubstitution deutlich wird (Lesting 1993): Hier wird strafrichterliche Milde (wie Strafaussetzung zur Bewährung usw.) an eine Substitutionsauflage koppelt. Obwohl prinzipiell begrüßenswert, verkennt diese Vorgehensweise, dass allein die Bereitschaft zur Änderung der Lebensumstände (hier ist in erster Linie die Legalbewährung gemeint) keinesfalls eine medizinische Indikation für eine Methadonsubstitution darstellt. Die Bereitschaft zur Änderung der Lebensumstände kann allenfalls Folge oder Ziel einer Methadonsubstitution sein, aber nicht deren Voraussetzung oder gar deren Grund.

Die Substitution gilt gerade in der Anfangsphase, in der sich das pflegerische und ärztliche Personal mitunter mühevoll das hierfür notwendige Know-how erarbeiten muss, als besonders zeit- und arbeitsintensiv (Rex 1995; Bumm 1995; Buchta/Schäfer 1996). Sie bleibt dies aber auch danach, nämlich dann, wenn die Zahl der Substituierten steigt.

Die Testung auf Beigebrauch anderer psychotroper Substanzen (gegebenenfalls auch Alkohol) ist für Substituierte zwingend vorgeschrieben (BtMVV § 2a Abs. 6; AUB-Richtlinien; Leitlinien der Bundesärztekammer). Zur Frequenz, Häufigkeit und Vorgehensweise gibt es eine Fülle von Meinungen und Vorschlägen (Bühringer u.a. 1995a und 1995b; Gözl 1994; Külpmann 1994; Drasch 1982). So wird gefordert, Urinkontrollen unangemeldet und unregelmäßig durchzuführen. Schmoldt (1994) und Heckler (1997) erachten Urinkontrollen generell als ein unsicheres Instrument und raten, die üblichen Testverfahren nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. Beikonsum vorzuwerfen sei nur statthaft, wenn die Befunde mit Hilfe der Gas-Chromatografie² in Verbindung mit der Massenspektrometrie³ bestätigt worden seien.

Die derzeit verwendeten Suchtests (Immunoassays) liefern in der Regel zu 85 bis 90% richtige Werte. Festzuhalten bleibt außerdem, dass die Urinkontrolle nichts über die Dynamik des Krankheitsverlaufs aussagt. Aus ihr ist nicht ersichtlich, ob der Patient/die Patientin Fortschritte macht und falls ja, welche.

Grundsätzlich besteht seit den Anfängen der Substitution Einigkeit, dass neben der Vergabe des Substituts auch begleitende psychosoziale Maßnahmen sinnvoll sind. Die Ziele der Substitutionsbehandlung – Verbesserung der sozialen Möglichkeiten und Ressourcen sowie der gesundheitlichen Situation, Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit – lassen sich mit psychosozialer Betreuung schneller und besser erreichen als ohne sie. Auch im Justizvollzug muss sich die psychosoziale Betreuung Substituierter an den erarbeiteten Standards und Leitlinien orientieren (vgl. dazu Schaper in diesem Band).

2 Gas-Chromatografie = Verfahren zur Trennung von gasförmigen und flüchtigen Substanzen sowie solchen, die sich beim Verdampfen nicht zersetzen

3 Massenspektrometrie = Verfahren, bei dem eine organische Verbindung im Vakuum verdampft wird und durch Elektronenbeschuss in ihre Bestandteile zerfällt, die sich im Magnetfeld nach ihrem Verhältnis von Massenzahl und Ladung trennen. Dabei entsteht ein für die Substanz charakteristisches Verteilungsmuster.

Die Substitution in den einzelnen Bundesländern – Überblick

Zur Methadonsubstitution im Justizvollzug findet man in der Literatur kaum systematisch erhobene Zahlen. Es gibt lediglich zwei lobenswerte Ausnahmen: Buchta und Schäfer (1996) haben einen Überblick über die historische Entwicklung der Substitution im hessischen Justizvollzug und genaue Zahlen hierzu veröffentlicht, und Schulze (2000) berichtet über die Substitution in den Gefängnissen des Landes Bremen.

Obwohl die Substitution bereits früh zum Einsatz kam, wird sie bisher nicht flächendeckend und generell in allen Justizvollzugsanstalten angeboten. Rex (1995) spricht von einem deutlichen Nord-Süd-Gefälle. Als Länder, in deren Anstalten diese Behandlungsform eingesetzt wird, führt er Hamburg, Bremen und Berlin sowie Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen an. Alle sonstigen „alten“ Bundesländer stehen der Substitution eher ablehnend gegenüber. Auch auf der Expertenanhörung der Bundesministerien für Gesundheit und der Justiz im August 1994 (BMfG u. BMdJ 1994) erwies sich die Substitution im Strafvollzug als nach wie vor umstritten; die Indikationsstellung war ausgesprochen uneinheitlich.

Berlin

Aus Berlin liegen Berichte zur Substitution vor (Rex 1995). Substituiert wird, wer bereits vor Haftantritt auf diese Weise behandelt worden ist, wer eine Indikation hierfür hat und wer nicht länger als sechs Monate in Haft bleiben muss. Bei längerer Haftzeit wird der Einzelfall geprüft; je nach Ergebnis wird dann substituiert oder nicht. Liegt eine Indikation vor, kann auch in Haft mit der Substitution begonnen werden. Oft erfolgt dies zur Vorbereitung der Entlassung kurz vor Haftende. Außerdem wird bei opiatabhängigen Patient(inn)en die Entzugsbehandlung mit Methadon durchgeführt.

Erste Erfahrungen mit dem methadongestützten Entzug wurden bereits im Jahre 1991 gemacht. Genaue Zahlen über den Umfang der Substitution in Berliner Haftanstalten sind bisher nicht veröffentlicht worden. Es gibt interne Dienstanweisungen des Leitenden Arztes des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten, in denen die Substitution geregelt ist und die Erlassqualität haben. Ansonsten orientiert sich die Vorgehensweise an den AUB-Richtlinien. Eine Behandlungsvereinbarung wird abgeschlossen, die psychosoziale Betreuung erfolgt in der Regel durch externe Mitarbeiter/innen.

Baden-Württemberg

In den Gefängnissen dieses Bundeslandes obliegt es grundsätzlich dem Arzt/der Ärztin, ob entsprechend den AUB-Richtlinien substituiert wird oder nicht. Allerdings wird diese Behandlungsform bisher nur in einer Haftanstalt angeboten. Die Zahl der Substituierten ist dort niedrig. Opiat-Entzüge werden nicht mit Methadon durchgeführt.

Bayern

Im bayrischen Justizvollzug steht man einer auf breiterer Basis durchgeführten Substitution sehr kritisch gegenüber. Lediglich in besonders begründeten Einzelfällen wird in Bayern substituiert. Wurden Gefangene bereits vor der Inhaftierung mit Methadon behandelt, können sie kurz vor der Entlassung wieder auf das Medikament eingestellt werden – dies allerdings nur, wenn ein niedergelassener Arzt/eine niedergelassene Ärztin bereit ist, die Substitution nach der Entlassung weiterzuführen.

Bremen

Bremen war eines der ersten Bundesländer, das die Substitution im Strafvollzug angeboten hat. Im Bremer Justizvollzug werden bereits „draußen“ substituierte Neuzugänge in der Regel weiterbehandelt. Bei einer Haftdauer unter sechs Monaten wird die Behandlung dann weitergeführt, wenn sie auch nach der Entlassung gesichert ist. Auch während der Haft kann mit der Substitution begonnen werden, wobei der Zugang zu ihr relativ niedrigschwellig ist. Das gilt auch für die Substitution als Maßnahme zur Vorbereitung der Entlassung. Auch der Opiat-Entzug erfolgt mit Methadon. Bei einmaligem Beikonsum werden die Patient(inn)en allerdings wieder aus der Substitution genommen (Schulze 2000). Die psychosoziale Betreuung erfolgt durch externe Berater/innen.

Hintergrund der breit angelegten Substitution in Bremen war die liberale Auslegung der Richtlinien, die von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Politik mitgetragen wurde. Handlungsleitender Grundsatz der Bremer Anstaltsleitungen war außerdem, mittels Substitution eine verbesserte Sozialprognose zu erreichen (Wiegand 1994).

Eine Stichtagserhebung (11.08.1994) ergab für die JVA für Frauen (n = 26) 10 substituierte Frauen (= 38,5 %), für die Bremer Kurzstrafen-Anstalt (n = 50) 4 substituierte Männer (= 8 %), für die JVA Oslebshausen (n = 457) 58 substituierte Männer (= 12,7 %) und für die JVA Bremerhaven (n = 90) 20 substituierte Männer (= 22,2 %). Schulze (2000) berichtet zum Stichtag 31.8.1998 von insgesamt 102 in der Substitution befindlichen Gefangenen.

Hamburg

Auch in Hamburg wurde bereits 1990 in größerem Umfang mit der Durchführung von Entzugsbehandlungen begonnen. Die praktische Umsetzung stieß zunächst auf erhebliche Widerstände seitens der Anstaltsärzte und des Krankenpflegepersonals (Thiele 1994).

Bei einer Stichtagsuntersuchung Anfang 1997 befanden sich 166 Patient(inn)en in der Methadonsubstitution.

Die Substitution erfolgt in enger Anbindung an die Vorgaben der Ärztekammer Hamburg und ist vergleichbar mit den Bedingungen in Bremen. Die psy-

chosoziale Betreuung leisten Vollzugsmitarbeiter/innen und externe Kräfte von Drogenambulanzen, die von der Hamburger Gesundheitsbehörde eingerichtet wurden. Seit 1994 wird auch ein Arzt aus diesen Drogenambulanzen zur Betreuung Substituierter im Justizvollzug eingesetzt. Mit den Substituierten werden Behandlungsverträge abgeschlossen.

Hessen

In Hessen wurde schon ab August 1988 im Zentralkrankenhaus der JVA Kassel I substituiert, zunächst in begründeten Einzelfällen (Bumm 1995), ab 1992 zum einen auf der Grundlage eines Rahmenvertrages vom 1.10.1991, zum anderen aufgrund eines speziell an den Belangen des Justizvollzugs orientierten Erlasses vom 18.8.1992 (Buchta/Schäfer 1996). Auf dieser Basis wird eine bereits vor Inhaftierung begonnene Substitution in der Regel fortgeführt, unabhängig von der Haftdauer. Liegt eine Indikation vor, so kann auch in Haft sowohl als Entlassungsvorbereitung als auch bei längeren Haftzeiten mit der Substitution begonnen werden. Auch zur Entzugsbehandlung wird Methadon eingesetzt.

Nur acht Justizvollzugsanstalten beteiligten sich in der Zeit vom 18.8.1992 bis 31.12.1994 an der Substitution. Die psychosoziale Betreuung wird durch Vollzugsmitarbeiter/innen geleistet, aber nicht immer in der gewünschten Intensität (Bumm 1995).

Mecklenburg-Vorpommern

Eine Substitution mit Methadon ist grundsätzlich möglich, in der Praxis aber selten. Über Fortführung oder Beginn einer Substitutionsbehandlung entscheiden die Anstaltsärzte/-ärztinnen. In jedem Fall muss eine Indikation vorliegen, wobei die Länge der Haftzeit grundsätzlich keine Rolle spielt.

Nordrhein-Westfalen

Im Justizvollzug Nordrhein-Westfalens wird seit 1988 im Wesentlichen bei bereits vor der Haft begonnener Behandlung zur Überbrückung oder bei kurzer Haftzeit weitersubstituiert. Behandelt wird auch bei Vorliegen einer Indikation zur Einstellung im Sinne einer Entlassungsvorbereitung nach AUB-Richtlinien. Außerdem werden reine Entzugsbehandlungen durchgeführt.

Grundlagen der Substitution sind die AUB-Richtlinien – früher NUB-Richtlinien. Vom vorbildlichen und in der Bundesrepublik einmaligen Justizvollzugs-krankenhaus Fröndenberg aus gelangten die Informationen über die Substitution und Anregungen hierzu durch jährliche Dienstbesprechungen der Ärztinnen/Ärzte und über viele informelle Gespräche in die Anstalten (zur aktuellen Situation vgl. Riekenbrauck in diesem Band).

Niedersachsen

Hier wird die Substitution durch einen Erlass aus dem Jahre 1992 geregelt. Ein neuer Erlass ist in Arbeit. Der Erlass orientiert sich im Wesentlichen an den AUB-Richtlinien, hebt aber darüber hinaus auf die ärztliche Kompetenz und die Entscheidung des Anstaltsarztes/der Anstaltsärztin in Eigenregie ab. Die Aufsichtsbehörden erwarten, dass alle hauptamtlichen Anstaltsärzte und -ärztinnen den Fachkundenachweis erwerben.

Die Substitutionspraxis ist je nach Anstalt sehr unterschiedlich. In der Regel wird eine bereits vor Haftantritt begonnene Behandlung fortgeführt. Sie wird unabhängig von der Haftdauer angeboten. Liegt eine Indikation vor, kann auch in Haft mit der Substitution begonnen werden, wobei sie häufig als Entlassungsvorbereitung erfolgt. In fast allen Anstalten wird Methadon zur Entzugsbehandlung eingesetzt.

Rheinland-Pfalz

Die Substitution wird nicht in allen Anstalten angeboten. Ob eine vor Haft begonnene Substitution fortgesetzt wird, liegt im Ermessen der Anstaltsärzte/-ärztinnen. Wo die Behandlung angeboten wird, kann sie fortgeführt werden, und zwar bei kürzerer Haftzeit und wenn der/die niedergelassene Arzt/Ärztin eine Substitution nach der Haftentlassung verbindlich zusichert. Ist eine längere Haftstrafe zu erwarten, wird je nach Einzelfall entschieden. Ein methadongestützter Opiat-Entzug wird nicht angeboten.

Sachsen

Im Justizvollzug Sachsens wird die Substitution wie in Bayern kritisch gesehen. In einzelnen Fällen werden kurzzeitig Inhaftierte oder Transportgefangene zur Überbrückung weitersubstituiert. Bei schweren Entzugserscheinungen erfolgt eine Verlegung in das zuständige Justizvollzugskrankenhaus, wo der Opiat-Entzug nicht mit Methadon durchgeführt wird.

Schleswig-Holstein

In den Haftanstalten Schleswig-Holsteins wird seit mehreren Jahren substituiert. Grundlage hierfür sind das „Medikamentengestützte Therapiekonzept“ und die AUB-Richtlinien. Wer bereits vor Haftantritt substituiert wurde, wird in der Regel unabhängig von der Haftdauer weiterbehandelt. Ebenso kann eine Substitution bei bestehender Indikation in Haft begonnen werden. Der Opiat-Entzug wird mit Methadon durchgeführt.

Saarland

Im offenen Vollzug wird die Behandlung von niedergelassenen Ärzt(inn)en und daher entsprechend den AUB-Richtlinien durchgeführt. Im geschlossenen Vollzug wird bei Substituierten, die bereits vor Haft in Behandlung waren und bei denen nur kurze Haftzeiten zu erwarten sind, weitersubstituiert. Außerdem wird der Opiat-Entzug mit Methadon durchgeführt.

Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen

In diesen Bundesländern wird nicht substituiert. Lediglich für substituierte Transportgefangene aus anderen Bundesländern ist die Behandlung während des Transports sichergestellt. Eine Ausnahme bilden weibliche Gefangene aus Brandenburg, die in Berlin inhaftiert werden und dort von den Berliner Substitutionsregelungen profitieren.

Fazit

Auch wenn die Substitution „hinter Gittern“ vielfach nur als eine Verbesserung der „Elendsverwaltung“ und reine Schadensminimierung angesehen wird, ist sie dennoch sinnvoll und notwendig. Sie vermag akzeptierende Einstellungen zu fördern, fordert von allen Beteiligten, sich zu entwickeln, und verringert die Kluft zwischen der Medizin „drinnen“ und „draußen“. Prinzipiell ist die Methadonsubstitution eine Behandlungsform, die gerade für den Justizvollzug besonders gut geeignet ist. Zum einen ist ein Großteil der Ressourcen, die zur Substitution und zur psychosozialen Betreuung benötigt werden, bereits vorhanden. Zum anderen befindet sich in den Gefängnissen gerade diejenige Klientel, die für eine Methadonsubstitution besonders in Frage kommt: Drogenabhängige mit langen Drogenkarrieren und frustrierenden Abstinenztherapie-Versuchen.

Weder in Deutschland noch in Europa wird die Methadonsubstitution im Strafvollzug auch nur annähernd einheitlich gehandhabt. Die bisher erstellten Richtlinien bzw. Standards für die Substitution und die psychosoziale Betreuung klammern den Strafvollzug vollständig aus. Auch eine systematische Erfassung der Substitutionspraxis im Justizvollzug Deutschlands oder Europas im Sinne einer „Methadon-Expertise Justizvollzug“ steht noch aus.

akzept (Hrsg.) 1995

akzept e.V., Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg.): Leitlinien für die psycho-soziale Begleitung im Rahmen der Substitutionsbehandlung. 2. Aufl. Berlin: Selbstverlag 1995

Althoff/Schmidt-Semisch 1992

Althoff, M./Schmidt-Semisch, H.: Methadon-Substitution im Strafvollzug. Kritische Überlegungen zwischen Theorie und Pragmatismus. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 15(1), 23–28

Buchta/Schäfer 1996

Buchta, A. M./Schäfer, K. H.: Substitution hinter Gittern. Ein Bericht über die Verordnung, Abgabe und Verabreichung von Methadon zum Zwecke der Substitution heroinabhängiger Gefangener in hessischen Justizvollzugsanstalten. In: *Zeitschrift für Strafvollzug*, 1, 21–25

Bühringer u.a. 1995a

Bühringer, G. u.a.: Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Stuttgart: Enke 1995

Bühringer u.a. 1995b

Bühringer G., Künzel J., Spies G.: Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland. In: *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Bd. 55. Baden-Baden: Nomos 1995

Bumm 1995

Bumm, H.-W.: Siebenjährige Erfahrung mit der L-Polamidon-Substitution im Justizbereich Kassel. Vortrag, gehalten auf der Bundesweiten Vollzugsärztertagung in Berlin am 27.10.1995 (Manuskript)

Bundesärztekammer 1997

Bundesärztekammer: Leitlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 94, A-401–403

Bundesgesetzblatt 1994

Bundesgesetzblatt: Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz, BtMG). 1/13, 359–383

BMfG u. BMDJ 1994

Bundesministerium der Justiz und Bundesministerium für Gesundheit: Expertenanhörung zu dem Thema „Drogen- und HIV-Prävention im Justizvollzug“ am 17./18. August 1994 in Bonn. Dokumentation. Bonn: Selbstverlag 1994

Drasch 1982

Drasch, G.: Drogennachweis in Praxis, Krankenhaus und Führungsaufsicht. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 58, 551–556

Gölz 1994

Gölz, J.: Methadonsubstitution in der ärztlichen Praxis. In: Klee J./Stöver H. (Hrsg.): *Beratungsführer Drogen und AIDS*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1994, 88–108

Heckler 1997

Heckler, R.: Praxis und Aussagefähigkeit von Urinkontrollen. In: Jacob, J./

Keppler, K./Stöver, H. (Hrsg.): *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*. AIDS-Forum DAH, Band 28. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1997, 91–93

Keppler 1996

Keppler, K.: Dass nicht sein kann, was nicht sein darf. Ist die Spritzenvergabe im Strafvollzug sinnvoll? In: *Infektionsepidemiologische Forschung*, 11, 18–23

Külpmann 1994

Külpmann, W.-R.: Feststellung des Beigebrauchs bei der Methadon-Substitutionsbehandlung von i.v.-Heroinabhängigen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 91(4), C-149–151

Lesting 1993

Lesting, W.: Zur Bedeutung einer Substitutionsbehandlung für strafrichterliche Sanktionsentscheidungen. In: *Monatsschrift für Kriminologie*, 76(5), 320–327

Rex 1995

Rex, R.: Drogenabhängige in Haft. In: J. Götz (Hrsg.): *Der drogenabhängige Patient*. München/Wien/Baltimore: Urban und Schwarzenberg 1995, 372–382

Schmoldt 1994

Schmoldt, A.: Aktuelle Fragen zur Drogenanalytik. In: Syva (Hrsg.): *Symposium „Stand der Levo-Methadon-Substitution in Hamburg“*. Hamburg, 26. November 1994. Hamburg: Selbstverlag 1994, 1–17

Schulze 2000

Schulze, A.: Substitution im Strafvollzug – Ergebnisse einer Studie in den Gefängnissen des Landes Bremen. Bremer Institut für Drogenforschung an der Universität Bremen. Bremen: BISDRO 2000

Stöver 1993

Stöver, H.: HIV/AIDS-Prävention für Drogengebraucher/innen im Strafvollzug? In: *KrimJ*, 3, 184–201

Thiele 1994

Thiele, B.: Erfahrungen zur Substitution im Hamburger Justizvollzug von 1990 bis heute. In: Syva (Hrsg.): *Symposium „Stand der Levo-Methadon-Substitution in Hamburg“*. Hamburg, 26. November 1994. Hamburg: Selbstverlag 1994, 62–65

DER NRW-DROGENERLASS UND SEINE UMSETZUNG

Wolfgang Riekenbrauck

Der Drogenerlass des nordrhein-westfälischen Justizministeriums vom Dezember 1998¹ gibt der Betreuung Drogenabhängiger im Strafvollzug eine neue Perspektive; man könnte sogar von einem Paradigmenwechsel sprechen. Wenn auch seine Regelungen noch nicht überall und nicht in vollem Umfang verwirklicht worden sind, stärkt er doch engagierten Mitarbeiter(inne)n den Rücken und gibt allen Seiten Verhaltenssicherheit. Die Aufsichtsbehörden der Justizvollzugsanstalten in NRW sind gehalten, bei der Verwirklichung dieses Konzeptes Hilfestellung zu leisten und in allen Fragen der Umsetzung vor Ort Ansprechpartner und Vermittler zu sein.

Zum Suchtverständnis und zum Verhältnis zwischen Strafe und Hilfe

Am Anfang bietet der Erlass eine kurze, aber umfassende Definition der Sucht: „Sucht ist ein Krankheitsbild, das psychische und/oder körperliche (in der Regel stoffgebundene) Abhängigkeit umfasst. Die Ursachen der Sucht sind vielschichtig, und die individuellen Veranlagungen, das soziale Umfeld der Person sowie die Verfügbarkeit der Substanz beeinflussen sich gegenseitig.“²

Allerdings: Wenngleich diese Erkenntnis heute auch weiter verbreitet sein mag als früher, sehen viele Menschen – auch und gerade Mitarbeiter/innen im Strafvollzug – Sucht immer noch als „Charakterfehler“ und kriminelles Verhalten an, auf das man allein mit harten, repressiven Maßnahmen reagieren könne. Das macht den Umgang mit den Gefangenen für sie sehr schwer, sollen sie

- 1 „Betreuung drogenabhängiger Gefangener in Justizvollzugsanstalten und Zusammenarbeit mit außervollzuglichen Institutionen. Gemeinsamer Runderlass des Ministeriums für Inneres und Justiz (4550 – IV B. 65) und des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (V A – 0392.3) vom 3. November 1998, veröffentlicht am 1. Dezember 1998 im Justizministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, 52. Jahrgang, Nr. 23, S. 297–302. Zu beziehen über das Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, Martin-Luther-Platz 40, 40212 Düsseldorf. Erarbeitet wurde der Erlass von einer Gruppe von Praktiker(inne)n aus verschiedenen Bereichen des Strafvollzuges, welche Justizminister Dr. Fritz Behrens 1996 eingesetzt hatte, unter Mitarbeit des Landes-Drogenbeauftragten. Der Entwurf der Arbeitsgruppe wurde ohne wesentliche Abstriche vom Justizministerium übernommen.
- 2 Entgegen der bisherigen Sichtweise stellt der Erlass übrigens unmissverständlich klar, dass er nicht nur auf den Umgang mit Abhängigen von illegalen Drogen zielt, sondern dass auch andere Suchtformen Gegenstand suchttherapeutischer – psychosozialer und medizinischer – Bemühungen im Strafvollzug sein müssen, wenn sie Anlass für Straftaten sind.

doch, was sie bisher als zu bestrafendes Fehlverhalten gesehen haben, nun als therapie- und hilfebedürftiges Leiden verstehen.

Wegen dieser Ambivalenz neigen viele Mitarbeiter/innen und auch ganze Fachdienste dazu, sich aus der Verantwortung für die Suchtproblematik herauszuhalten und diese Aufgabe „einzelnen Fachleuten zu überlassen“. Genau diesem Verhalten wirkt der Erlass entgegen. Er macht an verschiedenen Stellen deutlich, dass die Behandlung der Suchterkrankung Aufgabe *aller* Mitarbeiter/innen im Strafvollzug sowie des Hilfesystems ist.³ Schließlich wirken sich das Verhalten der Beamtinnen und Beamten des Allgemeinen Vollzugsdienstes und die Entscheidungen der Anstaltsleitung unmittelbar auf „Drogenpersönlichkeiten“ aus und sind insofern auch für die Therapie von Bedeutung: Durch vollzugliche Entscheidungen können z.B. Motivationen zur Drogenfreiheit gefördert oder auch behindert, konterkariert und abgeschreckt werden.

Nun kann Suchtverhalten nur schwer unter den Bedingungen der Unfreiheit therapiert werden; auch im Drogenerlass wird eingeräumt, „dass der Justizvollzug zu einer Drogentherapie im engeren Sinne nicht bestimmt und nur in engen Grenzen in der Lage ist“, andererseits „therapeutische Möglichkeiten erkennen und fördern“ solle (a.a.O., S. 298). Vollzugliche Entscheidungen und die fachliche Betreuung müssen darauf ausgerichtet sein, süchtiges Verhalten zu identifizieren und Wege aus der Sucht zu weisen; Inhaftierung allein zeigt ja keine neuen Perspektiven auf.

Angebote für Drogen gebrauchende Gefangene

Der Erlass fordert, Drogen konsumierenden bzw. drogenabhängigen Gefangenen – nach dem Prinzip der „aufsuchenden Sozialarbeit“ – während der gesamten Inhaftierungszeit „unterschiedliche Ausstiegshilfen und Hilfestellungen in lebenspraktischen Fragen bereitzuhalten“ (a.a.O., S. 298). Es hat sich als sinnvoll erwiesen, den Gefangenen solche Angebote gleich zu Haftbeginn und damit in der ersten Phase des Entzuges⁴ zu machen und nicht darauf zu warten, dass der Leidensdruck sie dazu veranlasst, von sich aus neue Wege zu gehen (vgl. ebd.). Erfahrungsgemäß sind sie in dieser Phase nämlich eher für Betreuungsangebote

3 Auch viele Sozialarbeiter/innen sahen bzw. sehen Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit nicht als ihr Aufgabenfeld an, da das traditionelle Verständnis von Sozialarbeit im Strafvollzug eher administrativ geprägt ist. Im Erlass wird deswegen betont, dass die Betreuung Drogenabhängiger auch originäre Aufgabe eines jeden Sozialarbeiters und einer jeden Sozialarbeiterin ist: „Das Konzept richtet sich an die in den Justizvollzugsanstalten, in der Suchtarbeit und in der Gesundheitshilfe einschließlich der Gesundheitsämter, der AIDS-Hilfen, des sozialpsychologischen Dienstes und der Selbsthilfeeinrichtungen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ihre Aufgabe ist es, das Konzept umzusetzen.“ (A.a.O., S. 298) „Die Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Justizvollzugsanstalten und der Suchtberatungsstellen sowie Therapieeinrichtungen und anderen mit der Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen und -gefährdeten befassten Einrichtungen und Institutionen ist durch Arbeitsgespräche sowie im Bereich der Fortbildung zu fördern.“ (Ebd.)

4 „Aus der Erfassung der Drogenabhängigen bei Neuinhaftierung ergibt sich in der Regel eine Behandlungsbedürftigkeit im Entzug“. (A.a.O., S. 299)

ansprechbar und empfänglich. Wenn Drogen konsumierende Gefangene dagegen den Entzug „abwettern“, ihn also auf eigene Faust und ohne medizinisch-sozialarbeiterische Betreuung machen, sind sie häufig schon in die Subkultur der Haftanstalt integriert und wesentlich schwerer ansprechbar. Vom ersten Moment der Inhaftierung an muss ihnen daher vermittelt werden, dass sie nicht alleine stehen, sondern Chancen haben, die sie allerdings ergreifen müssen.

Medikamentengestützter Entzug

Um den einzelnen Anstaltsärzt(inn)en „auf dem Lande“ den Rücken zu stärken, verteilt das Justizvollzugs Krankenhaus in Fröndenberg seit April 1997 ein Schema für einen niedrig dosierten Entzug unter dem Stichwort „Low-Dose-Methadonentzug“ und folgende Handlungsanleitungen:

„Standardentzug mit Methadon in den Haftanstalten in NRW bei Polytoxikomanie in Anlehnung an die Praxis im Justizvollzugs Krankenhaus und empfohlen durch das Justizministerium.“

1. Indikation zu Beginn durch einen Arzt
2. Urin auf Opiate und Methadon mittels Schnelltest untersuchen. Diese Untersuchung vor dem Beginn der Substitution mit Methadon ist wünschenswert, aber nicht zwingend. Den gewonnenen Urin für Laborscreening in den folgenden Tagen verwahren.
3. Vergabe durch einen Sanitäter
4. Diese niedrigen Dosen an Methadon reichen aus, um wesentliche Entzugssymptome abzumildern. Diese niedrigen Dosen würden andererseits Menschen ohne Drogentoleranz nicht vital gefährden.
5. Die Vergabe 2 x pro Tag ist notwendig, um einen größtmöglichen Effekt bei niedrigen und daher gefahrlosen Methadondosen zu erzielen.
6. Bei Polytoxikomanie können weitere Medikamente (z.B. Distanneurin, Diazepam, Tegretal, Haldol...) mit Methadon grundsätzlich kombiniert werden.
7. Mit zunehmender Erfahrung des Anstaltsarztes lässt sich das Schema vielfältig modifizieren und optimieren. Das hier vorliegende Schema stellt einen notwendigen Mindeststandard in der Entzugstherapie von polytoxikomanen oder opiatabhängigen neuinhaftierten Personen in NRW dar.
8. Patienten, die vor der Haft durch den Hausarzt legal substituiert worden sind, erhalten ein anderes Therapieschema als hier vorgestellt oder werden in voller Dosis durchsubstituiert.
9. Der Vollzug wird über ein Formblatt über die Tatsache der Substitution informiert“.

Substitution

Zu den Angeboten für Drogen konsumierende Gefangene gehört auch die Substitutionsbehandlung (in der Regel mit Methadon). Mit Erlass vom 27.12.1995 hat das nordrhein-westfälische Justizministerium jeder einzelnen Haftanstalt

aufgetragen, die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung mit Methadon sicherzustellen. Substitution wird Menschen angeboten, die bereits „draußen“ substituiert wurden und nur kurze Zeit in Haft sind (in der Regel bis zu 6 Monate⁵), oder zur Vorbereitung auf die Entlassung, wenn die Substitution nach der Haftzeit fortgeführt werden soll.

Entlassungsvorbereitung

Ein weiterer wichtiger Punkt des Drogenerlasses ist die Vorbereitung drogenabhängiger Gefangener auf die Entlassung und die Zeit danach; im Rahmen dieser Entlassungsvorbereitung geht es um Einflussnahme und konkrete Lösungsschritte wie Substitution, psychosoziale Betreuung, Wohnungssuche, Unterkunft in therapeutischen/betreuten Wohngemeinschaften, Schuldnerberatung und anderes mehr (vgl. a.a.O., 301). Auch die Beratung des sozialen Umfelds der vor der Entlassung stehenden Gefangenen wird angeregt, solange diese dem zustimmen (ebd.).

Drogenprävention

Der Erlass fördert anstaltsinterne Maßnahmen zur Suchtvorbeugung für nicht drogenabhängige Gefangene. Dazu arbeiten die Anstalten mit Fachkräften der regionalen Drogenberatungsstellen zusammen; außerdem wird die Einrichtung spezieller abstinenzorientierter Abteilungen mit unterschiedlicher Konzeption und für verschiedene Zielgruppen angestrebt (vgl. a.a.O., S. 301).

Infektionsprophylaxe

Der Infektionsprophylaxe (HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten) ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Darin findet sich u.a. die Forderung nach Aufklärung der Inhaftierten und der Mitarbeiter/innen im Vollzug über Infektionsgefahren und Einstellungen und Techniken zur Schadensvermeidung oder -verminderung (Safer Sex, Safer Use usw.). Zu den Schwerpunkten der Infektionsprophylaxe werden auch die kostenlose Ausgabe von Kondomen und wasserlöslichen Gleitmitteln, die Methadonsubstitution und die Impfung von Inhaftierten und Mitarbeiter(inne)n gezählt; Fortbildungen zur Epidemiologie und Prophylaxe werden gefördert.

5 Nach Auskunft des Justizministeriums NRW gilt mittlerweile, dass nach entsprechender Indikation durch den Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin auch die unbefristete Substitutionsbehandlung möglich ist (Schreiben an die Deutsche AIDS-Hilfe vom 15.12.2000, Aktenzeichen 4550 – IV B. 65).

Motivationsarbeit und Vollzugsgestaltung

Der Erlass bestimmt die Motivationsarbeit als eine wesentliche Aufgabe des Vollzuges: „Alle Bediensteten der Justizvollzugsanstalt sind aufgerufen, bei drogenabhängigen Gefangenen die Bereitschaft zu wecken, sich mit der Suchtproblematik auseinander zu setzen“ (a.a.O., S. 299). In der „vertieften Motivationsarbeit“ in Einzel- und Gruppengesprächen soll es darum gehen, „realistische Alternativen zur Haft und mögliche Perspektiven für die Zeit nach der Haftentlassung aufzuzeigen und die individuellen und formalen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von adäquaten Maßnahmen zu schaffen“ (a.a.O., S. 300). Damit wird der Justizvollzug seiner Resozialisierungsaufgabe gerecht und „tut sich zudem selbst etwas Gutes“ – schließlich sind „positiv beeinflusste“ Gefangene im Vollzugsalltag leichter zu führen, und außerdem wird etwas gegen die übervollen Gefängnisse getan.

Für den Erfolg der Motivationsarbeit ist die Vollzugsgestaltung sehr wichtig: „Soziales Lernen, schulische und berufliche Maßnahmen, ggf. im Sinne einer Beschäftigungstherapie, sowie Sport und Freizeitangebote zielen auf die Förderung von Eigeninitiative und -verantwortung ab. Insofern kommt ihnen im Rahmen der Betreuung drogenabhängiger Gefangener besondere Bedeutung zu“ (ebd.). Gleiches gilt für Lockerungen, die den Strafvollzug maßgeblich bestimmen; der Erlass ermöglicht es nunmehr, Drogenabhängigen nach einer gründlichen Prüfung Vollzugslockerungen und Urlaub zu gewähren, soweit sie durch Urinkontrollen Abstinenz (bei Substituierten Abstinenz vom Beikonsum) nachweisen können.

Professionalisierung der Suchtberatung im Strafvollzug in NRW

Parallel zum Drogenerlass wurden im Justizministerialblatt „Richtlinien für die anstaltsinterne Suchtberatung“ veröffentlicht⁶. Jede Justizvollzugsanstalt hat eine solche Beratung aufzubauen, die fachlich und organisatorisch den Sozialarbeiter(inne)n und Sozialpädagog(inn)en des Sozialdienst zugeordnet ist. Zu ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehören aber auch Bedienstete anderer Fachdienste und des allgemeinen Vollzugsdienstes, die in der Suchtberatung ausgebildet worden sind (vgl. a.a.O., S. 303).

Die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der anstaltsinternen Suchtberatung werden detailliert beschrieben; u.a. gehören dazu:

- Suchtdiagnostik
- Motivation drogenabhängiger Gefangener, ambulante oder stationäre Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen, und Vermittlung solcher Hilfen⁷

6 Allgemeine Verfügung des Ministeriums für Inneres und Justiz vom 3. November 1998 (4550 – IV B. 65.2), in: Justizministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, 52. Jahrgang, Nr. 23, S. 302–304.

7 Die anstaltsinterne Suchtberatung ist befugt, zum Zwecke der Therapievermittlung selbstständig mit Therapieeinrichtungen, Rehabilitationsträgern, Gerichten und Strafvollstreckungsbehörden Verhandlungen zu führen.

- Konfrontation abhängiger Gefangener mit ihrer Abhängigkeit und Befähigung dazu, süchtige Verhaltensweisen zu erkennen, sie als Krankheit anzunehmen und ggf. Veränderungsmöglichkeiten und -strategien zu entwickeln
- Erarbeitung eines Behandlungsplans mit den Gefangenen
- Kooperation mit externen Suchtberatungsstellen, Therapiestellen und Kostenträgern
- Suchtprävention
- Vorbereitung der Substitutionsbehandlung (auch im Rahmen der Entlassungsvorbereitung) und psychosoziale Betreuung während der Substitution
- Durchführung allgemeiner Informationsveranstaltungen und Beratung der Anstaltsbediensteten
- Dokumentation, Statistik sowie Entwicklung von Verfahren zur Erfolgskontrolle.

Im Rahmen der Beratungstätigkeit besteht gegenüber dem Anstaltsleiter/der Anstaltsleiterin ein Schweigerecht, soweit Gefahren für Leib und Leben des Gefangenen oder Dritter nicht tangiert werden. Die konkreten Maßnahmen werden in einer Handakte zu jedem Betreuungsfall dokumentiert, welche fünf Jahre lang aufbewahrt werden muss (vgl. a.a.O., S.302-304).

DIE HIV-AMBULANZ IM JUSTIZVOLLZUGSKRANKENHAUS FRÖNDENBERG/NORDRHEIN-WESTFALEN

Christel Wedershoven

Entstehung einer HIV-Ambulanz „hinter Gittern“

Als Mitte der 80er Jahre auch im Justizvollzug HIV-Infektionen festgestellt wurden, standen viele Betreuer/innen einer vollzugsinternen medizinischen Versorgung von Gefangenen mit HIV/AIDS ablehnend gegenüber. Sie begründeten dies damit, dass HIV-Infizierte grundsätzlich aus der Haft entlassen werden sollten, die Anstaltsärzte und -ärztinnen überfordert seien, es keine freie Arztwahl gebe oder HIV-infizierte Gefangene diskriminiert würden.

Tatsächlich unterschied sich die medizinische Versorgung von Haftanstalt zu Haftanstalt. In manchen Anstalten waren Mediziner/innen nur zeitweise anwesend (z.B. Vertragsärzte/-ärztinnen). Die Kenntnisse über das Krankheitsbild waren unterschiedlich. Dass es keine freie Arztwahl gab, war ein Problem, auch für die Ärztinnen und Ärzte. Viele Gefangene mit HIV und ihre Betreuer/innen strebten in die örtlichen Spezialambulanzen. Akut Erkrankte, die man in das Justizkrankenhaus eingewiesen hatte, waren dort nicht bekannt, und wertvolle Zeit verstrich, ehe man das Vertrauen der Patient(inn)en gewonnen hatte. Bei Verlegung in andere Justizvollzugsanstalten war die Kontinuität der medizinischen Versorgung nicht sichergestellt, wenn sie bisher nur von externen Ambulanzen geleistet worden war.

In Zusammenarbeit mit der Medizinischen Poliklinik der Universität Münster entwickelte das Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg 1988 ein Modell für eine haftinterne HIV-Ambulanz mit integrativem Betreuungskonzept (Hübner 1991, Walger u.a. 1990) – dies auf der Grundlage von Erfahrungen, über die beide Institutionen in der Betreuung HIV-infizierter Drogenkonsument(inn)en bereits verfügten.

Wesentliche Aspekte des Modells:

- Der Justizvollzug erklärt sich grundsätzlich verantwortlich für eine adäquate medizinische Versorgung HIV-infizierter Gefangener.
- Der Anstoß für regelmäßige Untersuchungen, für Behandlungsmöglichkeiten und begleitende Maßnahmen muss aus dem Vollzugssystem selbst kommen – es muss die HIV-Patient(inn)en aus den verschiedenen Haftanstalten anfordern, dies auch nach Hinweisen von Betreuungspersonen, Rechtsanwält(inn)en oder Angehörigen; Wiedervorstellungstermine sind einzuhalten.
- Anzustreben ist eine enge Kooperation mit auswärtigen Expert(inn)en, die im Bedarfsfall in die Betreuung einbezogen werden.
- In Absprache mit den Patient(inn)en werden Kontakte zu den Angehörigen

vermittelt und das Krankheitsbild gegenüber Rechtsanwält(inn)en, Richter(inne)n und Staatsanwält(inn)en dargestellt.

- Wesentliches Ziel ist die Vorbereitung einer möglichst frühzeitigen Haftentlassung in möglichst stabile Lebensverhältnisse.

Arbeitsweise der HIV-Ambulanz

Zunächst genügt eine allgemeinmedizinische Vorgehensweise (nicht immer ist sofort Spezialistenwissen gefragt). Für die Zuweisung zu stationärer oder ambulanter Behandlung sind die Anstaltsärzte/-ärztinnen zuständig. Die Wiederanmeldung der Patient(inn)en erfolgt nach einem Terminplan, aber auch nach Hinweisen von AIDS-Hilfe-Mitarbeiter(inne)n, Angehörigen und Bediensteten der Justizvollzugsanstalten.

Für die HIV-Sprechstunde sind meist 30 bis 60 Minuten vorgesehen (bei Bedarf mehr). Für das Gespräch und die Untersuchung wird eine möglichst vertrauliche Atmosphäre angestrebt. Themen der Sprechstunde sind der Bedarf an gesundheitlicher Aufklärung, der soziale Hintergrund, frühere oder aktuelle Suchtprobleme und die vollzugliche Situation (absehbarer Haftverlauf, weitere Ermittlungen, Besonderheiten in der JVA) und vor allem die Perspektiven der Patient(inn)en im Hinblick auf Gesundheit (Prognose, künftige/r Hausarzt/-ärztin), psychosoziales (Kontakte zu Angehörigen, Partner[inne]n und Selbsthilfegruppen, Wohnung, finanzielle Stabilisierung, gegebenenfalls Rente), Suchtprophylaxe (Vermittlung in eine Langzeittherapie, hausärztlich begleitete Substitutionsbehandlung) und Justizvollzug (Kommunikation mit Rechtsanwält(inn)en, Richter(inne)n, Staatsanwält(inn)en, Initiativen zur Haftverkürzung, entsprechende Stellungnahmen).

Auch wenn sich die freie Arztwahl nicht verwirklichen lässt, so stehen durch die HIV-Ambulanz dennoch weitere ärztliche Ansprechpartner/innen zur Verfügung. Zu den üblichen Untersuchungsverfahren gehören die Erhebung der Krankengeschichte (einschließlich Risiko- und Drogenanamnese), die körperliche Untersuchung, technische Basisdiagnostik wie Ruhe-EKG, Röntgen der Lunge, Ultraschalluntersuchung, klinisches Labor, Infektionsserologie (Cytomegalie, Toxoplasmose, Hepatitis, Lues), Lymphozyten-Differenzierung und Bestimmung der HIV-Viruslast. Falls erforderlich, wird auch eine erweiterte Diagnostik durchgeführt, z.B. gezielte Erregerdiagnostik, Computertomographie, fachärztliche Beratung (gegebenenfalls auch mit auswärtigem stationärem Aufenthalt).

Daten zu HIV-infizierten Gefangenen

Schon lange war aufgefallen, dass bei vielen Patient(inn)en die HIV-Infektion mit ihren schwerwiegenden Folgen nur einen Teil einer komplexen Lebensproblematik darstellt. Mitte der 90er Jahre schließlich konnte hierzu eine Studie bei 70 Patient(inn)en der Fröndenberger HIV-Ambulanz durchgeführt werden (Wedershoven 1998). Einige Ergebnisse werden hier vorgestellt.

Inhaftierte HIV-Positive sind überwiegend etwas älter als 30 Jahre (Drogenkonsument(inn)en durchschnittlich 32,0 Jahre, andere 34,7 Jahre). Frauen mit HIV sind mit 11,4% im Vergleich zum Anteil weiblicher Gefangener in Nordrhein-Westfalen (ca. 5%) überrepräsentiert (Justizministerium NRW 1994).

Über Heimaufenthalte in der Kindheit berichteten 23,5% der Drogengebraucher/innen mit HIV und 36,8% der anderen Untersuchten. Ein Viertel der Drogenkonsument(inn)en und ein Drittel der Nichtkonsument(inn)en verfügten über keinen Hauptschulabschluss und haben damit vergleichsweise schlechte soziale Voraussetzungen (Heckmann u.a. 1993, MAGS 1993).

Die meisten der in dieser Studie untersuchten Drogengebraucher/innen zeigten mehrfache Konsummuster. Heroin, das in der Regel gespritzt wird, war bei annähernd 100% die Leitdroge. Fast alle Befragten hatten aber ebenso Erfahrungen mit intravenösem Kokainkonsum und mit Cannabis. Die Konsumdauer bei Cannabis betrug im Durchschnitt 18,1 und bei Opiaten (intravenös) 13,5 Jahre und lag damit deutlich höher als in anderen Studien über Drogenkonsument(inn)en (Heckmann u.a. 1993). Damit wird deutlich, dass HIV-Infizierte drogenabhängige Inhaftierte besonders lange, von den Problemen der Polytoxikomanie¹ gekennzeichnete Abhängigkeitsverläufe haben.

84% der Drogengebraucher/innen waren aufgrund eines Drogendelikts (etwa zur Hälfte Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz [BtMG] und zur Hälfte Delikte im Rahmen der Drogenbeschaffung) straffällig geworden. 21,1% der Nichtkonsument(inn)en waren wegen Verstößen gegen das BtMG verurteilt worden – ein Indikator für ihre Nähe zur Drogenszene.

Die HIV-infizierten Inhaftierten in Nordrhein-Westfalen kommen überwiegend aus dem Raum Köln/Düsseldorf und aus dem Ruhrgebiet (Lockemann u.a. 1995), Regionen mit einer relativ hohen HIV-Prävalenzrate.

Zwei Drittel der Drogen gebrauchenden Befragten und ein Drittel der Nichtkonsument(inn)en berichteten von zwei, einige sogar von drei Situationen, in denen sie ein HIV-Infektionsrisiko hatten. Etwa zwei Drittel der intravenös Konsumierenden mit heterosexuellem Risiko hatten ungeschützten Geschlechtsverkehr mit HIV-Infizierten, von denen wiederum zwei Drittel aus dem Drogenmilieu stammten. Ein Häftling hatte sich nachweislich Anfang der 90er Jahre im Gefängnis infiziert. Ein Drittel der Nichtkonsument(inn)en, die von heterosexuellem Infektionsrisiko berichteten, hatten sich im Drogenmilieu aufgehalten.

Die meisten der befragten Drogenkonsument(inn)en gaben Prädiktoren² für hochriskantes Verhalten beim Drogengebrauch, sprich: Verwendung nichtsteriler Spritzbestecke („Needle-Sharing“) an: intravenöser Konsum über lange Zeit, zeitweise auch Konsum von Kokain (intravenös) und anderer Drogen, lange Gesamthafzeit, ein hohes Maß an Alltagsstressoren (Kleiber/Pant 1996, Magura u.a. 1993).

50% der Drogengebraucher/innen und 58% der Nichtkonsument(inn)en erhielten ihre HIV-Erstdiagnose im Justizvollzug. Beachtenswert sind die Infektionsverläufe jener Patient(inn)en, bei denen fast zeitgleich mit der HIV-Diagno-

1 Polytoxikomanie = Gebrauch oder Abhängigkeit von mehreren Substanzen

2 Prädiktor = Variable (Veränderliche), die zur „Vorhersage“ von Werten einer anderen Veränderlichen dient

se auch die erste AIDS-definierende Krankheit auftrat. Dies war bei mehr als 40 % (n = 5) der Patient(inn)en (3 Drogengebraucher/innen, 2 Häftlinge aus Tuberkulose-Endemiegebieten) eine Tuberkulose (Brodth u.a. 1993). Bei immerhin 7 % der Patient(inn)en führte die Diagnose einer aktiven oder reaktiven Tuberkulose unmittelbar auch zur Diagnose der HIV-Infektion, während insgesamt 8,6 % aller Patient(inn)en einmal in ihrem Leben an einer Tuberkulose erkrankt waren.

Über zahlreiche, nicht direkt mit der HIV-Infektion zusammenhängende Krankheiten berichteten meist Drogen gebrauchende Inhaftierte, zum Teil aber auch Nichtkonsument(inn)en. Besondere Belastungen waren durchgemachte Hepatitis-Infektionen mit ihren Folgeerkrankungen (Seromarker für Hepatitis A 63 %, Hepatitis B 67 %, jeweils ohne signifikanten Unterschied bei Drogengebraucher[inne]n und Nichtkonsument[inne]n; Hepatitis C 20 % bei Nichtkonsument[inne]n und 88 % bei Konsument[inne]n), schwere Unfälle (17 %, z.B. Schädel- und/oder Wirbelkörperfrakturen) und frühere Suizidversuche (27 %).

Gefragt ist praxisorientiertes Handeln

Die in den Justizvollzugsanstalten betreuten HIV-Infizierten sind während ihres ganzen Lebens hohen Risiken psychischer Art (z.B. Heimaufenthalte, Suizidversuche, Isolation), sozialer Art (z.B. geringe Bildung, Arbeitslosigkeit, Straffälligkeit) und gesundheitlicher Art (z.B. Drogenabhängigkeit, HIV-Infektion und Folgeerkrankungen, andere Infektionskrankheiten) ausgesetzt gewesen. Eine HIV-Infektion dürfte angesichts der vielen anderen, oft überwältigenden Probleme für die praktische Bewältigung des Lebensalltags eher nachrangig sein. Eine vollzugsinterne HIV-Ambulanz kann sich daher nicht nur auf die medizinische Versorgung der betroffenen Gefangenen beschränken. Sie muss sich ebenso als Koordinationsstelle verstehen, die sich bei den zuständigen Justizbehörden für eine möglichst frühzeitige Haftentlassung einsetzt und Vorbereitungen für die Zeit nach der Haft trifft, z.B. durch Kontaktaufnahme zu kompetenten Ärzt(inn)en zwecks Fortsetzung bereits begonnener Behandlungen, durch Vermittlung in eine Entwöhnungstherapie oder Einstellung auf eine Dauersubstitution mit Methadon, durch Vermittlung von Wohnmöglichkeiten und die Kontaktaufnahme zu Angehörigen.

Literatur

Brodth u.a. 1993

Brodth, H.-R./Staszewski, S./Enzensberger, R./Keul, H.-G./Buhl, R./Hübner, K./Helm, E.B.: Epidemiologie der Tuberkulose bei Patienten mit HIV-Infektion der Universitätsklinik Frankfurt. In: *Med Klin*, 88, S. 279–286

Heckmann u.a. 1993

Heckmann, W./Püschel, A./Schmoldt, A./Schneider, V./Schulz-Schaeffer, W./Soellner, R./Zenker, Ch./Zenker, J.: Drogennot- und -todesfälle: Eine differen-

tielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen, Hamburg, Drogennotfälle in Bremen und Hamburg. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft 1993

Hübner 1991

Hübner, K.: Ein Krankenhaus für den Justizvollzug – Vier Jahre Erfahrungen mit einer neuen medizinischen Einrichtung des Landes NRW in Fröndenberg. In: *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 40, S. 88–100

Justizministerium NRW 1994

Justizministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, Referat für Rechtsinformation und Veröffentlichung (Hrsg.): *Justiz in Zahlen*. Düsseldorf: Eigenverlag 1994

Kleiber/Pant 1996

Kleiber, D./Pant, A. (1996): HIV – Needlesharing – Sex: Eine sozial-epidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. Drogenkonsumenten. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft 1996

Lockemann u.a. 1995

Lockemann, U./Wischhusen, F./Püschel, K.: Vergleich der HIV-1-Prävalenz bei Drogentodesfällen in Deutschland sowie in verschiedenen europäischen Großstädten (Stand: 31.12.1993). In: *AIFO*, 5, S. 253–256

Magura u.a. 1993

Magura, S./Kang, S.-Y./Shapiro, J./O'Day, J.: HIV-risk among women injecting drug users who are in jail. In: *Addiction*, 88, S. 1351–1360

MAGS 1993

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Abschlussbericht: Wissenschaftliches Erprobungsvorhaben medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen. Köln: WAZ-Druck Duisburg 1993

Walger u.a. 1990

Walger, P./Baumgart, G./Wilke, G./Kupfer, U./Dorst, K.G.: Die ambulante Betreuung HIV-Infizierter. In: *internist prax*, 30, S. 501–522

Wedershoven 1998

Wedershoven, C.: Katamnesen der HIV-Infektion bei drogenabhängigen und nichtdrogenabhängigen Inhaftierten im Vergleich im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen. Diss. Bonn (1998)

KONDOME UND GLEITMITTEL IN DEN HAFTANSTALTEN NORDRHEIN-WESTFALENS¹

Bevor in nordrhein-westfälischen Haftanstalten Kondome und wasserlösliche Gleitmittel für Inhaftierte zugänglich waren, vergingen einige Jahre. In jener Zeit gab es zu diesem Thema zahlreiche Diskussionen sowohl in den AIDS-Hilfen selbst als auch mit den Vertreter(inne)n der Haftanstalten und den Inhaftierten. 1995 schließlich wurde das Essener Pilotprojekt „Prävention unter Haftbedingungen“ gestartet. Sein erfolgreicher Abschluss veranlasste das Justizministerium Nordrhein-Westfalens im März 1998 zur Herausgabe eines Erlasses, in dem Prävention und Fortbildung zu originären Aufgaben der Justizvollzugsanstalten erklärt wurden, wofür auch entsprechende Mittel bereitgestellt wurden. Der Zugang zu Kondomen und wasserlöslichen Gleitmitteln, insbesondere der *freie und anonyme* Zugang, ist in vielen Haftanstalten allerdings auch heute noch keine Selbstverständlichkeit. Das Engagement möglichst vieler Menschen, die in unterschiedlichen Funktionen im Justizvollzug tätig sind, ist daher weiterhin gefragt: für eine vorurteilsfreie, pragmatische und umfassende Präventionsarbeit „hinter Gittern“.

Dieser Beitrag skizziert das Essener Pilotprojekt und gibt den „Kondom-Erlass“ im Wortlaut wieder. Außerdem wird anhand einiger Beispiele aufgezeigt, wie unterschiedlich der Erlass in die Praxis umgesetzt worden ist.

Pilotprojekt Essen – Prävention unter Haftbedingungen

Aus dem Bericht der STD/HIV-Beratung Gesundheitsamt Essen

In dem 1995 bis 1997 in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Essen durchgeführten Projekt sollten Kompetenzen für einen sach- und fachgerechten Umgang mit HIV/AIDS und den Infektionsrisiken entwickelt und erprobt werden. Das Projekt wurde von einer Arbeitsgruppe getragen, der Mitarbeiter/innen der JVA Essen, der AIDS-Hilfe, des Gesundheitsamtes und weiterer Drogenberatungsstellen Essens angehörten. Das Ziel war, den außerhalb der JVA üblichen Präventionsstandards auch unter Haftbedingungen Geltung zu verschaffen. Die Arbeitsgruppe hatte die Aufgabe, die speziellen Gesundheitsgefährdungen Inhaftierter zu beschreiben, die Notwendigkeit der HIV- und AIDS-Prävention genau zu

1 Der Beitrag basiert auf der Broschüre „Kondome und Gleitmittel im Alltag nordrhein-westfälischer Justizvollzugsanstalten“ der AIDS-Hilfe NRW. e.V. Der Wortlaut der inzwischen vergriffenen Broschüre ist im Internet unter <http://nrw.aidshilfe.de> zu finden.

begründen sowie geeignete Präventionsmaßnahmen zu konzipieren und umzusetzen.

Nach einer detaillierten Analyse der Bedingungen in der JVA Essen entwickelte die Arbeitsgruppe erste Ansätze zu einer verbesserten Infektionsprophylaxe. Während des zwölfmonatigen Erprobungszeitraums stellten die AIDS- und Drogenberatungsstellen der JVA Essen Kondome und wasserlösliche Gleitmittel zur Verfügung, die zusammen mit einem neu entworfenen Informationsblatt in allen Abteilungen des Männertrakts über leicht erreichbare Infotheken abgegeben wurden. Flankiert wurde die Maßnahme durch Info-Materialien für das Vollzugspersonal, die das Projekt und seine Ziele beschrieben und zu kritischer Begleitung aufforderten, sowie durch eine „Präventionssprechstunde“ der am Projekt beteiligten Beratungsstellen.

Der Erfolg des Projekts beruhte auf der Verknüpfung von Präventionsmaßnahmen mit entsprechenden Fortbildungsangeboten und einer zunehmend engeren Kooperation zwischen den JVA-Bediensteten und externen Beratungsstellen.

Der „Kondom-Erlass“ des NRW-Justizministeriums vom 11.3.1998 im Wortlaut

„Angesichts der durch ein Erprobungsvorhaben in der Justizvollzugsanstalt Essen gewonnenen Erkenntnisse sowie des Hinweises der Arbeitsgruppe zur Drogenproblematik im Justizvollzug, dass die Verfügbarkeit von Kondomen im Strafvollzug notwendig sei und das Angebot verbessert werden müsse, bitte ich zur Infektionsverhütung allen Gefangenen im geschlossenen Männervollzug (einschließlich Jugendvollzug) Kondome und wasserlösliche Gleitmittel zu Lasten des Justizhaushaltes zur Verfügung zu stellen. Die Kosten der Beschaffung sind bei Kapitel 04 050 Titel 522 60 UT.2 zu verbuchen.

Ich bitte darauf hinzuwirken, dass die Kondome und Gleitmittel an geeigneten Stellen der Anstalten, an denen ein unbemerkter Zugriff gewährleistet ist, zur Entnahme ausgelegt werden. Es empfiehlt sich, den Kondomen und Gleitmitteln Informationsblätter zur Benutzung beizufügen, die bei der örtlichen AIDS-Hilfe bezogen werden können. Ggf. kann auch die Justizvollzugsanstalt Essen ein Muster der dort entwickelten Informationsschrift zur Verfügung stellen. Nach Möglichkeit sollte auch die Ausgabe von Kondomen und Gleitmitteln zum Anlass genommen werden, für Gefangene und Bedienstete eine begleitende Information und Aufklärung durchzuführen, in die das örtliche Gesundheitsamt und die AIDS-Hilfen und Drogenberatungsstellen einbezogen werden sollten. Die Zur-Verfügung-Stellung von Kondomen und Gleitmitteln darf aber nicht von der Durchführung derartiger Informations- und Aufklärungsmaßnahmen abhängig gemacht werden.“

Haftanstalten nach dem Kondom-Erlass – ausgewählte Beispiele

Die folgenden Beispiele basieren auf Interviews, die im Auftrag der AIDS-Hilfe NRW e.V. mit Verantwortlichen der einzelnen Justizvollzugsanstalten geführt wurden, um zu erfahren, wie sie die Umsetzung des Kondom-Erlasses in ihrer JVA beurteilen.

JVA Köln-Ossendorf: „Offen und aufgeklärt“

Vom Kondom-Erlass, der in der JVA Köln-Ossendorf ohne Wenn und Aber umgesetzt worden sei, profitierten etwa 1.200 Gefangene. Kondome seien in der JVA allerdings schon lange vorher, nämlich seit Beginn der AIDS-Ära Mitte der 80er Jahre verfügbar gewesen. Die Anstaltsleitung habe sich gegenüber Themen wie Sexualität und HIV/AIDS in Haft schon immer sehr aufgeschlossen gezeigt und Kondome als ein Mittel zur Gesundheitsvorsorge gewertet, weshalb sie sich bis heute zu deren Beschaffung verpflichtet fühle. Gefangene hätten schon früh die Möglichkeit gehabt, sich bei den Mitarbeiter(inne)n der Fachdienste Kondome und wasserlösliche Gleitmittel zu besorgen.

Nach dem Kondom-Erlass seien an zwei zentralen Stellen – im Vorzimmer zum Sanitätsdienst und an der Wand einer großen Halle mit Zugängen zu allen Flügeln des Gefängnisses – Holzkästen installiert und mit Kondomen sowie wasserlöslichen Gleitmitteln bestückt worden. Jeder Gefangene, der sich zur täglichen Freistunde, zu den Werkhallen, Besuchsräumen oder Sportstätten begeben, passiere die Halle und damit auch den „Automaten“. Ob von einem „anonymen Zugriff“ auf die Prophylaxemittel gesprochen werden könne, sei allerdings fraglich, da die Gefangenen meist in Gruppen durch die Halle gingen. Unbefriedigend sei außerdem, dass die Kondom- und Gleitmittelvergabe nicht in ein Gesamtkonzept der HIV-Prävention eingebettet ist, das Information und Aufklärung einschließt.

Sozialtherapeutische Anstalt Gelsenkirchen: „Unterstützung der sexuellen Identität“

Die Anstalt bereitet Gefangene, die aufgrund komplexer psychischer und sozialer Beeinträchtigungen straffällig geworden sind, auf die Entlassung vor. Durch eine sozialtherapeutische Behandlung soll Rückfällen vorgebeugt werden. Heute befinden sich in der Anstalt mehr Sexualstraftäter als in früheren Jahren, was der Umsetzung des Kondom-Erlasses einen besonderen Stellenwert verleiht.

Vor der Herausgabe des Kondom-Erlasses habe es an Geld für die Beschaffung von Kondomen und wasserlöslichen Gleitmitteln gemangelt, und falls welche verfügbar waren, sei kein anonymer Zugriff möglich gewesen. Die Gefangenen hätten sich geniert, den Sanitätsdienst anzusprechen, weshalb der Kondomverbrauch minimal gewesen sei. Die Versorgung der Anstalt sei durch Externe –

z.B. die AIDS-Hilfen oder Freigänger – erfolgt und nur sporadisch gelungen. Seit es den Erlass gebe, komme es nicht mehr zu Engpässen, und der anonyme Zugriff sei sichergestellt. Im Gemeinschaftsduschraum, der von jedem Gefangenen jederzeit aufgesucht werden könne, sei ein Regal angebracht worden, das regelmäßig mit Kondomen und wasserlöslichen Gleitmitteln bestückt werde. Der Kondomverbrauch habe sich bei ca. 20 Stück pro Monat eingependelt.

Die Maßnahme sei ein Signal, das die Gefangenen bei der sexuellen Identitätsfindung unterstütze. Hier gebe es teilweise erhebliche Defizite. Eine umfassende Aufklärungsarbeit, unterstützt durch die örtliche AIDS-Hilfe, könne hier helfen.

JVA Bochum: „Kein Bedarf erkennbar“

Das Thema „AIDS-Prävention in Haft“ werde überbewertet und von Außenstehenden hochgespielt. Der Kondom-Erlass sei unnötig, denn der Alltag sehe anders aus.

Kondome seien in der Anstalt schon seit 15 Jahren beim ambulanten Dienst und beim Kaufmann erhältlich und könnten dort abgeholt werden. Infolge des Kondom-Erlasses sei die Wirtschaftsverwaltung erneut angewiesen worden, Kondome und Gleitmittel in ausreichender Menge zu besorgen. Deren Verfügbarkeit sei beileibe kein Geheimnis, denn die Häftlinge seien durch die Gefangenenezeitung und eine Lautsprecherdurchsage entsprechend informiert worden. Trotzdem seien innerhalb von 15 Jahren nur zwei Kondome abgegeben worden. Angesichts dessen sei es wenig sinnvoll, dem Beispiel anderer Anstalten zu folgen und Automaten aufzuhängen. Auch in Zukunft würden Kondome und Gleitmittel nur über das Anstaltspersonal erhältlich sein. Die hohen Abgriffszahlen, die aus anderen Anstalten nach Anbringen von Automaten berichtet wurden, seien entweder maßlos übertrieben oder ein Hinweis auf ausgiebigen Missbrauch. Ein wirklicher Bedarf sei nicht erkennbar.

JVA Gelsenkirchen: „In jeder Abteilung eine Infothek“

So hochmodern wie die Anstalt, so fortschrittlich werde auch die HIV- und Hepatitis-Prophylaxe gehandhabt. Nach Herausgabe des Kondom-Erlasses sei in jeder der 21 Abteilungen eine Infothek aufgestellt worden. Alle Infotheken seien bestückt mit Kondomen und wasserlöslichen Gleitmitteln sowie einer großen Auswahl an Informationsmaterialien rund um die Gesundheitsvorsorge, zum Teil auch in türkischer Sprache. Ihre Standorte seien verschieden; viele befänden sich in den Freizeiträumen, die von den Gefangenen mehrmals täglich aufgesucht werden könnten – der anonyme Zugang sei somit gewährleistet. Zuständig für die Bestückung sei ein Vertreter der Gefangenen-Mitverantwortung, denn in Gelsenkirchen werde großer Wert darauf gelegt, die Inhaftierten in Maßnahmen der JVA einzubeziehen. Im Zeitraum März bis Dezember 1999 seien pro Monat 120 Kondome abgegeben worden. Ein Inhaftierter, der das Projekt betreut, schätzt den aktuellen Verbrauch auf ca. 70 Kondome pro Monat.

EXTERNE BERATUNG FÜR GEFANGENE MIT DROGENPROBLEMEN IN BAYERISCHEN JUSTIZVOLLZUGSANSTALTEN

Heinrich Kűfner und Esther Beloch

Ausgangslage

Probleme mit legalen und illegalen Drogen in ihrer Haftsituation sind für die betroffenen Gefangenen und für die Mitarbeiter/innen der Justizvollzugsanstalten eine erhebliche Belastung. Andererseits bietet die Haft auch eine gute Möglichkeit, mit den Betroffenen Kontakt aufzunehmen, das Suchtproblem anzusprechen und einer Bearbeitung zuzuführen. Wie hoch in Deutschland der Anteil der Gefangenen ist, die substanzbedingte Störungen aufweisen, ist nicht genau bekannt. Er wird auf 20 % bis 50 % geschätzt, teilweise auch höher. Allein diese Größenordnung macht aber deutlich, dass zusätzlich zu allen Ansätzen für eine Behandlung außerhalb der Anstalten (z.B. „Therapie statt Strafe“ bei Drogenabhängigen) das Angebot einer qualifizierten Beratung und Behandlung während des Haftaufenthalts notwendig ist. Dabei geht es einerseits um die Verkürzung der Strafzeit und die damit verbundenen organisatorischen und therapeutischen Aspekte (Vermittlung in eine Therapieeinrichtung, Vorbereitung auf eine Therapie), andererseits um die Bearbeitung der eigenen Problematik in der Justizvollzugsanstalt unter den dort gegebenen Bedingungen (z.B. Umgang mit psychischen Belastungen der Haftsituation, mit Entzugserscheinungen und Rückfallrisiken). Die haftinternen Sozialdienste sind stärker der Justizvollzugsanstalt verpflichtet als externe Sozialdienste und können deshalb nur schwer das für die Arbeit mit Inhaftierten erforderliche Vertrauensverhältnis aufbauen. Berater/innen von externen Beratungsstellen haben daher bessere Ausgangsbedingungen für die Betreuung von Häftlingen mit Suchtproblemen.

Das Modellprojekt

Vor diesem Hintergrund initiierte das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit das Modellprojekt „Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtkgefährdete und suchtkranke Gefangene in bayerischen Gefängnissen“, für das folgende Teilziele formuliert wurden:

1. In jeder Justizvollzugsanstalt Bayerns sollen Inhaftierte mit Alkohol- und Drogenproblemen durch Mitarbeiter/innen einer externen psychosozialen Beratungsstelle betreut werden.
2. Alle Betreuungstätigkeiten sollen dokumentiert werden.

3. Die Auswirkungen der Betreuung bzw. Beratung auf die Betroffenen und sekundär auch auf die JVA werden evaluiert.
4. Aufgrund der Erfahrungen der Mitarbeiter/innen in den Beratungsstellen und den Ergebnissen der Evaluation werden Standards bzw. Leitlinien für die Betreuung Alkohol- und Drogenabhängiger in Justizvollzugsanstalten entwickelt
5. Die Mitarbeiter/innen sollen durch Fortbildungsveranstaltungen über neue fachliche Entwicklungen informiert werden, um die Betreuung weiterzuentwickeln.

Entsprechend diesen Zielen wurden für die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts laut Untersuchungsplan folgende Aufgaben formuliert:

- Umfassende Klientendokumentation zur Beschreibung der Ausgangsproblematik, des Beratungsverlaufs und des Beratungserfolgs
- Erfassung der Organisationsstrukturen für die externe Beratung in der JVA und deren Einschätzung des Modellprojekts
- Erfassung der Beratungskonzepte und der Arbeitsbedingungen der externen Suchtberater
- Förderung der Mitarbeiterkompetenz durch Fortbildungsveranstaltungen
- Entwicklung von Leitlinien für die externe Suchtberatung.

In diesem Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse der externen Suchtberatung zu Beratungszielen, Beratungsverlauf, Berater-Klient-Beziehung und Behandlungserfolg dargestellt.

Methoden

In die Untersuchung waren 33 der 37 bayerischen Justizvollzugsanstalten einbezogen. Die vier nicht beteiligten Anstalten hatten wegen zu geringer Häftlingszahl keinen Bedarf an einer Drogenberatung gemeldet; ihre Gefangenen wurden bei Bedarf von anderen Anstalten mitbetreut. Die Suchtberatung wurde von insgesamt 46 Berater(inne)n durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte von Juni 1997 bis September 1998 bei allen neu aufgenommenen Klient(inn)en zu Beginn und am Ende der Beratung.

Die verschiedenen Erhebungsbogen wurden teilweise von den Suchtberater(inne)n und teilweise von den Klient(inn)en selbst beantwortet (siehe Kufner u.a. 2000). Außerdem wurden in einer 14-tägigen Phase alle Tätigkeiten der Suchtberater/innen hinsichtlich Art und Zeitumfang dokumentiert.

Klientenstichprobe

Für diesen Beitrag wurden nur jene Klient(inn)en ausgewählt, die Probleme mit illegalen Drogen als Hauptgrund für die Kontaktaufnahme mit der externen

Suchtberatung angegeben hatten und deren Betreuung im Erhebungszeitraum abgeschlossen werden konnte. Außerdem wurden nur Klient(inn)en von jenen Berater(inne)n einbezogen, deren Ausschöpfungsquote mindestens 60 % betrug. Auf diese Weise ergab sich eine Stichprobe von 1.315 Klient(inn)en mit Drogenproblemen. Davon waren 85,7 % Männer und 14,3 % Frauen. Von den Männern hatten 35 % einmal und 65 % mehrfach Kontakt mit den Berater(inne)n, von den Frauen nahmen dagegen 44,4 % einmal und 55,6 % mehrfach eine Beratung in Anspruch.

Auswertung

Die Fragebogen wurden explorativ ausgewertet, das heißt, es wurden nicht im Vorhinein Hypothesen aufgestellt und dann anhand der Daten überprüft, sondern es wurde nach empirisch gestützten Zusammenhängen gesucht. Da es sich praktisch um eine Vollerhebung handelt, ergeben sich theoretisch keine Probleme der Stichprobenziehung. Allerdings waren die Ausschöpfungsquoten bei einigen Erhebungsbogen sehr niedrig, sodass bei der Bewertung und Interpretation Selektionseffekte bedacht werden sollten.

Ergebnisse

Beratungsziele

Die Ziele der Beratung wurden durch die Klienten selbst und durch die Berater/innen – im Einzelfall hinsichtlich der gleichen Problembereiche – beurteilt. Zunächst erfolgt die Darstellung von Zielen bei drogenabhängigen Männern, danach ein Vergleich der Beratungsziele von Klienten und Berater(inne)n und schließlich ein Vergleich der Ziele von drogenabhängigen Männern und Frauen.

Männer mit Drogenproblemen

Die am häufigsten von Inhaftierten mit Drogenproblemen genannten Beratungsziele waren neben „Therapievermittlung statt Strafe“ (74,4 %) und „Therapievorbereitung“ (79,3 %) der Umgang mit den eigenen Suchtproblemen (79,3 %) sowie mit psychischen (52,6 %) und verschiedenen sozialen Problemen (58 %).

Im Vergleich zu Männern mit Alkoholproblemen gaben Männer mit Drogenproblemen signifikant häufiger die Ziele „Therapievorbereitung“ und „Therapie statt Strafe“ an. Klienten mit Alkoholproblemen nannten dagegen häufiger Ziele, die psychische Probleme, Partnerschaftsprobleme sowie den Umgang mit Aggression betreffen.

BeraterInnen

Je nachdem, ob es sich um Gefangene in Untersuchungshaft oder um Strafgefangene handelte, gaben die Berater/innen unterschiedliche Ziele an. Bei U-Häftlingen wurden Ziele im Bereich „Probleme mit den Eltern“ (U-Haft 16,1%, Strafhaft 8,9%; $p = .011$) und „Therapie statt Strafe“ (U-Haft 65,9%, Strafhaft 53,2%; $p = .002$) häufiger genannt, bei Strafgefangenen dagegen Ziele im Bereich „Entlassungsvorbereitung“ (U-Haft 17,4%, Strafhaft 34,7%; $p = .000$).

Ob mit Blick auf den Drogenkonsum das Ziel der Abstinenz im Vordergrund stand – wie in der Entwöhnungsbehandlung meist üblich – oder ein reduzierter bzw. kontrollierter Drogenkonsum mit Schadensminimierung, blieb ungeklärt.

Vergleich der Berater- und Klientenziele

In den Bereichen Hafterleichterung, Umgang mit Suchtproblemen, Therapievorbereitung und Therapiemotivation stimmten die Zieleinschätzungen der Berater/innen mit denen der Klienten weitgehend überein. Bei allen anderen Zielen hatten die Klienten offensichtlich höhere Erwartungen als die Berater/innen. Diese Unterschiede sind signifikant (Abbildung 1). Bei den folgenden Zielen zeigten sich Unterschiede in über 40% der Fälle:

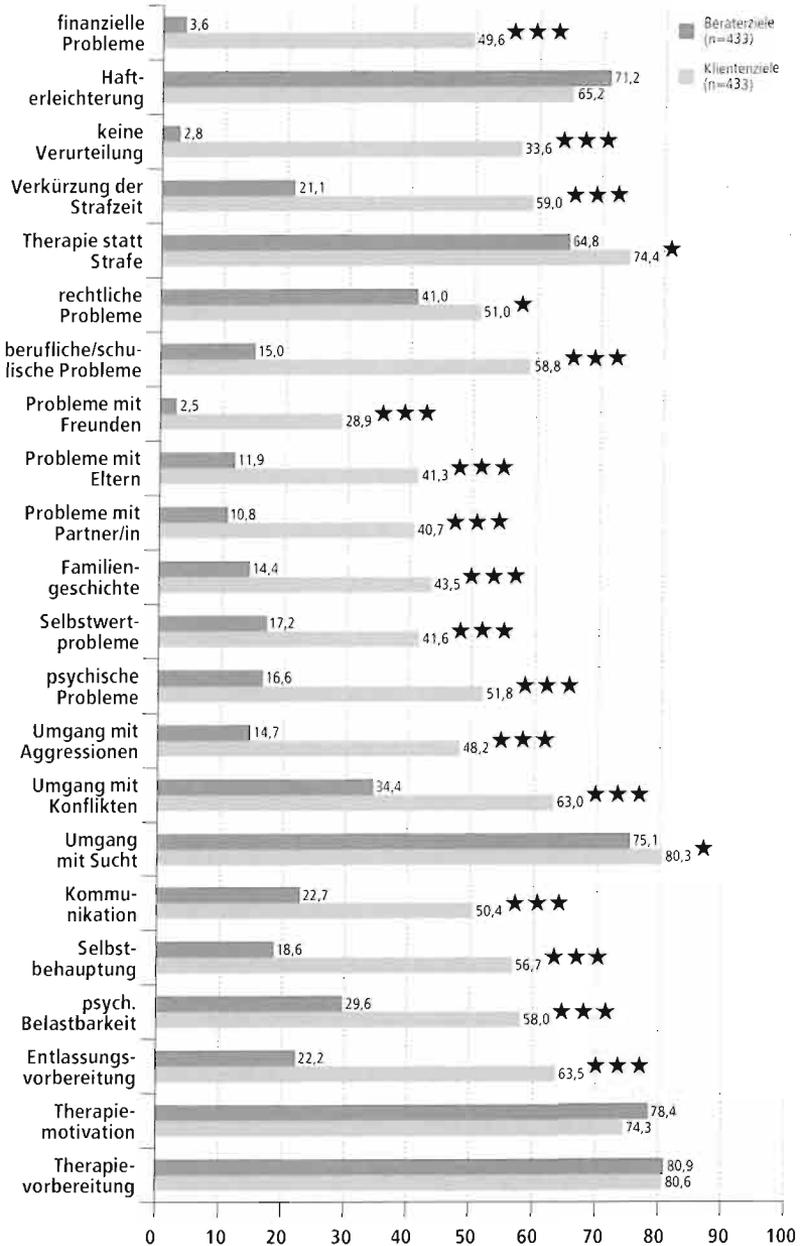
	<i>Klienten</i>	<i>BeraterInnen</i>
Lösung finanzieller Probleme:	50 %	3,5 %
Lösung beruflicher/schulischer Probleme:	58,1 %	15,3 %
Selbstbehaftung:	56,8 %	15,3 %

Interpretation und Folgerung

Bei der Einschätzung der Therapieziele zeigten sich erhebliche Diskrepanzen zwischen Klienten und Berater(inne)n – ähnlich wie zwischen Berater(inne)n und Gefangenen mit Alkoholproblemen. Die gemeinsame Klärung der Ziele und ihrer Erreichbarkeit ist ein zentrales Anliegen vor allem in der ersten Phase des Beratungsprozesses.

Entsprechend den unterschiedlichen Zielen, die Männer mit Alkohol- und Männer mit Drogenproblemen genannt haben, sollte sich die Beratung in beiden Gruppen unterscheiden. Bei den Männern mit Drogenproblemen sollte die Weitervermittlung stärker im Vordergrund stehen, bei den Alkoholabhängigen gilt es vor allem, Hilfen für die Bearbeitung psychischer Probleme anzubieten (mangelndes Selbstwertgefühl, Partnerschaftsprobleme, Aggression usw.). Im Rahmen der Qualitätssicherung sollte überprüft werden, ob diese Unterschiede auch der klinischen Erfahrung entsprechen und welche Folgen sich für den Beratungsprozess ergeben. So kann beispielsweise gefragt werden, ob ein/e Mitarbeiter/in fähig ist, sich in gleichem Maße auf die Belange von Klient(innen) beider Gruppen einzustellen.

Abbildung 1 Ziele der Berater/innen und der Drogen gebrauchenden Klienten



Vergleich der Beratungsziele bei Männern und Frauen mit Drogenproblemen

Im Allgemeinen geht man davon aus, dass Frauen für Beratung und Psychotherapie aufgeschlossener sind als Männer. Mit dieser Untersuchung lässt sich diese Annahme nicht bestätigen, wenn man die Häufigkeit, mit der die Klient(inn)-en selbst Beratungsziele nannten, zum Maßstab nimmt. Die männlichen und weiblichen Gefangenen haben insgesamt etwa gleich häufig Beratungsziele genannt. Das Ziel „Therapie statt Strafe“ wurde von den Männern signifikant häufiger angeführt als von den Frauen. Bei den anderen Zielen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Die Berater/innen nannten dagegen zahlreiche Beratungsziele (16 von 19) signifikant häufiger für Frauen als für Männer (im Übrigen gaben sowohl die weiblichen als auch die männlichen Klienten 19 von 22 Beratungszielen häufiger an als die Berater/innen). Zur Bewertung dieser Unterschiede in den Beratungszielen ist die unterschiedliche Belastung von Männern und Frauen durch Probleme und Symptome zu berücksichtigen. Weibliche Gefangene sind durch psychische Symptome und Probleme¹ stärker belastet als männliche Gefangene. Beide Gruppen liegen mit ihren Werten über den Belastungswerten der Standardisierungsstichprobe.

Interpretation und Folgerung

Vergleicht man die Ergebnisse zu Beratungszielen bei Männern und Frauen mit Drogenproblemen, so lässt das darauf schließen, dass die Berater/innen das Vorhandensein von Zielen vor allem bei Männern unterschätzen. Andererseits entspricht die seltenere Nennung von Zielen bei den Männern der im Vergleich zu den Frauen geringeren Belastung durch psychische Probleme und Symptome.

Beratungsverlauf

Männer mit Drogenproblemen

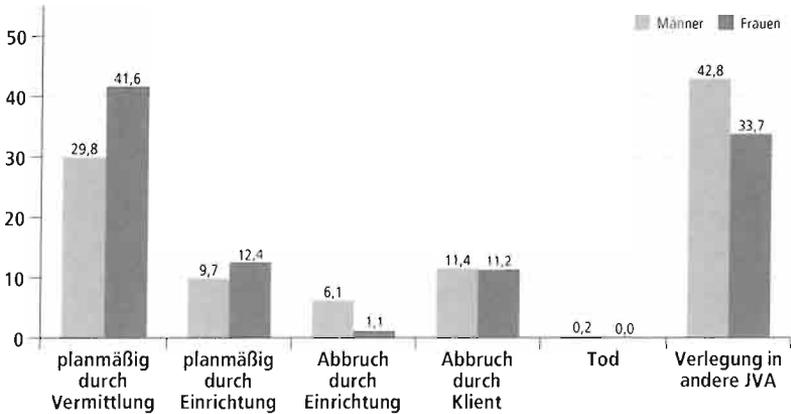
68,6% der männlichen Klienten – nach Abzug der in andere Anstalten verlegten – haben die Beratung regulär beendet. Damit ist die Haltequote bei Männern mit Drogenproblemen höher als bei Männern mit Alkoholproblemen (55%). Bei stationär behandelten Drogenabhängigen beträgt die Haltequote durchschnittlich 30,9% (Küfner et al. 2000); bei ambulanten Behandelten ohne Substitution dürfte die Abbruchquote deutlich höher sein.

Die Beratung für Männer mit Drogenproblemen umfasste im Durchschnitt einen Zeitraum von 112,5 Tagen. Die Strafhaftlinge waren 19,5 Tage länger in Beratung als die U-Häftlinge. Bei männlichen Klienten weicht der Beratungszeitraum von Fall zu Fall stark voneinander ab, so dass der Mittelwert die Verteilung der Beratungszeiträume nur unzureichend wiedergibt. Gut 10% der Klienten waren bis zu 4 Wochen, etwa 40% über vier Monate in der Beratung.

1 erfasst mit SCL90-R

Neben den Beratungsgesprächen als Basishilfe für alle Ziele und Aufgaben stand bei den meisten Klienten die Therapievermittlung im Vordergrund. Praktische Hilfe, z.B. bei Antragstellungen, nahmen ebenfalls breiten Raum ein. Beistand vor Gericht oder bei der Polizei wurde signifikant häufiger den Klienten in Untersuchungshaft als jenen in Strafhaft gewährt (29% gegenüber 12,7%).

Abbildung 2: Art der Beendigung und Weitervermittlung



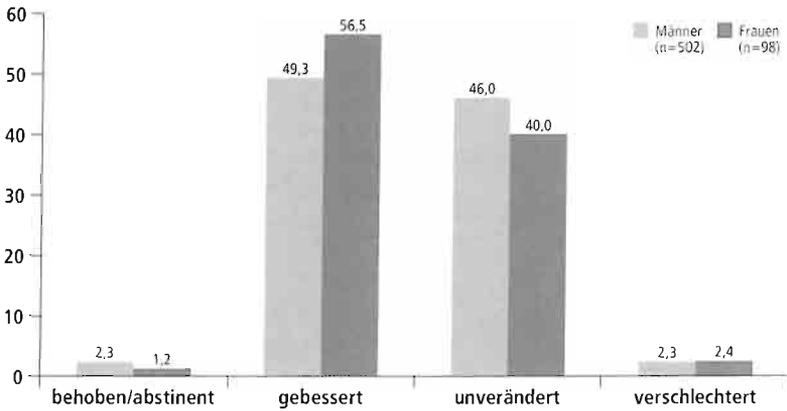
Nach Angaben der Berater/innen vollzogen sich die meisten positiven Veränderungen beim Gesundheitszustand (mit Ausnahme bei psychosomatischen und psychischen Störungen) und bei Problemen in außerfamiliären sozialen Beziehungen. 25,3% wurden mit oder ohne Bewährung entlassen. 26,7% kamen nach § 35 in eine Entwöhnungsbehandlung, bei 26,1% blieb die rechtliche Situation unverändert. Bei den übrigen Veränderungen der Rechtssituation handelte es sich z.B. um Abschiebung oder Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik. Die Beziehungen zu Angehörigen wiesen bei einem beträchtlichen Prozentsatz der Klienten positive Veränderungen auf (24,5% in U-Haft, 25,5% in Strafhaft); nur in wenigen Fällen kam es zu einer Verschlechterung. Dennoch ist festzuhalten, dass bei jeweils über 60% der Klienten keine Änderungen zu verzeichnen waren.

Interpretation und Folgerung

Selbst wenn man davon ausgeht, dass nur die Hälfte dieser Klienten in einzelnen Problembereichen behandlungsbedürftig ist, ergibt sich für die Zeit nach der Entlassung aus der Haft ein hoher Behandlungsbedarf.

Bemerkenswert ist, dass die Gesamtsituation bei männlichen Drogenklienten in U-Haft annähernd gleich häufig als „verbessert“ oder „voll stabil“ eingeschätzt wurde wie bei jenen in Strafhaft (48,5% gegenüber 54,7%). Verschlechterungen ergaben sich bei 2,9% in U-Haft und 1,4% in Strafhaft. Trotz kürzerer Beratungsdauer hatten U-Häftlinge mehr Beratungskontakte als Strafgefangene und hatten damit die kürzere Behandlungsdauer ausgeglichen.

Abbildung 3: Beurteilung der Symptomatik –



Reguläre und vorzeitige Beendigung der Beratung

Wie zu erwarten, wiesen Klienten mit Drogenproblemen, welche die Beratung regulär beendeten, durchgehend häufiger positive Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen auf als jene, die sie vorzeitig beendeten. Sie hatten auch häufiger Beratungstermine und erhielten weitere unterstützende Maßnahmen.

Interpretation und Folgerung

Auch wenn daraus nicht auf eine Ursache-Wirkung-Beziehung geschlossen werden darf, sollte man der Frage nachgehen, ob zumindest bei einem Teil derer, die vorzeitig aus der Beratung ausschieden (was in der Regel mit einem ungünstigeren Beratungsergebnis verbunden ist), dies durch häufigere Kontakte oder bestimmte Unterstützungsmaßnahmen hätte verhindert werden können.

Bei regulärer Beendigung der Beratung erfolgten meist konkrete Hilfen und weniger Maßnahmen, bei denen psychotherapeutische Aspekte im Mittelpunkt stehen. Dies weist darauf hin, dass praktische Hilfen eher zu einem erfolgreichen Abschluss der Beratung beitragen als psychotherapeutische Maßnahmen.

Abstinenzzuversicht und Beratungserfolg

Der Begriff „Abstinenzzuversicht“ bezeichnet das Vertrauen in die Fähigkeit, den eigenen Drogenkonsum kontrollieren zu können. Die Abstinenzzuversicht steht für verschiedene Klientengruppen in einem signifikanten Zusammenhang mit Erfolgskriterien der Bereiche Wohnsituation, finanzielle Situation (nur Frauen), allgemeiner Gesundheitszustand, psychosomatische Störungen und psychische Störungen.

Interpretation und Folgerung

Der Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Erfolgskriterien ist zwar schwach, erscheint aber ausreichend, um daraus zu folgern, dass im Beratungsprozess der Stärkung der Abstinenzzuversicht eine wichtige Rolle zukommt (signifikante Korrelationen zwischen 0,19 und 0,37 je nach Störung, Küfner u.a. 2000).

Tabelle 1: Nutzen der Beratung bei Männern und Frauen mit Drogenproblemen - Einschätzung der Berater/innen

Beratungsziele	Männer				Frauen				Signifik. p*-Wert
	sehr hilfreich		überhaupt nicht hilfreich		sehr hilfreich		überhaupt nicht hilfreich		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Therapievorbereitung	373	75,7	19	3,9	71	82,6	3	3,5	.353
Therapiemotivation	366	70,2	18	3,5	67	79,8	4	4,8	.097
Vorbereitung der Entlassung	154	61,4	15	6,0	40	71,4	4	7,1	.256
Erhöhung der psychischen Belastbarkeit	98	33,3	19	6,5	56	5,7	1	1,4	.000
Selbstbehauptung	64	28,8	20	9,0	24	58,5	1	2,4	.001
Kommunikationsfähigkeit	104	41,4	13	5,2	19	52,8	1	2,8	.407
Umgang mit Sucht	300	57,9	14	2,7	58	69,0	6	7,1	.005
Umgang mit Konflikten	139	42,4	22	6,7	58	77,3	1	1,3	.000
Umgang mit Aggressionen	39	18,6	25	11,9	17	36,2	1	0,1	.009
psychische Probleme	56	27,5	29	14,2	28	57,1	2	4,1	.000
Selbstwertprobleme	48	21,2	22	9,7	21	52,5	1	2,5	.000
Bearbeitung der Familiengeschichte	55	25,6	38	17,7	27	55,1	3	6,1	.000
Probleme mit Partner/in	60	34,3	23	13,1	17	50,0	5	14,7	.160
Probleme mit Eltern	58	28,2	35	17,0	17	44,7	2	5,3	.052
Probleme mit Freund(innen)	16	13,1	17	13,9	7	43,8	3	18,8	.005
berufliche Probleme	49	23,0	42	19,7	6	21,4	5	17,9	.941
rechtliche Probleme	243	62,3	30	7,7	38	59,4	5	7,8	.896
Therapie statt Strafe	251	64,4	46	11,8	46	70,8	10	15,4	.181
Verkürzung der Strafzeit	122	57,0	29	13,6	28	71,8	5	12,8	.164
keine Verurteilung	13	22,4	23	39,7	2	33,3	2	33,3	.834
Erleichterung d. Haftzeit	419	83,6	5	1,0	84	94,4	-	-	.029
finanzielle Probleme	5	4,7	46	43,4	-	-	-	-	.014

*Chi²-Test

Nutzen der Maßnahmen

Männer und Frauen mit Drogenproblemen

Den Nutzen der Beratung bei männlichen und weiblichen Gefangenen schätzten die Berater/innen sehr unterschiedlich ein (Tabelle 1). Eine erfolgreiche Beratung scheint bei Männern schwieriger zu sein als bei Frauen (signifikante Unterschiede der Nutzenbeurteilung bei 10 von 22 Beratungszielen). Lediglich bei

dem Ziel „Erhöhung der Belastbarkeit“ schätzten die Berater/innen ihre Hilfe für die Männer als nützlicher ein.

Bei 19 Beratungszielen wurde die Beratung von den Klientinnen als hilfreicher eingeschätzt als von den männlichen Klienten (bei sechs statistisch signifikant, s. Tabelle 2), bei drei Zielen war dies umgekehrt. Bemerkenswert dabei ist, dass nur bei dem Ziel „Erhöhung der psychischen Belastbarkeit“ die Männer die Beratung signifikant häufiger als sehr hilfreich beurteilten als die Frauen (33,3 % gegenüber 5,7 %). Dies entspricht auch der oben genannten Beurteilung durch die Berater/innen.

Tabelle 2: Nutzen der Beratung – Einschätzung der Männer und Frauen mit Drogenproblemen

Beratungsziele	Männer				Frauen				Signifik. p*-Wert
	sehr hilfreich		überhaupt nicht hilfreich		sehr hilfreich		überhaupt nicht hilfreich		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Therapievorbereitung	195	95,1	1	0,5	49	98,0	-	-	.307
Therapiemotivation	162	81,0	3	1,5	43	91,5	-	-	.274
Vorbereitung auf Entlassung	88	66,7	8	6,1	29	93,5	-	-	.018
Erhöhung der psychischen Belastbarkeit	68	47,2	9	6,3	24	72,7	-	-	.053
Selbstbehauptung	53	42,7	17	13,7	17	54,8	-	-	.147
Kommunikationsfähigkeit	64	49,6	14	10,9	16	61,5	-	-	.261
Umgang mit Sucht	163	76,9	5	0,4	35	77,8	1	16,7	.997
Umgang mit Konflikten	62	43,4	9	6,3	25	75,8	-	-	.007
Umgang mit Aggressionen	47	38,5	17	13,9	11	45,8	1	4,2	.428
psychische Probleme	51	44,3	14	12,2	21	72,4	1	3,4	.044
Selbstwertprobleme	37	34,6	14	13,1	12	52,2	1	4,3	.344
Bearbeitung der Familiengeschichte	49	45,8	21	9,6	20	8,8	3	8,8	.048
Probleme mit Partner/in	33	37,9	15	17,2	13	56,5	3	13,0	.404
Probleme mit Eltern	38	38,8	16	16,3	15	51,7	2	6,9	.214
Probleme mit Freund(inn)en	19	27,5	19	27,5	5	29,4	2	11,8	.568
berufliche Probleme	42	41,6	22	21,8	8	38,1	2	9,5	.412
rechtliche Probleme	96	69,6	11	8,0	21	84,0	1	4,0	.204
Therapie statt Strafe	149	81,9	9	4,9	38	100,0	-	-	.045
Verkürzung der Strafzeit	77	68,8	13	11,6	12	70,6	1	5,9	.167
keine Verurteilung	13	26,5	24	49,0	4	80,0	1	20,0	.061
Erleichterung d. Haftzeit	177	85,5	6	2,9	46	95,8	-	-	.222
finanzielle Probleme	12	17,4	25	36,2	1	7,7	2	15,4	.215

*Chi²-Test

Interpretation und Folgerung

Die insgesamt positivere Beurteilung der Beratung für Frauen kann damit erklärt werden, dass die Belastung durch Probleme und Symptome bei Frauen stärker ausgeprägt ist und daher die Beratung als stärker entlastend beurteilt wird.

Männer mit Alkoholproblemen und Männer mit Drogenproblemen

Die Berater/innen schätzten den Nutzen der Beratung für das Erreichen von fünf Beratungszielen bei Männern mit Alkoholproblemen signifikant geringer ein als bei Männern mit Drogenproblemen. Nur hinsichtlich der Lösung von Problemen mit Freunden wurde der Nutzen der Beratung für Männer mit Alkoholproblemen als signifikant größer beurteilt. Die Unterschiede (z.B. bei den Zielen Haftverleicherung, Lösung rechtlicher Probleme, Therapiemotivation) entsprechen im Wesentlichen auch der unterschiedlichen Situation der beiden Klientengruppen; so stehen Gefangene mit Drogenproblemen z.B. häufiger vor rechtlichen Schwierigkeiten als alkoholabhängige Gefangene.

Auch wenn für beide Gruppen die Vorbereitung auf die Zeit nach der Haft im Vordergrund stand, wurde der Nutzen der Beratung für die entsprechenden Ziele von den Männern mit Drogenproblemen insgesamt positiver beurteilt. Bei Männern mit Alkoholproblemen hatten psychologische Ziele – z.B. Umgang mit Aggressionen oder die Lösung von Problemen mit Freund(inn)en – größere Bedeutung, was zum Teil erklären könnte, weshalb die hierauf gerichtete Beratung bei dieser Gruppe als nützlicher beurteilt wurde als bei Männern mit Drogenproblemen. Diese wiederum schätzten die Hilfe bei rechtlichen Problemen und zur Erreichung von „Therapie statt Strafe“ als nützlicher ein als Männer mit Alkoholproblemen.

Beurteilung der Beratungsdauer

Drei Viertel der Klient(inn)en erachteten die Beratungsdauer als angemessen, wobei zu berücksichtigen ist, dass es sich vermutlich um eine Auswahl eher zufriedener Klient(inn)en handelt. Etwa 20 % der Befragten, und hier besonders jene mit Alkoholproblemen, schätzten die Beratungsdauer als zu gering ein. Anzunehmen ist, dass eine als angemessen empfundene Beratungsdauer mit einem höheren Beratungserfolg zusammenhängt.

Berater-Klient-Beziehung

Die Berater-Klient-Beziehung wurde mit einem Fragebogen für die Berater/innen und einen für die Klient(inn)en erfasst (Ballser u.a. 1995). In diesem Beitrag stellen wir nur die Einschätzungen der Klient(inn)en dar. In Tabelle 3 werden einzelne Merkmale der Therapeut-Klient-Beziehung mit verschiedenen Erfolgskriterien des EuropASI² in Beziehung gesetzt.

2 EuropASI = European Addiction Severity Index; ein europaweit einheitliches Instrument für die diagnostische Evaluation und die Bewertung von Veränderungen und Behandlungserfolgen bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit

Männer mit Drogenproblemen

Insgesamt betrachtet ist der Zusammenhang zwischen Merkmalen der Berater-Klient-Beziehung und Erfolgskriterien (beurteilt durch die Berater/innen am Ende der Beratung) in acht Bereichen sehr niedrig. Am häufigsten ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Merkmal „gute Beziehung zum Berater“ und fünf von acht Erfolgskriterien (zwischen $r = .16$ und $r = .25$).

Frauen mit Drogenproblemen

Frauen mit Drogenproblemen beurteilen die Berater-Klient-Beziehung insgesamt positiver als Männer mit Drogenproblemen.

Tabelle 3: Korrelativer Zusammenhang¹ zwischen Berater-Klient-Verhältnis und Erfolgskriterien bei Männern mit Drogenproblemen

Berater-Klient-Verhältnis	Partnerbeziehung	Beziehung zur Familie	soziales Netz	allg. Gesundheitszustand	rechtliche Situation	finanzielle Situation	Wohnsituation	Arbeits- und Ausbildungssituation
Berater/in hilft	-,102	-,160*	-,111	-,103	-,039	-,001	-,118	,024
Berater/in kann Problembewältigung absehen	-,056	-,017	-,120	-,031	-,128*	-,150*	-,096	,020
Ich kann mich auf Berater/in verlassen	-,181*	-,041	-,116	,066	-,067	-,107	-,156	,009
Berater/in versteht mich	-,085	-,047	-,056	,176*	-,065	-,076	-,068	,008
Selbständigkeit	-,038	-,048	-,123	,113	-,102	-,064	-,012	-,200**
gute Beziehung zu Berater/in	-,165*	-,089	-,162	,047	-,121*	-,212**	-,247**	-,158*
Berater/in ist engagiert	-,155*	-,058	-,148*	-,107	-,157**	-,050	-,157	-,018
Berater/in denkt ähnlich wie ich	-,143	-,194**	-,155*	,025	-,065	,031	-,021	,001
Gesamtskala Berater-Klient-Verhältnis	-,158*	-,101	-,104	,053	-,087	-,078	-,121	,003
Gesamtskala Erfolg	-,031	-,098	-,069	,062	-,049	-,038	,009	,000

¹ Spearman-Rho; nur Beziehungscharakteristika mit signifikanten Zusammenhängen

* 5%-Signifikanzniveau

** 01%-Signifikanzniveau

Vergleich: Männer mit Alkoholproblemen und Männer mit Drogenproblemen

Klienten mit Alkoholproblemen schätzten ihre Beziehung zum/zur Berater/in durchweg besser ein als Klienten mit Drogenproblemen. Bei Ersteren zeigten sich allerdings weniger signifikante Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der Berater-Klient-Beziehung und den Erfolgskriterien. Bei Klienten mit Drogenproblemen korrelierte die „gute Beziehung zum Berater“ am häufigsten mit Erfolgskriterien, bei Klienten mit Alkoholproblemen korrelierten hingegen die Merkmale „Selbständigkeit“ und „sich auf den/die Berater/in verlassen können“ am häufigsten mit Erfolgskriterien (Küfner u.a. 2000).

Folgerungen

1. Die externe Suchtberatung ist insgesamt erfolgreich, wobei der Erfolg bei Frauen höher ist als bei Männern. Dies wurde durch eine Reihe von Ergebnissen belegt. Für die Zeit nach der Beratung liegen allerdings keine Daten vor.
2. Die Justizvollzugsanstalten beurteilen die Kooperation mit den externen Suchtberater(inne)n insgesamt als positiv und schätzen deren Arbeit als erfolgreich ein. Die Fach- und Dienstaufsicht durch die Beratungsstellen hat sich bewährt.
3. Die Gewichtung der Beratungsziele ist bei Klient(inn)en mit Alkoholproblemen anders als bei Klient(inn)en mit Drogenproblemen. Diese Unterschiede sollten von den Berater(inne)n diskutiert und in den jeweiligen Beratungskonzepten stärker berücksichtigt werden.
4. Die Beratung scheint besser auf Klient(inn)en mit Drogenproblemen als auf Klient(inn)en mit Alkoholproblemen eingestellt zu sein. Diskutiert werden sollten vor allem die Konzepte für die Beratung von Alkoholklient(inn)en in Untersuchungshaft, um besser auf ihre Belange eingehen zu können. Berater/innen, die sowohl Gefangene mit Alkoholproblemen als auch Gefangene mit Drogenproblemen betreuen, sollten die Unterschiede zwischen den beiden Klientengruppen im Auge behalten.
5. Wegen der großen Belastung und der unklaren Lebenssituation von Klient(inn)en in Untersuchungshaft sollten bei ihnen Wartezeiten so weit als möglich vermieden werden.
6. Die Bedeutung der Suchtdiagnose für die Beratungsarbeit wird unterschätzt und sollte daher ein Thema weiterer Fortbildungsmaßnahmen sein.
7. Durch die Förderung der Zuversicht, den eigenen Drogenkonsum kontrollieren zu können, lässt sich die Wahrscheinlichkeit eines Beratungserfolgs erhöhen. Deshalb sollten die Berater/innen regelmäßig auf dieses Thema zurückkommen.
8. Eine vorzeitige Beendigung der Beratung sollte so weit als möglich vermieden werden. Eine längerfristige Beratung bringt in der Regel einen größeren Beratungserfolg.
9. Zur Vermeidung von Abbrüchen, vor allem in der Anfangsphase der Beratung, sollten die Beratungsgespräche möglichst wöchentlich stattfinden.

10. Die Entwicklung einer guten Berater-Klient-Beziehung ist eine Basis für den Beratungserfolg, insbesondere bei Klient(inn)en mit Drogenproblemen, reicht aber allein nicht aus.
11. Die Ziele, die Berater/innen für ihre Klient(inn)en benennen, sollten über die Therapievermittlung hinausgehen. Dies gilt besonders bei Alkoholklient(inn)en in Untersuchungshaft.
12. Wie viele der Häftlinge mit Alkohol- oder Drogenproblemen durch die externe Suchtberatung tatsächlich erreicht werden, lässt sich nur durch eine separate Untersuchung der Prävalenz von Substanzabhängigkeit erfassen.
13. Um eine kontinuierliche Beratung zu gewährleisten, sollte eine Verlegung von Klient(inn)en in andere Haftanstalten so weit als möglich vermieden werden.

Literatur

Küfner u.a. 2000

Küfner, H./Beloch, E./Scharfenberg, C.D./Türk, D.: Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren 2000

PERSPEKTIVEN

EUROPÄISCHES NETZWERK ZUR DROGEN- UND AIDS-HILFE IM STRAFVOLLZUG

Francesca Ambrosini

Im Januar 1995 wurde das Europäische Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug (ENDHASP) mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Union (EU) von Cranstoun Drug Services¹ gegründet.

Bereits 1994 hatte Cranstoun Drug Services eine ebenfalls durch die EU geförderte Studie zur Verbreitung des Drogenkonsums in Gefängnissen der EU-Länder durchgeführt. Außerdem wurde eine Dokumentation über Institutionen erstellt, die in Gefängnissen Drogenhilfe anbieten. Die Ergebnisse dieses Projekts wurden auf einer Tagung mit Teilnehmer(inne)n aus EU-Mitgliedsstaaten präsentiert, die sich Cranstouns Forderung anschlossen, die EU solle ein Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug finanzieren.

Die beiden wichtigsten Ziele des Netzwerks:

- Es soll zur Gewährleistung einer effektiveren Drogen- und AIDS-Hilfe in allen europäischen Gefängnissen beitragen – dies durch Sammeln und Verbreiten von Fachpublikationen.
- Es soll eine Plattform bieten für Diskussionen und Informationsaustausch.

Zurzeit verfügen wir über mehr als 3.000 Kontakte in alle Länder der Europäischen Union.

Um weitere Ziele zu bestimmen und die Kommunikation innerhalb des Netzwerks zu verbessern, wurden verschiedene Wege eingeschlagen:

- Herausgabe der Broschüre „Connections“, die pro Jahr zweimal erscheint und derzeit in fünf Sprachen übersetzt wird
- Zusammenarbeit der Netzwerk-Mitarbeiter/innen
- Veranstaltung von Konferenzen
- Durchführung von regionalen, durch das Netzwerk organisierten Meetings
- Förderung und Erleichterung von Austauschprogrammen

Darüber hinaus werden, unterstützt durch unsere Kontakte, verschiedene Forschungsprojekte im Rahmen der Arbeit in Gefängnissen durchgeführt. Neben den durch unser Netzwerk organisierten Veranstaltungen nehmen wir auch an Veranstaltungen anderer Organisationen teil.

Inzwischen verfügt ENDHASP über einen umfangreichen Fundus an Informationen und Fachwissen. Der Erfolg unserer Arbeit liegt darin begründet,

¹ Londoner Einrichtung mit Hilfsangeboten für Drogengebraucher/innen

- dass wir alle im Strafvollzug Tätigen – unabhängig davon, auf welcher Ebene und in welchem Bereich sie beschäftigt sind – willkommen heißen und uns über ihre Mitarbeit freuen.
- dass wir unseren Mitgliedern nicht vorschreiben, wie die Arbeit mit Gefangenen, die Drogen nehmen und/oder HIV-positiv sind, auszusehen hat.

ENDHASP hat Kontakte zu Ministerien, Gefängnisdirektionen, Gesundheitsbehörden, Bewährungshilfen, Wachdiensten und Vereinen, insbesondere zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ihrem Health in Prison Project, zum Europarat, zur Europäischen Beobachtungsstelle für Drogenkoordination (EMCDDA) und zum „Phare“-Programm der EU für technische Maßnahmen zur Reduktion der Drogennachfrage (siehe Hren in diesem Band).

Das ENDHASP folgt keiner bestimmten Philosophie, sondern bemüht sich um Sensibilität im Umgang mit den jeweiligen vollzuglichen Gegebenheiten in den Ländern Europas.

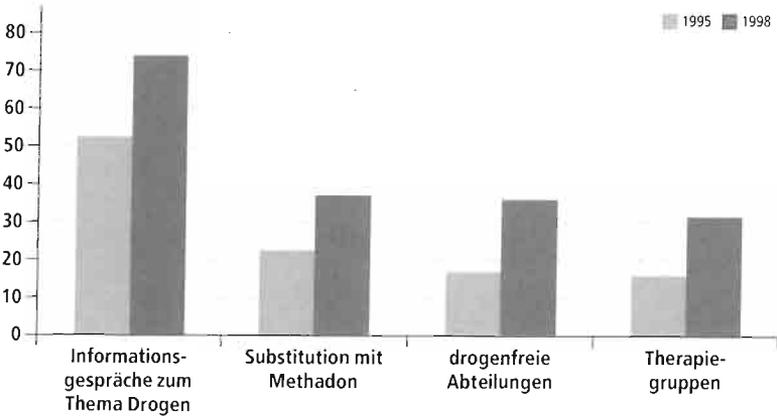
Betätigungsfelder des ENDHASP

Entwicklung der Drogen- und HIV/AIDS-Hilfe im Strafvollzug zwischen 1995 und 1998

An die 1994 durchgeführte Studie (siehe oben) schlossen wir 1998 eine Befragung an, durch die wir erfahren wollten, wie sich der Drogenkonsum und die Angebote der Drogenhilfe in den Gefängnissen der EU-Länder inzwischen entwickelt hatten. Verwendet wurde ein Fragebogen, den wir an alle Gefängnisdirektionen in der EU sendeten. Der Prozentsatz des verwertbaren Rücklaufs war zwar relativ gering und je nach Land sehr unterschiedlich; teilweise war auch erkennbar, dass die Angaben nicht ganz der Wirklichkeit entsprachen. Trotzdem dürfte der positive Trend, den die Befragung erbrachte, zutreffend sein, wird er doch auch durch die Fachliteratur untermauert.

Ergebnisse der 1998 durchgeführten Befragung

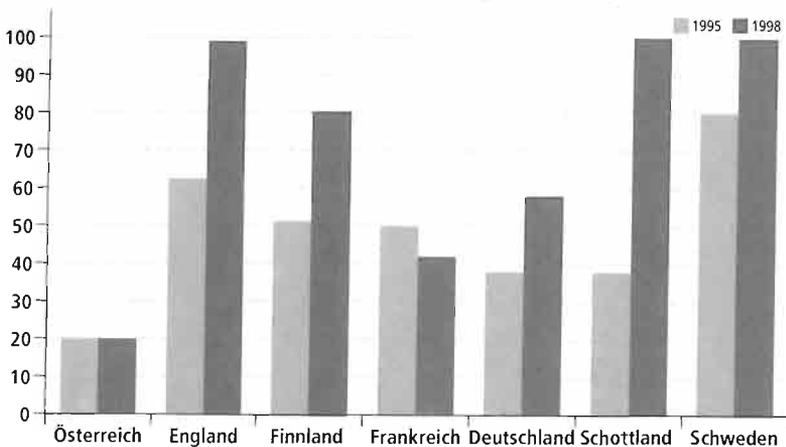
Abb. 1: Anteil der Gefängnisse in den Ländern Europas mit verschiedenen Angeboten für Drogenkonsument(inn)en



Die Zahl der Gefängnisse, in denen Drogenberatung angeboten wird, ist seit 1995 zwar gestiegen. Trotzdem ist dieses Angebot – sieht man von allgemeinen Informationen zum Drogengebrauch einmal ab – im europäischen Strafvollzug noch eine Seltenheit, obwohl bekannt ist, dass ein großer Teil der Inhaftierten Drogen konsumiert (hat). Unsere Untersuchung erbrachte, dass 46 % der Neuzugänge Konsument(inn)en illegalisierter Drogen waren.

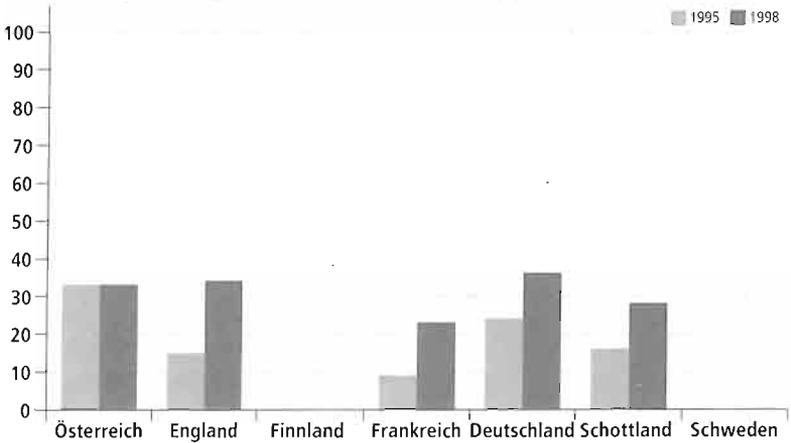
Die folgenden Abbildungen zeigen nur jene Länder, in denen mindestens 10 % der Haftanstalten unseren Fragebogen ausgefüllt an uns zurückgesandt haben.

Abb. 2: Informationsgespräche zum Thema Drogen in Gefängnissen



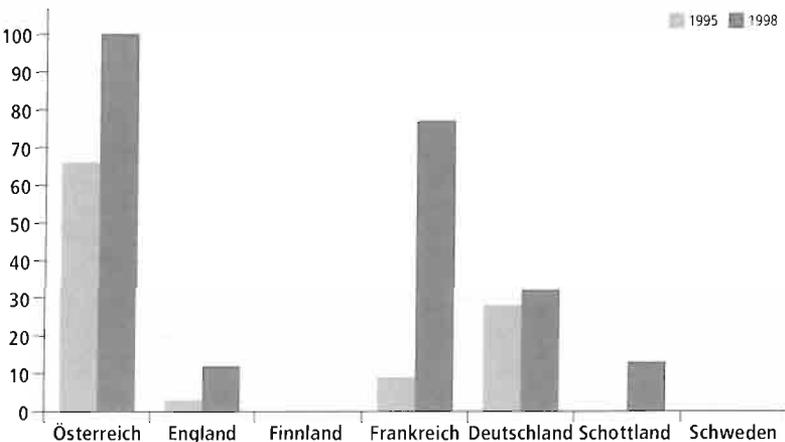
In den Gefängnissen Schottlands, Englands und Schwedens ist das Angebot von Informationsgesprächen im offiziellen Vollzugsplan ausgewiesen, was zumindest teilweise die hohen Prozentsätze erklärt. Das Angebot wird unterstützt durch Broschüren und Videofilme sowie durch Präsentationen durch geschultes Personal. Von den hier genannten Ländern verfügte nur Deutschland (Niedersachsen) über ein haftinternes Spritzenvergabeprojekt. Ein solches Angebot gibt es allerdings auch in Spanien.

Abb. 3: Drogenentzug mittels Methadon in Gefängnissen



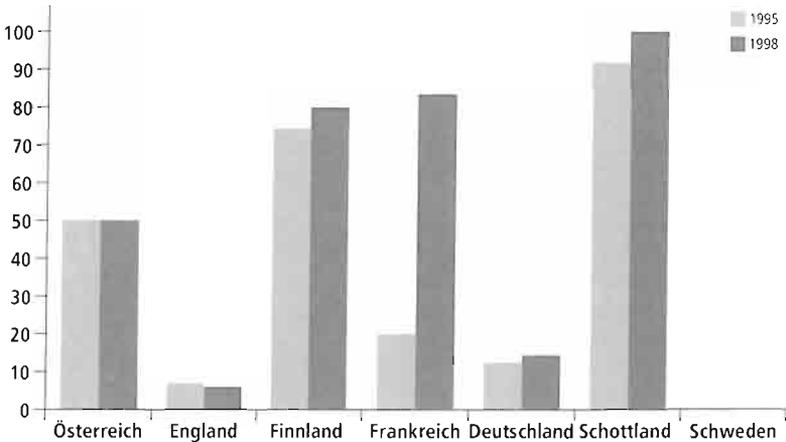
Finnland und Schweden sind bis dato strikt gegen jegliche Maßnahme zur Erleichterung des Drogenentzugs.

Abb. 4: Substitutionsbehandlung mittels Methadon in Gefängnissen



Besonders hervorzuheben ist der starke Anstieg der Methadonsubstitution in Österreich und Frankreich. Einen ähnlichen Anstieg erbrachten die Daten aus Spanien. In Katalonien (Spanien) konnte die Zahl der intravenös konsumierenden Häftlinge durch eine tägliche Mindestdosis von 60 mg Methadon gesenkt werden (dies gelang im Übrigen auch in New South Wales, Australien).

Abb. 9: Verfügbarkeit von Haushaltsbleiche (Bleach) zur Spritzen-Desinfektion



Die Abbildung zeigt, dass man in Schweden auch Maßnahmen zur Risikominderung (harm reduction) beim Drogengebrauch konstant ablehnt. Finnland indes stellt Bleach zur Desinfektion zur Verfügung – mit steigender Tendenz.

Nun zu den abstinenzbezogenen Maßnahmen. Die Ausrichtung des Strafvollzugs auf Kontrolle und Sicherheit bringt es mit sich, dass dort dem Abstinenzansatz eindeutig der Vorzug gegeben wird. Zu erwarten ist, dass immer mehr Gefängnisse drogenfreie Zonen einrichten sowie Abstinenztherapien und andere drogenfreie Behandlungsmethoden anbieten, statt sich nur auf die Methadonsubstitution oder die Spritzenvergabe zu beschränken.

Trotz der unterschiedlichen Strafvollzugssysteme in Europa und der Abweichungen innerhalb der einzelnen Länder lässt sich dennoch folgendes Gesamtbild skizzieren: Seit 1995 haben Drogenhilfe-Angebote für inhaftierte Drogenkonsument(inn)en rapide zugenommen (Ausnahme: Spritzenvergabe). Diese Entwicklung spiegelt – zeitlich verzögert – die Entwicklung außerhalb der Gefängnisse wider. Aufgrund der hohen Anzahl Inhaftierter, die illegalisierte Drogen konsumieren, ist der Bedarf an solchen Maßnahmen allerdings weitaus höher als das Angebot. Die Versorgung dieser Gefangenen ist damit nach wie vor unzureichend.

Das Prinzip der Gleichwertigkeit

Das ENDHASP hat außerdem einen Bericht mit dem Titel „Eine Frage der Gleichwertigkeit“ veröffentlicht, der sich mit der Anwendung internationaler Richtlinien zum Umgang mit der HIV-Infektion und den von ihr betroffenen Häftlingen in den Gefängnissen der EU befasst. Dieser internationale Wegweiser für Häftlinge bringt das Prinzip der „Gleichwertigkeit“ zum Ausdruck: Menschen in Haft haben das gleiche Recht auf Gesundheitsvorsorge, Hilfe und psychosoziale Unterstützung wie andere Menschen auch. Dieses Prinzip findet zunehmende Beachtung in Großbritannien, und zwar auch bei der allgemeinen Drogenpolitik im Strafvollzug.

Für den Bericht sammelte das Netzwerk Informationen von allen 15 EU-Mitgliedstaaten, wobei Spanien, Österreich, Griechenland und Irland besucht wurden. Die Auswertung ergab:

- Die internationalen Richtlinien werden in den verschiedenen EU-Mitgliedstaaten unterschiedlich angewendet.
- Dem Grundsatz, gesundheitsförderliche Angebote im Strafvollzug müssen den gleichen Standard haben wie jene „draußen“, wird im Allgemeinen nicht entsprochen.
- Vielen Empfehlungen der WHO zum Umgang mit HIV und AIDS in Gefängnissen wird noch nicht Folge geleistet.

Die Ergebnisse der Untersuchung veranlassten uns, Empfehlungen zur Durchsetzung der internationalen Richtlinien zu formulieren. Sie beziehen sich auf drei Schwerpunktbereiche:

- *Zukunft des Gleichheitsprinzips*: Empfohlen wurde, die Richtlinien neu zu verfassen, um den je unterschiedlichen Bedingungen der Haftanstalten besser Rechnung tragen zu können.
- *Frauen und Migrant(innen) in Haft*: Für alle Häftlingsgruppen sollen die gleichen Richtlinien gelten.
- *Informationsaustausch*: Um den innereuropäischen Informations- und Erfahrungsaustausch zu intensivieren, ist das Netzwerk kontinuierlich auszubauen. Dabei sollen auch andere Krankheiten in den Blick genommen werden.

Strafvollzug & Drogen 1998: europäische Empfehlungen

Das ENDHASP veranstaltete zwei regionale Konferenzen (Oldenburg/Deutschland, Marseilles/Frankreich) mit dem Titel „Gefängnis & Drogen 1998“. Ihr Ziel war es, Empfehlungen zum Umgang mit Drogen in Haftanstalten zu entwickeln, Standards zu setzen und den Informationsaustausch zu festigen. Thematisiert wurden Strategien zur Schadensminderung, drogenfreie Behandlungsmethoden, Spritzenvergabe, spezifische Unterstützung für Frauen und junge Häftlinge. Die 160 Teilnehmer/innen – vertreten waren alle EU-Staaten sowie die USA, Kanada, die Schweiz und Rumänien – bildeten einen Quer-

schnitt aus allen Bereichen des Strafvollzugs und den damit verbundenen Einrichtungen.

Im Folgenden die auf den beiden Konferenzen ausgearbeiteten allgemeinen Empfehlungen:

- *Die Wirksamkeit und Glaubwürdigkeit von Alternativen zur Haft müssen gesteigert werden, um mehr Akzeptanz – auch und gerade in der Gesellschaft – zu finden.*

Immer mehr Länder interessieren sich für den Aufbau von Sozialdiensten für Drogenkonsument(inn)en, deren Leistungen sinnvoller und kostengünstiger sind als eine Inhaftierung. Solche Sozialdienste wären besonders geeignet für weibliche Straffällige mit Kindern.

- *Ein Großteil der Drogenhilfe-Angebote sollte für Häftlinge nutzbar gemacht werden, wobei der Bedarf und die individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen sind.*

Dies erfordert eine Analyse des örtlichen Bedarfs sowie der Bedürfnisse der Häftlinge – am besten unter deren Einbeziehung. Gebraucht werden Informationen zu den Drogengebrauchsmustern vor Ort, zu den Merkmalen der Häftlinge, zur Länge der Haft sowie zu den verfügbaren Angeboten in der jeweiligen Region.

- *Die haftinternen Angebote der Drogenhilfe und Gesundheitsversorgung sollen die gleiche Qualität haben wie entsprechende Angebote außerhalb der Gefängnisse.*

Diese Empfehlung stimmt überein mit der des Europarates² und mit den 1993 im Rahmen des „Global Programme on AIDS“ veröffentlichten Richtlinien der WHO zu HIV-Infektionen und AIDS in Gefängnissen.

- *Gewährleistet werden sollte die Fortsetzung der Behandlung nach Haftantritt und nach Haftentlassung. Dies erfordert enge Kooperationen zwischen den Strafanstalten und den externen Einrichtungen.*

Forschungsergebnisse aus den USA belegen den Nutzen einer geplanten, gut strukturierten Vorbereitung der Haftentlassung. Die hierbei entwickelten Motivationen können durch die Rückkehr in das altgewohnte Umfeld allerdings schnell wieder verloren gehen.

- *Die Teilnahme an Behandlungsprogrammen für Drogenkonsument(inn)en sollte freiwillig sein.*

Auf Inhaftierte darf kein Druck ausgeübt werden, an Behandlungsprogrammen teilzunehmen. Denn Unmotivierte können auf andere Teilnehmer/innen einen ungünstigen Einfluss ausüben und die Bemühungen des Personals

2 Europarat, Ministerkomitee: Empfehlung Nr. R (98) 7 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten über die ethischen und organisatorischen Aspekte der gesundheitlichen Versorgung in Vollzugsanstalten (angenommen vom Ministerkomitee am 8. April 1998 auf der 627. Sitzung der Ministerbeauftragten)

zunichte machen. Hilfreich indes kann eine in Aussicht gestellte Belohnung sein. Sie sollte allerdings nicht der einzige Grund für eine Teilnahme sein. Hier gilt es, gangbare Wege zu finden, denn eine Belohnung in Form verbesserter Haftbedingungen kann möglicherweise zum Drogenkonsum ermutigen.

- *Das Gefängnispersonal, die Häftlinge und die MitarbeiterInnen aus externen Einrichtungen sollten geschult werden.*

Das Schulungsangebot sollte möglichst genau auf den Bedarf und die Bedürfnisse der NutzerInnen zugeschnitten sein, die durch eine entsprechende Erhebung in Erfahrung gebracht werden können. Zugleich sollten jene Inhalte festgeschrieben werden, die zum festen Programm gehören. Das Personal und die Häftlinge sollten in jedem Fall über allgemeine Kenntnisse zum Thema Gesundheit verfügen. Darüber hinaus sollte die Haftanstalt spezielle Schulungen anbieten und die Gefangenen zu deren Nutzung motivieren. Das Personal sollte dazu ermutigt werden, sich zu Themen der Drogen- und AIDS-Hilfe weiterzubilden. Dafür sollten ausreichend Zeit und Ressourcen zur Verfügung stehen. Die auch in Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen angebotenen Schulungen sollten es ermöglichen, die durch die Haftanstalt gesetzten Standards zu erreichen.

- *Die Arbeit der Drogen- und AIDS-Hilfe in Gefängnissen sollte dokumentiert und ausgewertet werden.*

Die Dokumentation und Auswertung der Arbeit dient dazu, deren Wirksamkeit zu überprüfen. Auf diese Weise lassen sich die am besten geeigneten Methoden bestimmen, was zu einer Verbesserung des bisherigen Ansatzes führen kann. Die Dokumentation und Auswertung der Arbeit erfordert die Mitarbeit und das Feedback der Häftlinge sowie aller anderen Beteiligten.

EUROPÄISCHES NETZWERK ZUR HIV- UND HEPATITISPRÄVENION IM JUSTIZVOLLZUG

Caren Weilandt

1995 hat das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD, Bonn) gemeinsam mit der Observation Repinal de la Santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur (O.R.S., Marseille) ein Projekt initiiert, das zur Gründung eines internationalen Netzwerks zur Prävention von HIV und Hepatitis im Justizvollzug geführt hat. Dieses Netzwerk wird seitdem von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften und nationalen Institutionen gefördert. In der ersten Projektphase waren außer Deutschland und Frankreich die Niederlande, Italien, Großbritannien und Schweden dabei. Seit 1997 sind alle 15 EU-Staaten Mitglied des Netzwerks.

Die Aktivitäten des Netzwerks werden gemeinsam koordiniert von Dr. Caren Weilandt (WIAD, Bonn) und Dr. Michel Rotily (O.R.S., Marseille). In den einzelnen Mitgliedsstaaten gibt es jeweils mindestens eine/n Länderkoordinator/in, der/die für die Umsetzung der Forschungs- bzw. Präventionsarbeit auf nationaler Ebene verantwortlich ist. Diese Länderkoordinator(inn)en sind entweder Wissenschaftler/innen oder Praktiker/innen mit langjähriger Erfahrung im Bereich HIV/AIDS-Prävention im Justizvollzug.

Das EU-Netzwerk hat folgende Zielsetzungen:

- Sammlung und Vergleich von Daten und Informationen zur HIV/AIDS- und Hepatitisepidemiologie sowie Prävention in europäischen Gefängnissen
- gemeinsame Entwicklung und Erprobung effektiver anonymer Überwachungssysteme im Hinblick auf die HIV- und Hepatitisepidemiologie im Vollzug sowie die Verbreitung von HIV-relevantem Risikoverhalten
- Durchführung internationaler Multicenter-Studien
- Förderung des Informations- und Erfahrungsaustauschs zum Schadensminderungsprogramm durch die Organisation internationaler Workshops und Seminare sowie die Sammlung, Analyse, Aufbereitung und Veröffentlichung von Daten, Informationen und Forschungsergebnissen zu HIV- und Hepatitisinfektionen im europäischen Justizvollzug
- Förderung der Umsetzung von Schadensminderungsprogrammen (im Kontext der jeweiligen nationalen Gegebenheiten und rechtlichen Bedingungen)
- Formulierung und Verbreitung von Empfehlungen/Richtlinien zur primären und sekundären Prävention von HIV und Hepatitis im Vollzug

Einige der Aktivitäten des Netzwerks:

- Erhebung und Aufbereitung von Daten zur Verbreitung von HIV und Hepatitis in den einzelnen EU-Mitgliedsländern (Veröffentlichung von Jahresbe-

richten zur aktuellen epidemiologischen Situation, Risikoverhalten und Prävention, Zusammenfassung der Länderberichte und Formulierung von Schlussfolgerungen). Die umfangreichen Berichte sind über das WIAD (Godesberger Allee 54, 53175 Bonn) zu beziehen.

- Verbreitung von Netzwerkinformationen (z.B. die aktuelle Situation der Infektionsepidemiologie und Infektionsprophylaxe sowie die Ergebnisse der epidemiologischen Studien über nationale und internationale Fachpublikationen, Konferenzbeiträge und das Internet)
- Groß angelegte Multicenter-Studien haben bisher in 10 EU-Mitgliedsstaaten stattgefunden (Frankreich, Deutschland, Italien, Portugal, Spanien, Schweden, Belgien, Luxemburg, Österreich und Finnland), basierend auf den Erfahrungen einer Machbarkeitsstudie von 1996. Im Gegensatz zu der Machbarkeitsstudie wurden hier größere und heterogenere Populationen untersucht (d.h. Männer und Frauen, Untersuchungshäftlinge und verurteilte Gefangene). Insgesamt konnten ca. 4.000 Gefangene in die Studie einbezogen werden.
- Planung und Durchführung von drei internationalen Konferenzen zur HIV- und Hepatitisprävention im Justizvollzug (Marseille: 21./22. Juni 1996; Bonn: 12./13. Dezember 1997; Mailand: 28./29. Mai 1999). Eines der herausragendsten Ergebnisse der letzten Konferenz in Mailand war die Formulierung der europäischen Leitlinien zu HIV/AIDS und Hepatitis im Justizvollzug, die von allen 150 anwesenden Wissenschaftler(inne)n und Praktiker(inne)n verabschiedet worden sind.
- Durchführung von Studien zu Wissen, Einstellung und Verhalten von Gefängnispersonal im Hinblick auf HIV und Hepatitis in Frankreich, Portugal, Belgien, Spanien und Italien.
- Durchführung von qualitativen Untersuchungen zu den Determinanten und Bedingungen von Drogenkonsum und Infektionsprophylaxe im Justizvollzug in Deutschland und Belgien.
- Durchführung einer explorativen¹ qualitativen Studie über Einstellung und Verhalten von Gefängnispersonal gegenüber Infektionskrankheiten in den Niederlanden.

Die Dokumentationen der oben genannten Studien sind alle über das WIAD verfügbar.

Für die Zukunft sind folgende Projekte bzw. Pilotstudien geplant:

- Evaluation von Interventionsprogrammen zur Vorbereitung der Entlassung von Gefangenen
- Evaluation alternativer Strategien zur Inhaftierung von Drogenabhängigen
- Evaluation von Hepatitis-A/B-Impfprogrammen mit kurzen Intervallen während des Gefängnisaufenthaltes
- Bestandsaufnahme und Auswertung von Fortbildungsmaßnahmen für Gefängnispersonal mit dem Ziel, Richtlinien zur Reduktion der HIV-Übertragung im Gefängnis umzusetzen.

1 explorativ = durch Befragung und Gespräche erkunden

Das 3. Europäische Seminar zu HIV und Hepatitis im Gefängnis fand im Mai 1999 in Mailand (Italien) statt. Da der Anteil der Drogengebraucher/innen in den Justizvollzugsanstalten Europas kontinuierlich angestiegen ist, nehmen Fragen der Infektionsprophylaxe und der Behandlung von HIV und Hepatitis einen hohen Stellenwert ein. Unter anderem wurden auf dieser Konferenz die Arbeiten des Netzwerks präsentiert.

Ziel des Seminars war es, Informationen und Erfahrungen aus den Bereichen Epidemiologie, Prävention, Versorgung, Gesetzgebung und Administration aus den 15 Ländern der europäischen Union zusammenzuführen und die Diskussion zwischen Expert(inn)en zu fördern. Das Seminar bot Gelegenheit zu Fachgesprächen mit nationalen und europäischen Partner(inne)n, die auf demselben Gebiet arbeiten, und sollte die Teilnehmer/innen bei der Verbesserung der praktischen Arbeit mit Drogen gebrauchenden und von Infektionskrankheiten betroffenen Inhaftierten unterstützen.

Eines der zentralen Ergebnisse des Seminars ist eine Sammlung von Empfehlungen zu HIV und Hepatitis im Justizvollzug, die von den mehr als 150 Expert(inn)en aus allen EU-Mitgliedsländern gemeinsam verabschiedet wurden. Die Empfehlungen beziehen sich sowohl auf Primär- und Sekundärprävention im Justizvollzug als auch auf die gesundheitliche Versorgung von Gefangenen (siehe „Europäischer Leitfaden zu HIV/AIDS und Hepatitis im Justizvollzug“ in diesem Band).

VERNETZUNG DER DROGENARBEIT IN MITTEL- UND OSTEUROPA AM BEISPIEL DER „PHARE TECHNICAL ASSISTANCE TO DRUG DEMAND REDUCTION“

Joze Hren

„Life in Newgate, one of early London's prisons, was described as a bustling, lively place, full of visitors at most times of the day. In 1790 one of the condemned men held a ball at the prison, apparently not an uncommon event. Tea was served at 4 p.m. to the music of violins and flutes, after which the company danced until 8 p.m. when a cold supper was produced. The party broke up at 9 o'clock, the usual hour for closing the prison.“¹

Das Projekt „Phare Technical Assistance to Drug Demand Reduction“ (TA to DDR) startete im Januar 1998 und wurde im Oktober 1999 abgeschlossen. Sein Globalziel war, die Strategien zur Reduktion der Drogennachfrage in den Phare-Partnerländern Zentral- und Osteuropas sowie ihre schadensmindernde Wirkung zu verstärken und sie mit den Strategien der EU-Länder in Einklang zu bringen.

Die von „TA to DDR“ definierten Ziele:

- Initiierung und Ausbau der Vernetzung der „DDR“-Expert(inn)en sowie Integration in entsprechende EU-Netzwerke
- Verstärkung der „DDR“-Politiken auf nationaler, subregionaler und regionaler Ebene durch Herausgabe entsprechender Informationen und Empfehlungen, besonders im Hinblick auf die Erwartungen der EU an die osteuropäischen Länder.

Im Rahmen des Projekts sollten etwa 150 Fachleute ihre Kenntnisse und Fähigkeiten in der Gestaltung, Leitung, Durchführung und Auswertung von DDR-Projekten in ausgewählten Bereichen erweitern.

Projekt zur Schadensminderung (Harm Reduction)

In diesem Projekt haben die Tschechische Republik, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und die Republik Slowenien zusammengearbeitet. Das gemeinsame Ziel war, einen Beitrag zur Entwicklung von schadensmindernden Angeboten zu leisten und die Dokumentation, Forschung, Ausbildung und Politikberatung in der Region zu verbessern.

1 Giddens, Anthony: Sociology. Cambridge: Polity Press 1997, S. 186

Seminar „Schadensminderung in Gefängnissen“

In einem Seminar nach der Methode des Objective Oriented Project Planning in Wien (Juni 1998) diskutierten Delegierte aus den drei beteiligten Ländern über mögliche Themen für ein Seminar. Wenige Monate vorher hatten sich in Dob, der größten Strafvollzugsanstalt Sloweniens, mehrere Inhaftierte – vermutlich durch Drogengebrauch – mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert. Deshalb wählte man „Schadensminderung in Gefängnissen“ als ein für die Region relevantes Thema. Der Vorschlag wurde angenommen und das Seminar im November 1998 in Portorož/Slowenien durchgeführt.

Ziele des Seminars

Das Seminar wurde von einem Projekt zur Schadensminderung durchgeführt mit den Zielen,

■ *Informationen über schadensmindernde Angebote in Gefängnissen auszutauschen*

Vorgelegt wurden

- der Stand des Projekts zur Schadensminderung in den drei beteiligten Ländern
- Strategie und Praxis der Maßnahmen zur Schadensminderung in slowenischen Gefängnissen
- die Aktivitäten von zwei bedeutenden europäischen Netzwerken im Feld Drogen und Gesundheit in Haft
- die von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) formulierten Herausforderungen bei der Verankerung schadensmindernder Maßnahmen in den Gefängnissen der EU-Länder
- psychologische, kriminologische und juristische Aspekte schadensmindernder Maßnahmen in Gefängnissen
- Management- und Trainingsansätze

■ *die regionale und nationale Diskussion zur Schadensminderung im Strafvollzug anzuregen und auf diese Weise die Schaffung entsprechender Angebote in den Gefängnissen der Phare-Partnerländer zu unterstützen*

Zu diesem Zweck wurde den Teilnehmer(inne)n eine umfangreiche Dokumentation der bisher ausgearbeiteten Empfehlungen ausgehändigt und die Diskussion über schadensmindernde Maßnahmen auf regionaler Ebene angestoßen.

Die SeminarteilnehmerInnen

Am Seminar nahmen neben den 40 Fachleuten aus dem Gastgeberland Slowenien weitere 17 Expert(inn)en aus den anderen Phare-Ländern teil. Vertreten waren Frauen und Männer aus folgenden Aufgabenfeldern: Strafvollzugspolitik und -verwaltung auf ministerieller und parlamentarischer Ebene sowie Gefangenearbeit im Verwaltungsbereich und im Gesundheitswesen.

Die Seminarergebnisse

Die in europäischen Gefängnissen durchgeführten Untersuchungen wie auch die Informationen von Expert(inn)en der Strafvollzugsverwaltung haben gezeigt:

- Drogen sind in den meisten, wenn nicht sogar in allen Gefängnissen erhältlich.
- Der Drogennachschub in Gefängnissen kann eingeschränkt, jedoch nicht völlig unterbunden werden.
- Eine große Zahl Gefangener spritzen sich Drogen oder haben dies getan.
- Ein hoher Prozentsatz intravenös injizierender Drogengebraucher/innen gibt nach der Inhaftierung den Konsum nicht auf.
- Der intravenöse Drogenkonsum in Haft ist mit großen Gesundheitsrisiken verbunden. Aufgrund der Konsummuster und -bedingungen ist die Gefahr, sich mit HIV und Hepatitis C anzustecken, sehr hoch.
- Drogengebrauch in Gefängnissen ist ein Problem, das nicht allein mit juristischen Mitteln angegangen werden kann.
- Gesundheitsfördernde Angebote für Drogengebraucher/innen in Haft sollen mit denen außerhalb der Gefängnisse vergleichbar sein, also auch schadensmindernde Maßnahmen einschließen.
- Zu den in Gefängnissen durchgeführten schadensmindernden Maßnahmen gehören Drogen-, Sexual- und Gesundheitsaufklärung, Programme zur Substitutionsbehandlung, Vergabe von Spritzen und Desinfektionsmitteln (z.B. Haushaltsbleiche).
- Erfahrungsgemäß haben schadensmindernde Strategien im Strafvollzug nur dann Erfolg, wenn sie durch das Haftpersonal unterstützt werden.

Die Stellungnahmen der Teilnehmer/innen haben bei den politisch Verantwortlichen sowie dem Gesundheits- und Verwaltungspersonal Interesse an weiteren detaillierten Informationen über schadensmindernde Maßnahmen im Strafvollzug geweckt – vor allem zu folgenden Schwerpunkten: praktische Umsetzung schadensmindernder Maßnahmen, Studien zur Verbreitung des intravenösen Drogenkonsums und zum Risikoverhalten in Haft, Ergebnisse der Auswertung von schadensmindernden Maßnahmen.

Ausblick

Die Haftpopulation, darunter ein hoher Prozentsatz Drogengebraucher/innen, scheint mehr als die übrige Bevölkerung von der HIV-Epidemie betroffen zu sein. Die in sieben EU-Ländern von unabhängigen Forscher(inne)n durchgeführten Studien mit mehr als 3.300 Gefangenen haben erbracht, dass es sich bei etwa einem Drittel aller Inhaftierten um intravenös Drogen Konsumierende handelt. Fast die Hälfte von ihnen setzt den Drogenkonsum in Haft fort. Jeder achte inhaftierte Drogenkonsument ist HIV-positiv und jeder zweite Träger des Hepatitis-C-Virus. Die Seminarteilnehmer/innen kamen daher zu dem Schluss, dass Präventionsstrategien in Haft unbedingt notwendig sind.

Die neuesten epidemiologischen Daten weisen darauf hin, dass die HIV-Prävalenzrate² in westlichen Ländern (bei unveränderter Inzidenz³) sich stabilisiert oder sogar sinkt, in Osteuropa und Afrika hingegen steigt. Zieht man die rechtlichen Änderungen in den Ländern Mittel- und Osteuropas in Betracht, die noch mehr Drogenkonsument(inn)en hinter Gitter bringen, so ist zu befürchten, dass die Gefängnisse dieser Region zu „Hochrisiko-Zonen“ im Hinblick auf die Übertragung von HIV und Hepatitiden werden. Wissenschaftliche Informationen zu Drogengebrauch und Risikoverhalten in Haft sind in Mittel- und Osteuropa allerdings noch äußerst rar. Außerdem sind in den Gefängnissen dieser Region bisher noch keine Harm-Reduction-Strategien zum Einsatz gekommen.

Die im Seminar geführten Diskussionen haben gezeigt, dass mit dem Thema „schadensmindernde Maßnahmen im Strafvollzug“ eine richtige Wahl getroffen worden war. Aus der Sicht des Projekt-Teams könnte das Seminar ein Ausgangspunkt für eine langfristige Politikberatung und für die Aus- und Fortbildung zum Thema sein. Künftig sollte man sich viel mehr darum bemühen, drogenbedingten Gesundheitsschäden vorzubeugen – in Haft wie auch außerhalb der Gefängnismauern.

Neben den beiden oben genannten Zielen hat das Seminar einen wichtigen Beitrag zu den Globalzielen des Projekts „TA to DDR“ geleistet: Es bot Gelegenheit für eine engere Vernetzung von Expert(inn)en aus den Phare-Partnerländern und brachte die Politik- und Strategien-Entwicklung ein gutes Stück voran, indem es wichtige Informationen zu schadensmindernden Maßnahmen im Strafvollzug zur Verfügung stellte.

Das Seminar hat das große Interesse der Teilnehmenden am Aufbau eines regionalen Netzwerks zum Thema „Schadensminderung in Haft“ deutlich gemacht. Das Team des Harm-Reduction-Projekts hat deshalb vorgeschlagen, mit jenen, die am Ende des Seminars erneut ihr Interesse bekundeten, ein informelles Expertennetzwerk zum Informations- und Erfahrungsaustausch zu gründen.

2 Prävalenz: die zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehende Häufigkeitsrate einer Krankheit

3 Inzidenz: Rate der in einem bestimmten Zeitraum neu Erkrankten

NETZWERK „OPEN SOCIETY INSTITUTE“ IN ZENTRAL- UND OSTEUROPA

Heino Stöver und Franz Trautmann

Das Open Society Institute (OSI), unterstützt durch Mittel der George-Soros-Stiftung in New York, fördert die gegenwärtigen Wandlungsprozesse zentral- und osteuropäischer Staaten mit dem Ziel, ein Mehr an Demokratie zu erreichen und die Menschenrechte zu verankern. Angesichts des gesellschaftspolitischen Wandels in dieser Region erfordert die Verbreitung der HIV-Infektion zusätzliche Anstrengungen. Zum einen mangelt es an Ressourcen für eine angemessene Versorgung und Behandlung, zum anderem dominieren vor allem ideologische Blockaden und „typische“ Reaktionsmuster den gesellschaftlichen Umgang mit HIV/AIDS: Ähnlich wie in den westlichen Gesellschaften vor 20 Jahren ist auch in Zentral- und Osteuropa die Diskussion geprägt von repressivenhaltungen und dem Ruf nach Isolation, Meldepflicht und Zwangstests. Das soll nicht heißen, dass die westlichen Demokratien diese Phase vollständig überwunden hätten und die AIDS-Krise in allen Bereichen mit purer Vernunft managen würden. Gerade der Strafvollzug lehrt uns, wie sehr Ideologien, Emotionen und symbolische Aufladungen eine sachorientierte Gesundheitspolitik blockieren – insbesondere für Drogen konsumierende Gefangene.

Im Westen Europas ist der durch die AIDS-Krise notwendig gewordene Umbau der Gesundheitssysteme und ihrer Dienstleistungen sowie die Gesundheitsfürsorge für Menschen in Haft bereits weit fortgeschritten, in Zentral- und Osteuropa indes steckt er noch in den Anfängen. Was die Konzipierung und Umsetzung einer zielgruppenspezifischen, lebensweltnahen HIV-Prävention und Versorgung sowie die Neubestimmung des Arzt-Patient-Verhältnisses anbelangt, haben in den westlichen Gesellschaften die Selbsthilfe und Selbstorganisation eine zentrale Rolle gespielt. Das OSI unterstützt zwar auch einige staatliche Stellen, vor allem aber nicht staatliche Organisationen (NGO) in deren Bemühen, die Bedürfnisse der Betroffenen zu artikulieren.

Aus zehn zentral- und osteuropäischen Ländern wurde jeweils ein in Gefängnissen bereits angelaufenes HIV-Präventionsprogramm ausgewählt, um ein Netzwerk zu gründen, das dem Informations- und Erfahrungsaustausch dient und die Kommunikation und Kooperation mit ähnlich ausgerichteten Einrichtungen in Westeuropa verstärken will. Der Gründungsprozess des Netzwerks wurde von der Carl von Ossietzky Universität in Oldenburg/Deutschland und dem Trimbos Institut in Utrecht/Niederlande eingeleitet und unterstützt. Im Rahmen eines Studienaufenthalts im Juli 2000¹ wurden in deutschen Ge-

1 Der umfangreiche Endbericht zum Studienaufenthalt (in Englisch und Russisch) befindet sich im Internet unter www.arachido.de oder kann per E-Mail – heino.stoever@uni-bremen.de – angefordert werden.

fängnissen und bei deren externen Kooperationspartnern Erfahrungen in der HIV-Prävention und -Behandlung gesammelt und ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme wurden anschließend auf eine mögliche Übertragbarkeit in die jeweiligen Länder Zentral- und Osteuropas überprüft.

Folgende Initiativen gehören dem Netzwerk an und haben an dem o.g. Studienaufenthalt teilgenommen:

■ *Force for Change* (Ashgabat, Turkmenistan)

Die NGO arbeitet in der Stadt Cupertino mit dem turkmenischen Nationalen AIDS-Präventionszentrum zusammen. Das Projektziel ist, die Zahl der Infektionen mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Erregern bei den Gefangenen zweier Haftanstalten zu verringern – durch Fortbildung und Seminare für Gefangene und Mitarbeiter/innen zum Thema Drogengebrauch und Infektionsrisiken.

■ *Krakow Association for Drug Users Support* (KTPU) (Krakau, Polen)

KTPU ist eine NGO, die seit neun Jahren mit Drogenkonsument(inn)en arbeitet. Die NGO führt Trainings für Gefangene und Bedienstete durch und erstellt für diese Zielgruppen Informationsmaterialien zu Drogen, HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Krankheiten.

■ *Stop AIDS* (Tirana, Albanien)

Stop AIDS verfügt über langjährige Erfahrungen in der AIDS-Prävention vor allem im Schul- und Hochschulbereich. Das Projekt hat vor, bei Gefängnisbediensteten und Häftlingen das Wissen zu HIV/AIDS zu verbessern, Peer-Education-Gruppen unter Gefangenen zu initiieren, infektionsgefährdete Gruppen speziell anzusprechen, HIV-Präventionsmaterialien zu verteilen sowie Gesetze und Verordnungen zu HIV/AIDS im Gefängnis zu überprüfen.

■ *Main Department of Harm Reduction des Innenministeriums der kirgisischen Republik* (Bishkek, Kirgisien)

Die staatliche Stelle bemüht sich um die Entwicklung und Umsetzung von Strategien gegen die Verbreitung von HIV, Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Erregern in den Gefängnissen Kirgisiens. Zu diesem Zweck will sie die Bediensteten vor allem des medizinischen Bereichs und der Polizei ausbilden, Peer-Support-Gruppen initiieren, Therapieprogramme für inhaftierte Drogenkonsument(inn)en starten sowie ein anonymes HIV-Test-Angebot entwickeln.

■ *AIDS Information and Support Center* (Tallinn, Estland)

Die NGO arbeitet bereits seit sechs Jahren zum Thema HIV/AIDS. Um die Verbreitung von HIV in Gefängnissen zu verhindern, will sie Häftlinge und Bedienstete ausbilden und trainieren, Peer-Counselling-Gefangengruppen ins Leben rufen, Informationsmaterialien für Gefangene entwickeln, Kondome abgeben sowie anonyme HIV-Tests, Safer-Use-Seminare und die Methadon-Substitution anbieten.

■ *AIDS Prevention Center* (Riga, Lettland)

Die staatliche Organisation versucht, die HIV-Verbreitung in Haftanstalten zu verhindern durch Abgabe von Kondomen und Bleach, durch Initiierung von Peer-Support-Gruppen und durch Verankerung des Harm-Reduction-Gedankens beim Personal. Darüber hinaus bemüht sich das AIDS Prevention Center um eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen haftinternen und externen Gesundheitsdiensten.

■ *Pskovian Anti-AIDS Initiative* (Pskov bei St. Petersburg, Russland)

Die nichtstaatliche Initiative will der HIV-Verbreitung im Gefängnis durch Ausbildung des Gefängnispersonals begegnen. Im Rahmen der aufsuchenden Sozialarbeit mit den Häftlingen werden Präventionsbotschaften vermittelt, Desinfektionsmittel und Kondome vergeben sowie psychologische Beratung angeboten.

■ *Independent Medical Services, General Directorate of Penitentiaries* (Bukarest, Rumänien)

Die staatliche Dienststelle führt Aufsicht über die Gesundheitsdienste in den rumänischen Gefängnissen. Geplant ist eine Kurzstudie zur Verbreitung von HIV-Infektionen und sexuell übertragbaren Krankheiten sowie zum Drogenkonsum in Gefängnissen. Die Ergebnisse sollen als Grundlage für die Entwicklung von Informationsmaterialien und Seminaren zum Thema HIV/AIDS und Drogenkonsum dienen. Außerdem sollen medizinische Bedienstete fortgebildet und HIV-Tests auf freiwilliger Basis angeboten werden.

■ *Nikolaev Charitable Foundation* (Nikolaev, Ukraine)

Die NGO engagiert sich in der HIV-Präventionsarbeit in einer ukrainischen Region, die besonders stark von HIV betroffen ist. Sie ist in zwei Haftanstalten tätig und will dort bei Gefangenen und Bediensteten das Wissen über HIV und andere sexuell übertragbare Erreger verbessern sowie Kondome und Desinfektionsmittel und – falls möglich – sterile Einwegspritzen an Drogen konsumierende Gefangene vergeben.

■ In Moldawien hat sich noch keine Initiative etabliert. Einzelne Mitarbeiter der staatlichen Gesundheitsdienste in den Gefängnissen Moldawiens haben an dem Studienaufenthalt in Deutschland teilgenommen. Die Ärztinnen und Ärzte engagieren sich in der HIV/AIDS-Prävention und versuchen, epidemiologische Daten zu erfassen sowie für Bedienstete und Häftlinge Seminare anzubieten, in denen Informationsmaterialien, Kondome und Bleach (Tabletten Chloramini 0.5 N100) verteilt werden.

HIV-PRÄVENTION IN MOLDAWIEN – SCHWERPUNKT SPRITZENABGABE

Dumitru Laticevschi und Alexei Leorda

Wie in vielen anderen ehemaligen Staaten der Sowjetunion ist auch in Moldawien das Gefängniswesen finanziell schlecht ausgestattet. Die Haftanstalten sind überbelegt, die Gebäude verfallen, die Lebensbedingungen der Gefangenen insgesamt schlecht. Mangelhafte Ernährung (die täglichen Ausgaben für Lebensmittel betragen pro Gefangenen weniger als DM 0,50) und übertragbare Krankheiten bedingen zusätzliche Gesundheitsrisiken. So ist die Rate der neu an Tuberkulose Erkrankten unter Gefangenen fast 50-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Die Rate der HIV-Infektionen unter Inhaftierten lag zu Beginn des Jahres 2001 bei 3,5 %. Zur Verbreitung der Hepatitiden gibt es keine Zahlen.

In Moldawiens Haftanstalten sitzen täglich im Durchschnitt etwa 10.000 Gefangene ein. Dabei handelt es sich in der Regel um junge Männer. Obwohl die Gefängnisverwaltung offen zugibt, dass Drogen eingeschleust werden, scheint das Ausmaß des Drogengebrauchs unterschätzt zu werden. Viele Bedienstete schätzen den Anteil der Drogengebraucher auf 5 bis 10 %, einige Insassen sprechen sogar von 30 %.

Das Spritzenumtauschprojekt

Am 3. Dezember 1999 erließ der Justizminister die Verordnung N115/03.12.99, mit der die Durchführung eines haftinternen Spritzenumtauschprojekts „als Experiment“ genehmigt wurde. Das Projekt startete noch Ende 1999 in der Haftanstalt von Branesti. Es wurde durch Mittel des von der George-Soros-Stiftung geförderten Open Society Institute (OSI)¹ unterstützt und von der Initiative „Gesundheitsreformen in Gefängnissen“ in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdienst der Anstalt durchgeführt.

Obwohl rechtlich geregelt, gestaltete sich die praktische Umsetzung des Projekts als schwierig. Spritzenautomaten konnten, da zu teuer, nicht verwendet werden. Daher entschied man sich, den Spritzenumtausch im medizinischen Dienst anzusiedeln. Die Bediensteten befürchteten, ein solches Angebot könne die Disziplin unterminieren, weil es den Drogenkonsum fördere. Die Gefangenen wiederum waren misstrauisch: Spritzenvergabe durch Bedienstete – das müsse eine Falle sein. Nur wenige – allesamt HIV-infiziert und auf der untersten Stufe der Gefangenenhierarchie – kamen regelmäßig zum Spritzenumtausch in

1 siehe hierzu Stöver/Trautmann in diesem Band

den medizinischen Dienst. Einige von ihnen wollten wissen, ob sie Spritzen „für Freunde“ mitnehmen dürften. In der ersten Projektphase herrschte Krisenstimmung: Mit dem Angebot konnten wir nur drei bis vier Drogenkonsumenten erreichen.

Allmählich, mit zunehmendem Vertrauen, kamen mehrere Gefangene. An einige gaben wir sporadisch Spritzen „für Freunde“ aus – dies offensichtlich ranghöhere Gefangene, die nichts von der Anstaltsverwaltung annehmen wollten. Wir schätzten diese Situation als problematisch ein. Nach unserem Studienaufenthalt in Oldenburg/Deutschland² und besonders angeregt durch Franz Trautmann (Trimbos Institute Utrecht/Niederlande), der den „Peer-Support“-Ansatz vorgestellt hatte, entwickelten wir ein Schneeballsystem: Jeder Gefangene, der zum Spritzenumtausch in den medizinischen Dienst kam, wurde zu einem „Peer Supporter“, der innerhalb des Gefängnisgeländes³ Spritzen umtauschen durfte. Diese Freiwilligen oder „voluntari“, wie wir sie nannten, wurden belohnt, z.B. mit Tee, Tabak oder Zucker, wofür es ein kleines Budget gab. Wir bemühten uns schließlich bei der Verwaltung um die Erlaubnis für einen Spritzenumtausch auch außerhalb des medizinischen Dienstes.

Der neue Ansatz funktionierte: Ab Anfang September 2000 stieg die Zahl umgetauschter Spritzen stark an. Inzwischen erfolgt der Spritzenumtausch zum einen beim medizinischen Dienst, zum anderen an vier weiteren Orten im Aufenthaltsbereich des Gefängnisses, wo sechs freiwillige Helfer im Einsatz sind. Zusätzlich ausgegeben werden Kondome, Aufklärungsmaterialien und Bleach-Tabletten. Indem der Kampf gegen den Drogengebrauch und Maßnahmen zur Eindämmung der HIV-Übertragung stets voneinander abgegrenzt wurden, ist es dem Projekt gelungen, Konflikte zwischen diesen beiden einander widersprechenden Linien zu vermeiden. Man kam überein, dass sterile Spritzen im Umlauf sein dürfen und die gebrauchten in Plastikbehältern aufzubewahren sind. Diese Behälter und andere potenziell gefährliche Gegenstände wurden mit einem speziell entwickelten Aufkleber, der das international gebräuchliche Symbol für „gefährliches biologisches Material“ trägt, und mit einer schriftlichen Warnung versehen.

Unser Ansatz ermöglicht einen leichten Zugang zu Spritzen; der Nachteil dabei ist, dass sich die Zahl der Angebotsnutzer nicht genau bestimmen lässt. Der für den Spritzenumtausch zuständige Mitarbeiter schätzt die durchschnittliche Nutzerzahl auf 30 bis 50 pro Jahr. Berücksichtigt man eine jährliche Zu- und Abgangsrate von etwa 50 %, wodurch sich im Jahr etwa doppelt so viele Häftlinge im Gefängnis befinden, kann man von 50 bis 100 Gefangenen ausgehen, die durch das Angebot erreicht werden. Es wird einer zukünftigen Studie vorbehalten bleiben, die Prävalenzrate des Drogengebrauchs in Haft und dessen Charakteristika zu untersuchen.

2 vgl. den Endbericht von Stöver, H./Trautmann, F. (2000): Study visit to Germany of the „HIV in Prison Initiative“ July 3–8, 2000 (in Englisch und Russisch: <http://www.archido.de/index1.htm>)

3 Das Gefängnis in Branesti ist, wie fast alle Haftanstalten in Moldawien, eine so genannte Gefängnis kolonie. Die Gefangenen leben dort nicht in Zellen, sondern in großen Baracken und können sich im Gefängnisgelände frei bewegen.

Weitere Aktivitäten der Initiative „Gesundheitsreformen in Gefängnissen“

- Verteilung von Kondomen, Bleach (in Tabletten von 0,5 g) und Aufklärungsmaterialien in allen Gefängnissen Moldawiens durch Häftlinge, die der Gesundheitsdienst damit beauftragt hat. Diese Materialien liegen auch in den Besuchsräumen aus (in den meisten Gefängnissen können Gefangene ihre Familien für bis zu fünf Tagen in so genannten Hotels besuchen).
- Seminare zu Maßnahmen der HIV-Prävention für Bedienstete und Gefangene aller Vollzugseinrichtungen
- Erstellung von Aufklärungsmaterialien
- Durchführung einer überwachten epidemiologischen Studie im gesamten Justizvollzug. Dabei erwiesen sich Anfang 2001 3,27% der männlichen und 3,8% der weiblichen Gefangenen als HIV-positiv.
- Durchführung einer Studie zu Wissensdefiziten sowie Einstellungen und Verhaltensweisen, die wichtige Faktoren für eine hohe HIV-Verbreitung unter Gefangenen darstellen

INFEKTIONSPROPHYLAXE IM NIEDERSÄCHSISCHEN JUSTIZVOLLZUG: „KARRIERE“ EINES MODELLPROJEKTS

Thomas Schröder

Als erstes Bundesland begann Niedersachsen 1996 in zwei Haftanstalten mit der Vergabe steriler Einwegspritzen an Gefangene. Das Modellprojekt „Infektionsprophylaxe im Justizvollzug“ wurde im April 1998 in der Frauenanstalt Vechta und im Juli 1998 in der JVA Lingen, Abteilung Groß Hesepe erfolgreich abgeschlossen. Alle im Vorfeld geäußerten Befürchtungen, die Spritzen könnten als Waffe eingesetzt werden, oder der Drogenkonsum werde zunehmen, wurden durch den Modellversuch widerlegt. Vielmehr hat sich die Spritzenvergabe problemlos in den Vollzugsalltag integrieren lassen. Die Vermittlung von Gefangenen in eine Therapie oder in die Substitution wurde durch die Spritzenvergabe nicht erschwert, sondern eher erleichtert. Die Zahl gefährlicher Überdosierungen ging in beiden Anstalten stark zurück; insgesamt verbesserte sich die gesundheitliche Situation der drogenabhängigen Gefangenen. So stellten die Anstaltsärzte weniger Hautentzündungen, verbessertes Gewicht sowie weniger psychische Auffälligkeiten fest. Noch während der Modellphase wurden vergleichbare Projekte in anderen Bundesländern (Hamburg, Berlin, Schleswig-Holstein) geplant und vorbereitet. Das niedersächsische Justizministerium hätte deshalb allen Grund, stolz zu sein auf seine Vorreiterrolle für gesundheitsfördernde Maßnahmen im Vollzug – was es aber nicht ist. Im Gegenteil: Allen Erkenntnissen der 600.000 DM teuren Studie zum Trotz droht die Fortsetzung und Ausweitung des Spritzenumtauschprogramms zu scheitern: am Widerstand der Ministerialbürokratie, an den Interessenverbänden der Beschäftigten im Strafvollzug und an einem veränderten rechtspolitischen Klima, das auch im Umgang mit Drogen gebrauchenden Gefangenen wieder verstärkt auf Repression und abschließliche Abstinenzorientierung zu setzen scheint.

1996: Der hoffnungsvolle Beginn

Schon 1990 forderte die AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages Spritzenumtauschprogramme u.a. auch für Haftanstalten, weil die gemeinsame Benutzung unsteriler Spritzbestecke beim Fixen („Needle-Sharing“) als einer der wichtigsten Übertragungswege der HIV-Infektion erkannt wurde. 1992 wurde das Betäubungsmittelgesetz ausdrücklich mit dem Ziel geändert, die bis dahin juristisch umstrittene Abgabe steriler Injektionsbestecke an Drogengebraucher/innen, etwa mittels Spritzenautomaten, straffrei zu ermöglichen. Gleichwohl lehnten die Justizministerien die Abgabe von Einwegspritzen an Gefangene durchgängig ab. Auch eine gemeinsame Expertenanhörung der Bundesministerien für

Gesundheit und für Justiz im August 1994 zum Thema „Drogen- und HIV-Prävention im Justizvollzug“ änderte daran vorerst nichts, trotz positiver Erfahrungen in der Schweiz mit einem Pilotprojekt in der Frauenanstalt Hindelbank. Immerhin erklärten die Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, die Möglichkeiten einer Spritzenvergabe im Justizvollzug näher untersuchen zu wollen. Nach fast dreijährigen und mitunter schwierigen Gesprächen mit dem Landesverband der AIDS-Hilfen gab schließlich auch Landesjustizministerin Heidi Alm-Merk im November 1994 ihre ablehnende Haltung auf und beauftragte eine unabhängige Expertengruppe unter Leitung von Prof. Meyenberg, Universität Oldenburg, mit einer ersten Studie zur Machbarkeit der Spritzenvergabe im Justizvollzug.

In Hamburg allerdings scheiterten im Frühjahr 1995 Pläne des Justizsenators zu einem Spritzenumtausch in der Hamburger Problemanstalt Fuhlsbüttel („Santa Fu“) am Widerstand der Vollzugsbediensteten. Diese kündigten unverzüglich nach Bekanntwerden der Pläne einen Boykott an und erklärten, man werde notfalls dafür sorgen, dass die Automaten einfach immer leer sind. Weder ein 80.000 DM teures Informationsprogramm zur Akzeptanzförderung noch die politische Rückendeckung durch den damaligen Bundesdrogenbeauftragten Lintner (CSU) konnten das Scheitern dieses Vorhabens verhindern. Der bündnisgrüne Justizminister Hessens, ohnehin unter Dauerbeschuss der CDU-Opposition, versuchte sich danach gar nicht erst an dem heißen Eisen, schließlich wollte man „nicht dasselbe Desaster erleben wie der Hamburger Senator“.

In Niedersachsen dagegen bewies die Politik mehr Mut. Im September 1995 gab das Kabinett „grünes Licht“ für die Durchführung des Modellprojekts. Erstmals in Deutschland wurde in zwei Haftanstalten intravenös Drogen gebrauchenden Gefangenen der Zugang zu sterilen Einwegspritzen, eingebettet in ein Gesamtangebot infektionsprophylaktischer Maßnahmen, ermöglicht. Das auf zwei Jahre angelegte Modellprojekt wurde medizinisch durch die Anstaltsärzte und sozialwissenschaftlich von einer Forscher/innengruppe der Universität Oldenburg im Rahmen einer Evaluationsstudie begleitet. Etwas später startete das Nachbarland Hamburg mit der Spritzenvergabe in der JVA Vierlande, einer Anstalt des offenen Vollzugs. Die Begleitforschung erfolgte hier durch das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) und das Institut für Rechtsmedizin (IfR) des Universitätskrankenhauses Eppendorf.

August 1997: Der Zwischenbericht

Nach einem Jahr stellte die Forscher/innengruppe ihren Zwischenbericht vor: Das Projekt verlaufe undramatisch und unspektakulär. Vollzugsbedienstete und Gefangene hätten die Spritzenvergabe in ihren Alltag integriert. Justizministerin Merk erklärte anlässlich der Vorstellung des Zwischenberichts im August, sie beabsichtige dem Kabinett vorzuschlagen, bei einem positiven Verlauf des Modellprojekts die Spritzenvergabe auch in anderen Anstalten einzuführen. Niedersachsens Grüne forderten, den Endbericht gar nicht erst abzuwarten, sondern bereits auf der Grundlage des Zwischenberichts den Modell-

versuch auszuweiten. Die CDU hingegen hielt die Annahme für falsch, dass es einen drogenfreien Knast nicht geben könne, dies komme einer Kapitulation gleich. Sie forderte im September 1997, an den Beginn der Haftvollstreckung den Drogenentzug und eine Therapie zu setzen, auch gegen den Willen des Gefangenen, sowie konsequentes Vorgehen gegen jeglichen Drogenmissbrauch.

März 1999 : „In einem Jahr Spritzen in allen Gefängnissen“

Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung lag dem Justizministerium seit Herbst 1998 vor. Die über 500 Seiten umfassende Studie schloss mit der Empfehlung für Praxis und Politik, die beiden Spritzenumtauschprojekte unbefristet fortzuführen und die positiven Resultate dafür zu nutzen, Konzepte zur Einführung solcher Projekte in anderen Vollzugseinrichtungen zu entwickeln und umzusetzen. Die Landtagsfraktion der Grünen forderte Anfang März unter Verweis auf die positiven Ergebnisse des Modellversuchs, bis zum Jahr 2003 Spritzenumtauschprogramme in allen niedersächsischen Haftanstalten einzuführen. 14 Tage später, am 22.03.99, stellte der Justizminister den Abschlussbericht der Öffentlichkeit vor und übertraf dabei noch die kühnsten Forderungen der Grünen. Die Hannoversche Allgemeine Zeitung – und mit ähnlichem Tenor auch die übrige Landespresse – berichtete am Folgetag von der Pressekonferenz des Ministers:

„Schon in einem Jahr könnten in allen niedersächsischen Justizvollzugsanstalten (JVA) Einwegspritzen an drogenabhängige Gefangene verteilt werden. Das hat Justizminister Wolf Weber (SPD) am Montag vor Journalisten in Hannover angekündigt. Die Abgabe steriler Spritzen verringere das Risiko, an Hepatitis und Aids zu erkranken, erheblich.“

Und weiter:

„Gesundheitspolitische Maßnahmen, die in Freiheit gängige Praxis sind und sich auch im Vollzug als wirkungsvoll erweisen, sollten wir den Gefangenen nicht vorenthalten.“

Weitgehend unbeachtet blieb dagegen die Ankündigung, es müssten noch medizinische Daten zur tatsächlichen Abnahme des Infektionsrisikos erhoben und die Ergebnisse der Hamburger Parallelstudie ausgewertet werden.

Juli 1999: Die Kehrtwende kündigt sich an

Der Rechtsausschuss des Landtags beriet am 22.04.99 in öffentlicher Sitzung einen Antrag der Grünen zum Umgang mit Drogensucht und Hepatitis im niedersächsischen Strafvollzug. Die strafvollzugspolitische Sprecherin der CDU-Fraktion erklärte, ihre Fraktion stehe hinter dem Modellversuch. Wenn die Akzeptanz seitens der Beschäftigten durch Supervision und durch Informationsveranstaltungen verbessert werde, könne an eine flächendeckende Erweiterung herange-

gangen werden. Die Vertreterin der SPD-Fraktion indes konnte sich der positiven Einschätzung der Grünen und der CDU nicht anschließen. Das Ergebnis des Modellversuchs könne nicht als endgültig angesehen werden, weil in der Auswertung mangels ausreichender Untersuchungen anhand von Kontrollgruppen einige Fragen offen geblieben seien. Der Ausschuss beschloss zunächst eine umfassende Anhörung. Diese wurde an zwei Tagen im Juni durchgeführt, brachte aber im Vergleich zum Abschlussbericht keine wesentlichen neuen Erkenntnisse.

Das sollte sich ändern, als im Juli die Anhörung zu den Ergebnissen des Modellprojekts in Hamburg fortgesetzt wurde. Die beiden beteiligten Forschungsinstitute kamen in ihrer Beurteilung zu gegensätzlichen Ergebnissen. Für das KFN ergab die medizinische Studie, dass keine einzige im Vollzug erfolgte Ansteckung nachgewiesen werden konnte, weil der Anteil der bereits Infizierten schon zu hoch gewesen sei. Das Hamburger Projekt habe sich zudem als kontraproduktiv erwiesen: Manche Gefangene seien durch die ständige Verfügbarkeit sauberer Spritzen „in Versuchung geführt“ worden, der Drogenkonsum und das Umsteigen von weniger riskanten Konsumformen auf den intravenösen Gebrauch habe zugenommen. Das „Needle-Sharing“ habe sich allenfalls geringfügig reduziert, wobei die Gründe vor allem im wiederholten Ausfall der Spritzenautomaten, in der fehlenden Anonymität der Angebotsnutzung, in falschen Nadelstärken und in der mangelhaften Versorgung mit Spritzenattrappen gesehen wurden. Außerdem sei die Zahl der in der Anstalt vorhandenen Spritzen gestiegen, herumliegende Spritzen ohne Schutzkappe hätten das Verletzungsrisiko erhöht, und die Bediensteten hätten mit dem Widerspruch, dass Drogen verboten, Spritzen aber erlaubt seien, nicht umgehen können. Das Resultat: Eine Fortführung des Spritzenumtauschprojekts werde – jedenfalls in dieser Form – nicht empfohlen.

Das Institut für Rechtsmedizin vertrat dagegen die Auffassung, unter den Bedingungen der Spritzenvergabe sei der Konsum gesunken, Umstiege auf den intravenösen Gebrauch hätten nicht dramatisch zugenommen, und das Needle-Sharing sei signifikant zurückgegangen. Zwar lägen Anhaltspunkte für eine erfolgreiche Infektionsprophylaxe vor, ein exakter Nachweis habe jedoch aufgrund der Versuchs- und Erhebungsbedingungen nicht erbracht werden können.

Wegen der zum Teil negativen Erfahrungen mit der Spritzenvergabe in Hamburg rückte die CDU prompt von ihrer bisherigen Unterstützung der niedersächsischen Modellprojekte ab. Infektionsprophylaxe scheine nicht im erwarteten Umfang stattzufinden, und offenbar zeige sich jetzt doch, dass die Spritzenvergabe der falsche Weg sei, um die Drogenproblematik im Vollzug zurückzudrängen.

Der Verband Niedersächsischer Strafvollzugsbediensteter (VNSB) als wichtigste Interessenvertretung der Vollzugsbediensteten in Niedersachsen nahm an der Anhörung nicht teil, weil – so der Vorstand des VNSB – der Termin zu kurzfristig angesetzt worden sei, weder das Ministerium noch der Leiter der JVA Vechta für Frauen ihre Zusagen zu einer umfassenden und frühzeitigen Information eingehalten hätten und insbesondere der Abschlussbericht nicht zugesandt worden sei. Allein auf Presseberichte gestützt nahm der Verband zur Spritzenvergabe ausführlich schriftlich Stellung. Danach sei die Gefahr des Missbrauchs von Spritzen als Waffe nicht außer Diskussion und eine flächendecken-

de Spritzenvergabe nicht zu verantworten. Die Bediensteten seien auch nicht bereit, die für sie mit der Überlassung von Spritzen an Drogenkonsument(inn)-en verbundenen Gefahren zu tragen. Außerdem werde weiterhin in der Spritzenvergabe eine Kapitulation vor den Drogenproblemen im Vollzug gesehen, während der gesetzliche Auftrag des Behandlungsvollzugs die Unterbindung und Eindämmung des Drogenkonsums zum Ziel habe.

November 1999: Nichts geht mehr

Auch das Justizministerium äußerte sich jetzt schriftlich zu den Ergebnissen der Anhörung und setzte damit allen Hoffnungen auf eine zügige Umsetzung der mit dem Modellversuch gewonnenen Erkenntnisse ein Ende. Danach habe der Modellversuch in Hamburg erwiesen, dass die Spritzenvergabe schädliche Nebenwirkungen habe: Zum einen würde sie den Umstieg auf den intravenösen Konsum erleichtern, zum anderen habe der Vollzug mit dieser Maßnahme auch seinen Charakter als aufgezwungenen, aber doch hilfreichen Schonraum aufgegeben. Bezweifelt wurde sogar, dass der durch die Spritzenvergabe bewirkte Rückgang des „Needle-Sharing“ das Infektionsrisiko reduziert: „... sonst müssten in der Szene draußen nach jahrelanger Spritzenvergabe in den Drogenberatungsstellen die Infektionszahlen längst deutlich gesunken sein“. Ein „erheblicher“ (wenn auch nirgends erfasster) Teil der Hepatitisinfektionen im Vollzug sei auf andere Infektionsquellen wie Tätowieren und Piercing mit unsterilem Gerät sowie Geschlechtsverkehr zurückzuführen. Dies allerdings spricht meines Erachtens keinesfalls gegen die Ausschaltung eines wichtigen Übertragungsweges, sondern für eine umfassende Infektionsprophylaxe im Vollzug, die auch die weiteren Risiken im Blick behält und zu beeinflussen sucht.

Obwohl in beiden Versuchsanstalten die gegenüber dem Arzt bzw. dem Suchtberatungsdienst abgegebene Erklärung, dass man drogenabhängig sei, zwingende Voraussetzung für eine Teilnahme am Spritzenumtauschprojekt war, wurden insbesondere bei der Automatenvergabe strafrechtliche Risiken gesehen. Nach § 29 Abs.1 S. 2 Betäubungsmittelgesetz dürfe ausschließlich jenen Personen ein ungehinderter Zugang zu Spritzen verschafft werden, die bereits betäubungsmittelabhängig¹ sind. Daher müsse die Anstalt gewährleisten, dass sich die Spritzenvergabe auch nur auf betäubungsmittelabhängige Gefangene beschränkt. Die Bereitstellung von Spritzen in dem Bewusstsein, der Abnehmerkreis sei nicht kontrollierbar, wird bereits als bedingt vorsätzliches und damit strafbares Handeln angesehen. Vermutet wird, dass es wegen des weitgehend anonymen Zugangs zu den Spritzenautomaten auch nicht abhängigen Gefangenen gelungen ist, Spritzen an sich zu bringen. Eine wirksame Kontrolle sei letztlich nur durch eine persönliche Übergabe zu gewährleisten. Diese wiederum gefährde aber den Erfolg der Maßnahme, weil die Anonymität, die für eine Akzeptanz seitens der Betroffenen erforderlich ist, nicht gewährleistet werden kann.

1 Das Gesetz unterscheidet nicht zwischen Betäubungsmittelabhängigen und Drogenkonsument(inn)en. Gemeint sind somit alle, die illegale Drogen gebrauchen,

Eine flächendeckende Einführung der Spritzenvergabe in niedersächsischen Haftanstalten lehnte das Justizministerium jetzt ausdrücklich ab. Diese sei weder wünschenswert noch machbar. Für manche Gefangenengruppen sei der – zwangsweise – „Schutz vor Verführung“ einer allgemeinen Verfügbarkeit von Spritzen vorzuziehen; andernfalls sei es nicht mehr möglich, sich dem Drogenangebot und -konsum – ob mit oder ohne professionelle Hilfe – zu entziehen. Zudem eigne sich nicht jede Anstalt für eine solche Maßnahme. Auszuschließen sei die Spritzenvergabe für

- a) den Jugendvollzug und die Sozialtherapie,
- b) Anstalten mit hohem Aggressionspotenzial (z.B. die Vollzugsanstalten Celle und Salinenmoor),
- c) große und komplexe Anstalten wie z.B. die JVA Hannover, da sich die Spritzenvergabe hier kaum auf Drogenkonsument(inn)en beschränken lasse,
- d) die Untersuchungshaft, weil durch die hohe Fluktuation ein ständiger Fluss von Spritzen in andere Haftanstalten zu erwarten sei,
- e) den offenen Vollzug, denn dort säßen nur wenige intravenös konsumierende Gefangene ein, die sich zudem durch Vollzugslockerungen Spritzen verschaffen könnten.

Die dann noch übrigen Vollzugsanstalten (mit etwa einem Viertel der Gefangenepopulation in Niedersachsen) müssten den zusätzlichen Personal- und Sachaufwand aus eigener Kraft leisten, falls sie dazu bereit seien, an der Spritzenvergabe mitzuwirken. Keinesfalls werde das Personal im Zusammenhang mit dieser Maßnahme aufgestockt. Angesichts der Personalmisere (steigende Gefangenzahlen, neue Stellen nahezu ausschließlich in neu gebauten Gefängnissen) ist klar: Damit sind auch die wenigen Haftanstalten, die nicht unter den Ausschlusskatalog fallen, faktisch außen vor.

Ein Jahr später (November 2000)

Niedersachsen: Vor allem die Landesjustizverwaltungen, die schon bisher gegen jede Form der Spritzenvergabe im Vollzug waren, bestätigen die rechtlichen Bedenken ihrer niedersächsischen Kollegen gegenüber einem Einsatz von Automaten. Geprüft wird jetzt, ob die Automaten in der Frauenanstalt Vechta abgebaut werden müssen. Erwartungsgemäß haben die medizinischen Erhebungen der Anstaltsärzte in den Justizvollzugsanstalten Bückeburg, Uelzen und Lingen, Abteilung Groß Hesepe nicht den Beweis dafür erbracht, dass die Vergabe steriler Einwegspritzen an Gefangene dazu beiträgt, gefährliche Infektionen zu verhindern. Diskutiert wird aber, ob die Handvergabe in einigen ausgewählten Anstalten ein geeignetes Mittel sein könnte, mit den betreffenden Gefangenen über ihr Konsumverhalten zu sprechen und auf diesem Wege die Bereitschaft für eine Abstinenzbehandlung zu stärken.

In der Hansestadt Hamburg wird ab 1. März 2000 der Spritzenumtausch u.a. auf die JVA Fuhlsbüttel ausgeweitet.

Der neue Justizminister Dr. Pfeiffer, als ehemaliger Direktor des KFN vor allem mit dem Hamburger Modellversuch bestens vertraut, ist der Ansicht, dass die Spritzenvergabe weder in Niedersachsen noch in anderen Bundesländern die Infektionsprophylaxe empirisch nachprüfbar verbessert habe, und zwar weder in Justizvollzugsanstalten noch in der offenen Drogenszene. Immerhin: In den beiden Modellanstalten wird die Spritzenvergabe fortgesetzt, in Vechta ergänzt um die Handvergabe. Die Möglichkeit, Drogen konsumierende Gefangene über die Handvergabe für die Nutzung höherschwelliger Angebote zu motivieren, steht auch anderen Anstalten offen, die sich dieser Aufgabe stellen wollen und sie mit dem vorhandenen Personal bewältigen können. Außerdem soll die Gesundheitsförderung für Gefangene in den Bereichen Suizidvorbeugung, Ernährung, Gesundheitssport, Hygiene und „Safer Use“ verstärkt werden.

In Hamburg dagegen sieht die Koalitionsvereinbarung von CDU, FDP und Schill-Partei das Ende des Spritzenumtauschs in Haftanstalten vor.

PILOT-PROJEKT „GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM RUSSISCHEN STRAFVOLLZUG“ VON „ÄRZTE OHNE GRENZEN“/HOLLAND

Murdo Bijl

Seit Beginn der AIDS-Epidemie haben sich weltweit 57 Mio. Menschen mit dem HI-Virus infiziert, wovon mehr als 21 Mio. an den Folgen der Infektion gestorben sind. Heute leben etwa 36 Mio. Menschen mit HIV/AIDS. Im Jahr 2000 erreichten die Todesfälle infolge von AIDS eine Höchstzahl von 3 Mio., und weltweit waren 5,3 Mio. Erwachsene und Kinder von Neuinfektionen betroffen.¹

UNAIDS zufolge war die stärkste Zunahme an HIV-Neuinfektionen 1999 in den neuen unabhängigen Staaten der früheren Sowjetunion zu verzeichnen, wo sich die Zahl der mit HIV lebenden Menschen zwischen 1997 und 1999 verdoppelte. Diese Staaten sehen sich mit einem neuen Phänomen, dem massiven Gebrauch von Spritzdrogen, konfrontiert, während die Aufklärung über HIV und AIDS nur zögernd in Gang kommt. In der Russischen Föderation breitet sich die HIV-Infektion rapide aus: Ende März 1999 wurden 12.332 HIV-Infektionen registriert, am 19. Januar 2000 waren es 26.414 und am 18. Juli 2000 bereits 53.170.² Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind die offiziellen statistischen Angaben eines Landes mit dem Faktor 5 bis 10 zu multiplizieren, um auf die zu schätzende Gesamtzahl an HIV-Infektionen zu kommen. Für Russland würde dies bedeuten, dass zwischen einer viertel bis zu einer halben Million Menschen mit HIV infiziert sind.

Wie überall in der Welt ist auch in Russland die HIV-Infektionsrate bei Gefangenen höher als in der übrigen Bevölkerung. Bis heute befinden sich dort annähernd 6.500 aller offiziell registrierten Menschen mit HIV/AIDS in Haft; bei über 90 % von ihnen handelt es sich um junge intravenös Drogen Gebrauchende.

Die Behörden Russlands, besonders das Gesundheitsministerium, haben den Ernst der Lage erkannt und beteiligen sich an der Weiterentwicklung und Umsetzung der Präventionsstrategien von „Ärzte ohne Grenzen“. Ein Ergebnis dieser Kooperation sind Bemühungen, HIV-Präventionsstrategien für Drogengebraucher/innen in 34 Regionen der Russischen Föderation einzusetzen. Sie beinhalten u.a. Spritzenaustauschprogramme und aufsuchende Sozialarbeit. Die Einführung gesundheitsfördernder Maßnahmen ist schwierig angesichts der komplizierten Bedingungen in der russischen Gesellschaft. Große Probleme praktischer Art gibt es vor allem in den Strafvollzugsanstalten. Erst allmählich kommt ein Prozess der Anerkennung, Gestaltung und Umsetzung entsprechender Programme in Gang.

1 http://www.unaids.org/fact_sheets/ungass/word/FSoverview_en.doc

2 Vadim Pokrovsky, Direktor des Russischen AIDS-Präventionszentrums

Die Entwicklung des Pilotprojekts „Gesundheitsförderung im russischen Strafvollzug“ begann im Juli 1999 mit der Unterzeichnung einer gemeinsamen Erklärung zwischen dem GUIN (Hauptverwaltung des Strafvollzuges) des Justizministeriums der Russischen Föderation und Ärzte ohne Grenzen/Holland. Das Ziel ist, die beteiligten Entscheidungsträger mit Mitteln für die HIV-Prävention auszustatten und in vier Regionen die Gefängnisse mit den kommunalen Diensten zu vernetzen, um tragfähige und haltbare Strukturen für die Fortführung der Maßnahmen zu schaffen. Die Vertreter/innen staatlicher Stellen, das medizinische Personal der Gefängnisse und die Inhaftierten sollten gleichermaßen daran beteiligt werden, ein für das russische Gefängnisssystem passendes gesundheitsförderndes Programm zu entwerfen und umzusetzen.

Das Programm umfasst die Erstellung gesundheitsfördernder Materialien und eines Trainingshandbuchs, die Ausbildung zum Thema „Gesundheitsförderung“ und die praktische Umsetzung von HIV-Präventionsmaßnahmen in sieben ausgewählten Gefängnissen (vier Anstalten für Untersuchungshaft, ein Straflager für Frauen, eines für Männer und eines für Jugendliche) in vier Regionen (Moskau, Krasnodar, Penza und Omsk) der Russischen Föderation. Auswahlkriterien waren die HIV-Prävalenz in den Regionen und Gefängnissen, das Interesse an Maßnahmen der HIV/AIDS-Prävention, das regionalpolitische Engagement, Unterschiedlichkeit der Haftanstalten im Hinblick auf Geschlecht und Alter der Inhaftierten sowie die geografische Verteilung.

Das Pilotprojekt greift auf internationale Erfahrungen in der Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen im Strafvollzug zurück und wurde an russische Verhältnisse angepasst. An der Umsetzung sind nationale und internationale Organisationen und Institutionen beteiligt; zu den zahlreichen Workshops und Trainingsseminaren wurden zusätzlich Berater/innen eingeladen.

Angeregt werden soll vor allem die Kooperation zwischen städtischen und regionalen Schlüsselpersonen, insbesondere der medizinischen Dienste im Gefängnis und der städtischen Gesundheitsdienste. Das Programm will Initiativen der Wohlfahrtspflege fördern, vor allem durch Einbeziehung von Eltern-, Kirchen- und Nicht-Regierungs-Organisationen (NGO). Das Programm legt großen Wert darauf, funktionale und praxisorientierte Bündnisse mit anderen Organisationen der Straffälligenhilfe zu unterstützen, die bei der Verbesserung von Haftbedingungen andere Schwerpunkte setzen.

Nach einjähriger Laufzeit des Programms wurden ein nationales und internationales Expertennetzwerk für die Beobachtung der Situation in Russland aufgebaut, Trainings- und Informationsmaterialien entwickelt, Workshops für russische Schlüsselpersonen auf zentraler, regionaler und Gefängnisebene organisiert, Peer-Ausbilder/innen aus Haftanstalten rekrutiert und ausgebildet sowie mit der Verteilung von Kondomen und Bleach begonnen.

Bestandteil des Programms ist die Beobachtung der Epidemiologie. Dabei werden quantitative und qualitative Methoden angewandt, um auf diese Weise die Entwicklung von Materialien zu unterstützen und die Wirkung des Programms zu messen.

Die ersten vier Workshops des Pilotprojekts fokussierten auf die Akzeptanz gesundheitsfördernder Maßnahmen, die Erarbeitung von Strategien und die Ent-

wicklung von Materialien und Aktivitäten. Die Entscheidungsträger/innen und Repräsentant(innen) des Russischen Bundesjustizministeriums und des Gesundheitsministeriums, Vertreter/innen regionaler Gefängnis- und Gesundheitsdienste und internationale Teilnehmer/innen entwickelten gemeinsam eine Strategie für die praktische Umsetzung des Programms in den vier ausgewählten Regionen.

Hier einige der bisher erreichten Ergebnisse:

- Die Empfehlungen der WHO zum Umgang mit HIV/AIDS in Gefängnissen (1993) werden von den regionalen Entscheidungsträger(inne)n und den Gefängnisvertreter(inne)n insgesamt gutgeheißen. Dies gilt insbesondere für die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen den vollzuglichen und externen Diensten.
- Auf der Management-Ebene wurde hinsichtlich der Inhalte und Grundzüge der Materialentwicklung, der Trainingsseminare und der Aktivitäten ein Konsens erreicht.
- Die russischen Teilnehmer/innen haben eine überregionale Arbeitsgruppe zu HIV und AIDS im russischen Strafvollzugssystem eingerichtet, die sich zweimal jährlich trifft. Ihr gehören sieben Gefängnisdirektoren, die Verantwortlichen der medizinischen Abteilungen der Strafanstalten und der AIDS-Zentren der vier Regionen an. Die Arbeitsgruppe hat damit begonnen, Richtlinien zu entwerfen, um das Personal bei der praktischen Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen anzuleiten und zu unterstützen.
- Die WHO und „Ärzte ohne Grenzen“ wollen die Möglichkeiten für die Erarbeitung von Richtlinien zur Kontrolle von HIV/AIDS in Gefängnissen prüfen.
- Die Arbeitsgruppe „Infektionskrankheiten“ des Niederländischen Justizministeriums will Möglichkeiten einer Zusammenarbeit westeuropäischer Partnerinstitutionen mit russischen Gefängnissen prüfen.
- Die ausländischen Teilnehmer/innen wollen ihre Kontakte im Gefängnisssystem zusammentragen, um Netzwerkarbeit zu ermöglichen und einen internationalen Pool von Trainer(inne)n und Moderator(inn)en aufzubauen.
- Die Notwendigkeit der Peer-Ausbildung, der Kondom- und Bleach-Vergabe sowie der Ausbildung für die Beratung vor und nach dem HIV-Test wurde erneut bestätigt.
- Spezielle HIV/AIDS-Management-Trainings wurden durchgeführt.
- Die Planung konkreter Maßnahmen wurde aufgenommen: Man hat allgemeine und spezielle Ziele vereinbart, Zielgruppen ausgewählt und mit der Konzeptentwicklung begonnen.
- Die Rückmeldung der Teilnehmer/innen über den Projektstand erfolgt über die Erstellung der beiden Trainingshandbücher für „Gesundheitsförderung und Risikominderung in Gefängnissen“ und für die Ausbildung von Peers.
- Für die Kommunikation und Berichterstattung jeder Region wurden Richtlinien erarbeitet.
- Die teilnehmenden Regionen und Gefängnisse wurden mit elf Computern, Modems und E-Mail-Zugang ausgestattet, um zwischen allen Projektteilnehmer(inne)n eine kontinuierliche Kommunikation sicherzustellen.
- Man kam überein, mit welchen Mitteln die Wirksamkeit des Programms gemessen werden sollte. Entwickelt wurde ein quantitatives und qualitatives

Untersuchungsinstrument, z.B. ein Fragebogen und eine Grundlage für die standardisierte Datenerhebung.

- Für Mitarbeiter/innen aus dem Gesundheitsdienst und dem allgemeinen Vollzugsdienst, die in den regionalen Institutionen der Russischen Föderation Trainer/innen werden wollen, sind Schulungen durchgeführt worden.
- Mitarbeiter/innen (mittleres Management, Gesundheitsdienst, allgemeiner Vollzugsdienst) aus sieben Gefängnissen wurden in separaten und gemeinsamen Trainingseinheiten auf die in ihren Gefängnissen umzusetzenden Maßnahmen vorbereitet.
- Die am Pilotprojekt teilnehmenden Initiativen wurden von einem Ärzte-ohne-Grenzen-Team besucht, das in jeder Region ein einwöchiges Training für Gesundheitspersonal und Inhaftierte organisierte und bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen beratend zur Seite stand.
- Bis jetzt wurden 50 Mitarbeiter/innen der Gesundheitsdienste für die Beratung vor und nach dem HIV-Test und 50 Inhaftierte in der Peer-Support-Arbeit ausgebildet.
- Alle Gefängnisse haben mit der Vergabe von Kondomen und Bleach begonnen. Die Vergabe erfolgt in der medizinischen Abteilung, in Besucherräumen, an den Ausgängen und bei der Entlassung. Für die Dokumentation wird ein von „Ärzte ohne Grenzen“ entwickeltes Formblatt benutzt.
- Runde Tische wurden organisiert, um in den Städten der vier Regionen eine Zusammenarbeit mit dem Pilotprojekt zu erreichen. Bei den Treffen wurden auch Pressekonferenzen abgehalten.

DAS WHO-PROJEKT „GESUNDHEIT IN GEFÄNGNISSEN“

Alexander Gatherer, Cees Goos

Entstehung des Projekts

Das WHO-Projekt „Gesundheit in Gefängnissen“ (Health in Prisons Project/HIPP) orientiert sich an der weltweit verfolgten Strategie „Gesundheit für alle“, welche sich die WHO vor mehr als zwanzig Jahren auf die Fahnen geschrieben hat.¹ Besondere Impulse erhielt es durch die Arbeit des Europäischen WHO-Regionalbüros in Kopenhagen, das den Ansatz der „Gesundheitsförderung nach Lebensbereichen“ (*settings*) weiterentwickelte. Dies führte zum Beispiel zu Projekten wie „Gesunde Städte“ (Healthy Cities Project²), „Gesundheitsfördernde Schulen“ (The European Network of Health Promoting Schools/ENHPS³) und „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“⁴.

Das Thema „Gesundheit und Gesundheitsförderung im Strafvollzug“ geriet vor allem durch die Auswirkungen der HIV/AIDS-Krise verstärkt ins öffentliche Bewusstsein: In den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts zeigte sich immer mehr, dass Inhaftierte im Vergleich zur sonstigen Bevölkerung ein deutlich erhöhtes Risiko einer Infektion mit einer lebensbedrohlichen Krankheit wie HIV und/oder Hepatitis haben und unter deutlich schlechteren gesundheitlichen Bedingungen leben. Nicht zu Unrecht befürchtete man Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit durch entlassene Gefangene.

1995 veranstaltete das Europäische Regionalbüro der WHO in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsrat der Strafanstalten in England und Wales in London eine Arbeitsgruppensitzung zum Thema „Health in prisons/Health promotion in

1 Bereits in der WHO-Satzung aus dem Jahre 1946 heißt es, die Gesundheit aller Völker sei fundamental für Frieden und Sicherheit. Die „Health-for-all“-Strategie wurde 1977 von der WHO entwickelt, der Startschuss zur Umsetzung fiel 1978 auf der International Conference on Primary Health Care in Alma Ata. Hintergrund war, dass damals – allen ehrgeizigen Zielen der WHO-Satzung zum Trotz – etwa eine Milliarde Menschen in Armut lebten und der „Genuss des höchsten erreichbaren Gesundheitsstandards“ für sie unerreichbar war. Im Jahr 1995 begannen Vorbereitungen für eine erneuerte „Gesundheit-für-alle“-Strategie, die schließlich am Mai 1998 von der 51. Welt-Gesundheits-Versammlung unter dem Titel „Health-for-all policy for the twenty-first century“ verabschiedet wurde. Darin heißt es unter anderem, man sei den ethischen Konzepten der Gleichheit (*equity*), Solidarität (*solidarity*) und sozialen Gerechtigkeit (*social justice*) verpflichtet und sehe es daher als notwendig an, soziale und ökonomische Ungleichheiten zu reduzieren, um die Gesundheit aller zu verbessern. Größte Aufmerksamkeit müsse deswegen denjenigen zukommen, die ihrer am meisten bedürften: Menschen, die bei schlechter Gesundheit seien, nicht angemessen behandelt würden oder arm seien.

2 Nähere Informationen unter <http://www.who.dk/healthy-cities/hcp> (Stand: September 2001)

3 Nähere Informationen unter <http://www.who.dk/enhps/index.html> (Stand: September 2001)

4 Nähere Informationen unter <http://es.euro.who.int/> (Stand: September 2001)

the prison setting“, an der neben Vertreter(inne)n aus acht Ländern auch Beobachter/innen des Europarates (Council of Europe), der EU und von Nichtregierungsorganisationen teilnahmen. Deutlich wurde, dass es zwar große Unterschiede zwischen den europäischen Ländern z.B. bei der Zahl der Inhaftierten bzw. ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung (zwischen 40 und 350 pro 100.000 Einwohner/innen) oder der gesundheitlichen Versorgung in Haft gab, die gravierendsten Probleme aber überall die gleichen waren: Substanzmissbrauch (einschließlich Alkohol, Drogen und Tabak), übertragbare Krankheiten (insbesondere HIV, Hepatitis und Geschlechtskrankheiten) und psychische Probleme. Man war sich daher darin einig, dass das Gefängnis ein geeignetes „Setting“ für Gesundheitsförderung sei, die einer besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe großen gesundheitlichen Gewinn bringen könne. Und nicht nur das: Auch das Vollzugspersonal und die öffentliche Gesundheit würden profitieren – die Gesundheit der Gesellschaft, aus der die Gefangenen kommen und in die sie in vielen Fällen nach relativ kurzer Zeit zurückkehren.

Wenngleich durchaus von einigen erfolgreichen Projekten berichtet werden konnte, zeigte sich, dass insgesamt zu wenig getan wurde und dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf große Schwierigkeiten stießen (fehlende finanzielle und personelle Ressourcen, Widerstände seitens der Gefängnisleitungen oder der Justizverwaltung usw.). Man kam daher überein, den Aufbau eines europäischen Netzwerks zur Gesundheitsförderung in Haft voranzutreiben, das beim WHO-Regionalbüro in Kopenhagen angesiedelt sein sollte. Zu den Aufgaben dieses Netzwerks sollte gehören,

- Informationen darüber zu sammeln, was in den Mitgliedsstaaten bislang unternommen worden war, um die genannten Probleme anzugehen,
- herauszustellen, welche Strategie – unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen – die größte Wirkung hatte, und
- Richtlinien zu entwickeln, anhand derer die Länder ihre Politik bezüglich der Gesundheit in Gefängnissen überprüfen könnten.

Das WHO-Regionalbüro für Europa folgte diesen Plänen; 1996 wurde das „Health-in-Prisons Project“ eingerichtet und der Gesundheitsrat für die Gefängnisse in England und Wales zur Kooperationszentrale des Projekts ernannt. Im Oktober 1996 kam man zu einem ersten Treffen in Lissabon zusammen, bei dem die Arbeitsweise und Kriterien für die Mitgliedschaft festgelegt wurden. Das für Gesundheit in Gefängnissen zuständige Ministerium des jeweiligen Landes musste einer Mitgliedschaft offiziell zustimmen; da es sich dabei in den meisten Ländern um das Justizministerium handelt, schlug die WHO vor, auch die Gesundheitsministerien zu beteiligen. Die Mitgliedsstaaten ernannten schließlich eine/n oder zwei Vertreter/innen, die im Namen der sie entsendenden Ministerien die Verpflichtung übernahmen, in jährlichen Berichten darzulegen, was im Bereich Gesundheitsförderung in Gefängnissen bereits getan worden war bzw. im folgenden Jahr getan werden sollte, und sich an der Diskussion über gemeinsame Richtlinien und Erklärungen in Bezug auf die Politik und anzuwendende Vorgehensweisen zu beteiligen.

Das Projekt strebt eine Zusammenarbeit mit all jenen an, die das Ziel der Gesundheitsförderung für Menschen in Haft verfolgen; zu den Partnern gehören

zum Beispiel die EU, der Europarat, das Internationale Komitee des Roten Kreuzes oder die *World Federation for Mental Health*.

Was bisher geleistet wurde: 1995–2000

Die Mitglieder des Projekts treffen sich jedes Jahr, um sich über Erfolge und Misserfolge bei der Umsetzung von Strategien zur Gesundheitsförderung in Haft auszutauschen; nach den Sitzungen in London (1995) und Lissabon (1996) fanden weitere Treffen in Helsinki (1997), Den Haag (1998), Athen (1999) und Warschau bzw. Popova (2000) statt.

Ansteckende Krankheiten in Gefängnissen

Die Auseinandersetzung mit diesem wichtigen Thema begann im Oktober 1997 auf der Tagung in Helsinki und wurde im Dezember auf dem von WHO und UNAIDS gemeinsam ausgerichteten „Europäischen Seminar zu HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose in Gefängnissen“ in Popova (Polen) fortgesetzt. An dem Seminar nahmen Vertreter/innen aus 16 Staaten teil, darunter mehrere aus Mittel- und Osteuropa. Es zeigte sich, dass die WHO-Richtlinien von 1993 zu HIV/AIDS in Gefängnissen⁵ innerhalb Europas bisher nur in wenigen Staaten vollständig umgesetzt worden waren; angesichts Besorgnis erregender Zahlen wurde auch ein Entwurf für Richtlinien zur TBC-Prävention in Gefängnissen vorgelegt.

In der Abschlusserklärung zur Tagung in Popova forderten die Teilnehmer/innen die internationale Gemeinschaft dazu auf, den Bedingungen in Haftanstalten größere Aufmerksamkeit zu schenken und Maßnahmen zu ihrer Verbesserung zu ergreifen. Hingewiesen wurde in diesem Zusammenhang darauf, dass die überproportional hohen (und in vielen Ländern rapide ansteigenden) Infektionsraten in europäischen Gefängnispopulationen auch eine ernste Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellten.

Die Erklärung von Popova benennt mehrere Faktoren, die für die beschleunigte Ausbreitung von HIV, sexuell übertragbaren Krankheiten und TBC in Gefängnissen verantwortlich seien:

- Überfüllung, Mangelernährung und schlechte hygienische Bedingungen;
- die Tatsache, dass Gefangene häufig aus armen, benachteiligten Randgruppen stammen, die für solche Krankheiten besonders anfällig sind;
- riskante Verhaltensweisen bei der Injektion von Drogen und beim Sex (intravenös Drogen Konsumierende machen in vielen Ländern einen Großteil der Gefängnispopulation aus);

5 WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons (WHO/GPA/DIR/93.3), im Internet unter <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/prisons/una9947e.pdf> (Stand: September 2001)

- fehlender bzw. eingeschränkter Zugang der Gefangenen zu Präventionsmaßnahmen und medizinischer Versorgung (im Vergleich zu den Angebotenen, die außerhalb der Gefängnisse verfügbar sind).

Die Teilnehmer/innen sahen den „Lebensraum Gefängnis“ als wichtiges „Setting“ für Gesundheitsförderung und Krankheitsvorsorge an, biete er doch die Möglichkeit, auf eine Personengruppe zuzugehen, die im Allgemeinen als vulnerabel und oft „schwer erreichbar“ gilt. Man kam überein, Reformen des Straf- und Verurteilungssystems anzustoßen und voranzutreiben, die u.a. darauf abzielen sollten,

- die Überfüllung der Strafanstalten zu reduzieren,
- die Kriminalisierung von Gebraucher(inne)n illegaler Drogen zu beenden,
- die Zahl der Untersuchungshäftlinge zu reduzieren,
- Alternativen zur Freiheitsstrafe zu entwickeln.

Förderung der geistigen Gesundheit in Strafanstalten

Schon an dem Projekttreffen in Helsinki 1997 hatte die Präsidentin von *Mental Health Europe (MHE)*⁶ teilgenommen (europäischer Regionalrat der *World Federation for Mental Health*⁷), und die Sitzung in Den Haag im darauf folgenden Jahr (19.–21. November 1998) unter dem Titel „Progress on mental health promotion in prisons“ wurde gemeinsam mit MHE vorbereitet und durchgeführt. Bei diesem Treffen formierte sich innerhalb des HIP-Projekts eine Arbeitsgruppe zum Thema. Diskutiert wurde unter anderem über Ergebnisse einer vom niederländischen Justizministerium in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Untersuchung, der zufolge in ganz Europa mentale Störungen bei Gefangenen extrem häufig auftreten, womit erhebliche Risiken für das Wohlergehen der Inhaftierten und des Vollzugspersonals (sowie der jeweiligen An- und Zugehörigen bzw. des sozialen Umfelds) verbunden sind. Trotz der Brisanz dieses Problems waren Gefängnisbedienstete aber nur unzureichend über die Förderung geistiger Gesundheit und die Vermeidung von Beschädigungen der geistigen Gesundheit informiert.

Am Ende der Arbeitssitzung wurde eine gemeinsame „Erklärung zur Förderung geistiger Gesundheit in Haftanstalten“ verabschiedet, in der Justiz- und Gesundheitsverwaltung aufgefordert werden, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Das komme nicht nur den Inhaftierten und dem Gefängnispersonal zugute, sondern auch ihren An- und Zugehörigen sowie der Gesellschaft als ganzer.

6 *Mental Health Europe* ist eine europäische Nichtregierungsorganisation mit Sitz in Brüssel, die 1985 gegründet wurde und im Rahmen der *World Federation for Mental Health* arbeitet; nähere Informationen unter <http://www.mhe-sme.org>.

7 Die *World Federation for Mental Health* ist eine 1948 gegründete internationale Non-Profit-Organisation mit den Zielen: Förderung der Prävention mentaler und emotionaler Störungen, angemessene Behandlung und Versorgung von Menschen mit solchen Störungen und Förderung mentaler Gesundheit; nähere Informationen unter <http://www.wfmh.org>.

Förderung geistiger Gesundheit, so die Erklärung, geschehe auf drei Ebenen:

- Stärkung der individuellen emotionalen Widerstandsfähigkeit
- Stärkung des Gemeinschaftsgefühls, sodass sich jeder zugehörig fühlt
- Abbau der Barrieren, welche die Förderung geistiger Gesundheit behindern.

Als praktische Beispiele, wie man in Haftanstalten die ersten beiden der oben stehenden Ziele erreichen kann, werden unter anderem genannt:

- Zugang zu Sport- und Fitnessmöglichkeiten, regelmäßige sportliche Betätigung
- regelmäßige Arbeit oder regelmäßige Teilnahme an Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- künstlerische Betätigung
- Anti-Schikane-Strategien
- ausgewogene Ernährung
- Zugang zu angemessener gesundheitlicher Versorgung und zu Entgiftungsprogrammen
- Erwerb und Training sozialer Kompetenzen
- Beratungsangebote, z.B. zu Partnerschaftsproblemen
- Angebote zur besseren Bewältigung von starken und destruktiven Gefühlen wie Scham, Schuld, Ärger.

Die Realität in Gefängnissen dagegen sei allzu oft durch Faktoren geprägt, welche die mentale Gesundheit beeinträchtigen, z.B.

- Überfüllung
- schmutzige, deprimierende Umgebung
- unzureichende Ernährung
- Aggression und Gewalt (körperlich, verbal, rassistisch motiviert, sexuell usw.)
- unzureichende medizinische Versorgung
- Mangel an sinnvoller Beschäftigung
- erzwungene Isolierung oder aber fehlende Möglichkeiten, sich zurückzuziehen, sich zu entspannen, nachzudenken.

Die Erklärung erinnert daran, dass die meisten Inhaftierten aus besonders benachteiligten gesellschaftlichen Bereichen kommen und ihre körperliche und geistige Gesundheit aufgrund ihrer Geschichte und Lebensumstände (z.B. Kindheitstraumata durch sexuellen Missbrauch, körperliche Gewalt oder Vernachlässigung, abgebrochene Ausbildungen und Arbeitslosigkeit, Drogenabhängigkeit und Beschaffungskriminalität usw.) häufig schon vor der Inhaftierung eingeschränkt oder beschädigt sei. Man müsse daher zum einen verhindern, dass die Haftsituation die geistige Gesundheit noch weiter schädige (da die Strafe im Freiheitsentzug bestehe und nicht in der Schädigung der Gesundheit und des Wohlbefindens), und könne zum anderen auch die Chance nutzen, ansonsten schwer erreichbaren benachteiligten Menschen Maßnahmen der Gesundheitsförderung anzubieten. Es gelte daher, alle Inhaftierten fürsorglich, wohlwollend und mit Respekt zu behandeln.

Drogen und Gefängnisse

Beim HIP-Projekt-Treffen im November 1999 in Athen ging es um Gesundheitsförderung in Gefängnissen in Bezug auf Drogengebrauch bzw. -missbrauch. An der Vorbereitung war auch die Pompidou-Gruppe des Europarats⁸ beteiligt, deren Leiter bei der Arbeitssitzung einen Überblick über Entwicklungen der letzten 20 Jahre beim Umgang mit Drogengebraucher(inne)n im Strafrechtssystem gab.

Man stellte fest, dass es zu wenig verlässliche Daten über Folgen des Drogenmissbrauchs in Gefängnissen für die öffentliche Gesundheit gebe, war sich aber hinsichtlich der drängendsten Probleme und der zu verfolgenden Ansätze und zu ergreifenden Maßnahmen weitgehend einig: In dem auf dem Treffen erstellten Entwurf für die „Athener Erklärung“⁹ heißt es u.a., angesichts der Besorgnis erregenden Zahl von Gefangenen mit Drogenproblemen und/oder übertragbaren Krankheiten wie z.B. Tuberkulose gelte es, wissenschaftlich solide und vergleichbare Daten zum Ausmaß dieser Probleme und zur Wirksamkeit von Schadensminimierungs- und Behandlungsprogrammen zu erheben und sich an erfolgreichen Maßnahmen („best practice“) zu orientieren. Zu den offenkundig erfolgreichen Strategien gehörten u.a.

- Hilfe und Unterstützung für Drogengebraucher/innen vom ersten Kontakt mit Vertreter(inne)n des Sozial-, Gesundheits- und Justizsystems an (z.B. während einer Entgiftungs- oder Substitutionsbehandlung)
- Fortsetzung von „draußen“ begonnenen Behandlungen im Gefängnis und Fortsetzung von Behandlungen, die in Haft begonnen wurden, nach der Entlassung
- Einrichtung drogenfreier Zonen als *ein* (nicht einziges) Angebot
- Angebote der Psychotherapie und Verhaltenstherapie sowie Maßnahmen zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft
- enge Zusammenarbeit mit Drogen(selbst)hilfeprojekten außerhalb der Gefängnismauern.

Das letzte Treffen des HIP-Projektes im Oktober 2000 in Popova bei Warschau fand zusammen mit der ersten polnischen Konferenz zur Gesundheit in Gefängnissen statt. Neben einem Überblick über die Lage in Polen und der Be-

8 Die Pompidou-Gruppe, eine Arbeitsgruppe auf Regierungsebene mit über 30 Mitgliedern, wurde 1971 auf Anregung des damaligen französischen Staatspräsidenten gegründet und ist seit 1980 beim Europarat angesiedelt (Direktion für Soziales und Wirtschaft). Die Gruppe koordiniert die politischen Maßnahmen der Mitgliedsstaaten gegen illegalen Drogenhandel und Drogenmissbrauch sowie zur Behandlung und Rehabilitation von Drogensüchtigen. Seit 1991 bestehen Arbeitsbeziehungen auch zu mittel- und osteuropäischen Ländern, die nicht Mitglied des Europarates sind. Die Pompidou-Gruppe arbeitet eng mit dem *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*; = *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)* zusammen, z.B. bei der Erstellung von Standards für die Datenerhebung. Nähere Informationen im Internet unter <http://www.pompidou.coe.int> und <http://www.emcdda.org> (Stand: September 2001).

9 „Athens statement on the management of public health problems in prison arising from the misuse of drugs“; Text unter <http://www.hipp-europe.org/events/athens/0010.htm> (Stand: September 2001).

sprechung projektinterner organisatorischer Fragen ging es auch um die in verschiedenen europäischen Ländern (Norwegen, Frankreich, England) erfolgte Verlagerung der Verantwortung für Gesundheitsdienste in Gefängnissen vom Justizministerium auf das Gesundheitsministerium. Deutlich wurde, dass eine solche Verlagerung durchaus sinnvoll sein könne (um z.B. mehr Mittel für „gesunde Gefängnisse“ zur Verfügung stellen zu können), aber nicht in allen Ländern das Mittel der Wahl sei. Darüber hinaus wurde auch das HIP-Projekt-Treffen vom 20. bis 22. September 2001 in Bern vorbereitet, bei dem u.a. Richtlinien für die Gesundheitsförderung in Gefängnissen mit Blick auf Drogen und Drogenmissbrauch erstellt werden sollen.

Schlussbetrachtung

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass das HIP-Projekt einen wertvollen Beitrag zur allgemeinen Gesundheit in europäischen Staaten leistet, indem erfolgreiche Strategien einzelner Länder von anderen übernommen und umgesetzt werden. Über die nunmehr fast zwanzig Mitgliedsländer und die Partnerorganisationen hinaus bedarf es aber zukünftig einer noch engeren Zusammenarbeit und Vernetzung mit all jenen, denen die Gesundheitsförderung in Haft am Herzen liegt: Forscher/innen, Selbsthilfe-Aktivist(inn)en, Mitarbeiter/innen des Gesundheits- und Sozialsystems, Vertreter/innen der Justizverwaltungen und viele mehr.

Informationen zum Health-in-Prisons-Projekt der WHO (Europa):
<http://www.hipp-europe.org>

HEALTHY PRISONS – GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM STRAFVOLLZUG

Heino Stöver

Gefängnisse gesünder machen oder abschaffen? Beides schließt sich gegenseitig nicht aus: Wir werden noch länger mit Gefängnissen leben müssen und damit, dass Drogenkonsument(inn)en dort – obgleich offensichtlich deplatziert – stark überrepräsentiert sind. Aus pragmatischen Gründen scheint es deshalb unumgänglich, die gesundheitliche Situation gerade dieser Gefangenen sowie die krankmachenden Wirkungen des Freiheitsentzugs der totalen Institution Gefängnis immer wieder zum Thema zu machen und Reformen anzumahnen (vgl. dazu Stöver/Lesting 1999) – dies parallel zu einer abolitionistischen¹ Perspektive und zur Entwicklung von Haftvermeidungsprojekten.

Wer sich mit dem Thema „Drogenkonsum und Strafvollzug“ befasst, kommt unweigerlich zu dem Schluss, dass die Forderung nach Verhaltensänderung in dieser Gruppe nicht mehr greift, weil sie nur das Individuum in den Blick nimmt und diesem doppelte Schuld (Kriminalität und Drogenkonsum) zuschreibt. Notwendig ist Verhältnisprävention, die sich auf die Strukturen des Strafvollzugs bezieht. Bei der Gesundheitsfürsorge im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle, der Kooperation und Kommunikation mit „draußen“ sowie der Aus- und Fortbildung der Bediensteten werden grundlegende Widersprüche deutlich: Die Medizin ist Kontroll- und Hilfsinstanz zugleich, der Umgang mit Drogenkonsum ist bestimmt durch Berührungängste einerseits und Unterstützungsangebote andererseits, es gibt Wissensdefizite hinsichtlich Charakter und Dynamik von Sucht und Infektionsgeschehen.

Das Konzept „Healthy Prisons“ dient im Folgenden als gesundheitstheoretischer Rahmen für die Entwicklung von Ansätzen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage vor allem Drogen konsumierender Gefangener. „Healthy Prisons“ wird dabei, in Anlehnung an ähnliche Projekte der Weltgesundheitsorganisation (z.B. „Healthy Schools“), als Leitbegriff benutzt, wohl wissend, dass es keine „gesunden Gefängnisse“ geben kann: Der Freiheitsentzug an sich ist der Gesundheit abträglich. Gemeint ist damit vielmehr die Umsetzung und strukturelle Verankerung des Konzepts „Gesundheitsförderung“ für alle und möglichst mit allen im Gefängnis lebenden und arbeitenden Menschen.

1 abolitionistisch > Abolition = Abschaffung, Aufhebung, Beseitigung

Gesundheitsförderung

Begriffsbestimmung

Die am Beispiel der Gesundheitsförderung für Drogen konsumierende Gefangene aufgezeigten Angleichungs- und Versorgungsdefizite des Justizvollzugs weisen auf strukturelle Probleme hin. Eine angemessene gesundheitliche und psychosoziale Versorgung wird vollzuglichen Interessen untergeordnet: Behandlungs- und Schutzmaßnahmen, die „draußen“ mittlerweile Standard sind, werden einerseits der Therapiefreiheit des/der Anstaltsarztes/-ärztin, andererseits der Vollzugspolitik der Länder überantwortet. Die Widerstände gegen eine Angleichung in der Drogenhilfe sind Zeichen von Legitimationsproblemen und starken Tabus im Hinblick auf Drogenabhängigkeit und Infektionskrankheiten. In der vollzuglichen Gesundheitsfürsorge dominiert noch immer die Forderung nach Drogenfreiheit. Der „draußen“ vollzogene Paradigmenwechsel – also die Abkehr vom Abstinenzziel zugunsten eines differenzierten Systems der Suchtkrankenhilfe mit pragmatischer Ausrichtung auf Schadensminderung und niedrigschwellige Angebote in der weiterführenden Gesundheitsförderung – hat im Gefängnis nicht stattgefunden.

Die strukturellen Defizite erfordern verstärkte Bemühungen um eine Angleichung der vollzuglichen Gesundheitsfürsorge. Auf diese Weise kann man zwar nicht den Grundkonflikt zwischen Hilfe und Kontrolle beseitigen, wohl aber zu einer besseren Bewältigung gesundheitlicher Notlagen beitragen. Mit der Einführung der üblichen Behandlungs- und Prophylaxeansätze allein ist es jedoch nicht getan. In den Gefängnissen muss zugleich ein Angleichungsprozess grundsätzlicher Art eingeleitet werden: In der Public-Health-Debatte setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass nicht nur das individuelle Verhalten untersucht werden muss, sondern ebenso die sozialen Verhältnisse und Systeme in ihrer Wechselwirkung und Dynamik. Es reicht also nicht aus, nur reaktiv eine Krankheit zu behandeln oder bestenfalls Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogramme durchzuführen; benötigt wird zugleich eine Gesundheitsförderung, welche die Ressourcen des/der Einzelnen aktiviert und alle Akteure und Akteurinnen in einem auf gesündere Lebensverhältnisse ausgerichteten Setting zu integrieren versucht.

Das Konzept „Gesundheitsförderung“ bietet sowohl theoretische als auch politische und praktische Ansatzpunkte, die für die Weiterentwicklung eines professionellen Profils der Drogenhilfe nützlich sein könnten, ohne die drogenpolitischen Dimensionen der Hilfeleistung und die konsequente Basisorientierung als Arbeitsprämisse aufgeben zu müssen. „Gesundheitsförderung“ ist ja schließlich ein gesundheitspolitisches Konzept, das dem Menschen zu einem Mehr an Selbstbestimmung über seine Lebensverhältnisse und zu einem Mehr an Teilhabe an sozialen und gesundheitlichen Diskursen verhelfen will. Ausgangspunkte für entsprechende Projekte sind ein konsequenter Lebensweltbezug, Alltags- und Gemeinwesenorientierung, Partizipation aller Betroffenen

und Helfenden, Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten sowie Orientierung an den Kompetenzen und Ressourcen des Menschen (salutogenetische² Perspektive). Die Professionellen haben im Idealfall die Rolle von Mentor(inn)en inne, die vermittelnd, fördernd und unterstützend auf eine Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten über die eigenen Lebensverhältnisse (Empowerment) zielen.

Gesundheitsförderung stellt das individuelle (gesundheitsorientierte) Handeln in einen lebensweltlichen Kontext. Veränderungs- und Förderungsprozesse beziehen sich danach immer auf sämtliche sozialen und gesundheitlichen Systeme. Die individuelle Gesundheitsförderung wirkt auf die Lebenswelt, die strukturelle auf das Verhalten des/der Einzelnen zurück.

Ist Erkundung und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Potenziale des Individuums die eine Seite von Gesundheitsförderung, so ist die Einflussnahme auf das kollektive Gesundheitsverhalten und die gesellschaftlichen Verhältnisse die andere. Man ist also nicht mehr auf individuelle Verhaltensweisen fixiert, sondern bezieht die soziale und politische Ebene mit ein (vgl. Bröskamp-Stone/Kickbusch/Walter 1998). Diese Sichtweise geht weit über die der Prävention hinaus: Mit Prävention sind Maßnahmen gemeint, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung gezielt verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern können (vgl. Schwartz u.a. 1998, S. 151).

Das Konzept „Gesundheitsförderung“ markiert einen Paradigmenwechsel: weg von der Krankheits- und hin zur Gesundheitsorientierung (vgl. v.a. Antonovsky 1979). Es hat einem umfassenden sozialökologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit zum Durchbruch verholfen, indem es den Blick nicht nur auf den einzelnen Menschen, sondern in gleichem Maße auf gesundheitsrelevante Lebens- und Arbeitsbedingungen gelenkt hat – und diese lassen sich nur durch politisches Handeln verändern. Gesundheitsförderung wird zunehmend als eine „Investition in die Zukunft“ wahrgenommen.

Zur Geschichte des Konzepts „Gesundheitsförderung“

Die Diskussion über Inhalte, Ziele, Methoden und Organisation der Gesundheitsförderung gründet auf der „Ottawa Charta“, verabschiedet 1986 auf der „First International Conference on Health Promotion“ in Ottawa/Kanada. Darin ist der Grundgedanke von Gesundheitsförderung wie folgt formuliert worden:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinn ist die Gesund-

2 salutogenetisch > Salutogenese = Herstellung von Gesundheit

heit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. [...] Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.“

Die Charta „definiert Gesundheitsförderung als ein Programm sozialer Veränderung, das die Weiterentwicklung von Organisationen ebenso umfasst wie die Entwicklung persönlicher Kompetenzen.“ (Grossman/Scala 1994, S. 24). Folgende Handlungsstrategien werden genannt:

■ Anwaltschaft für Gesundheit

Gesundheitsförderliches Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.

■ Befähigen und Ermöglichen

Gesundheitsförderndes Handeln ist bemüht, soziale und gesundheitliche Unterschiede zwischen den Menschen zu verringern und die Menschen zu befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Voraussetzung hierfür ist das Eingebettet-Sein in eine unterstützende soziale Umwelt, der Zugang zu den wesentlichen Informationen, die Entfaltung praktischer Fertigkeiten und die Ermöglichung selbstbestimmter Entscheidungen im Hinblick auf die eigene Gesundheit.

■ Vermitteln und Vernetzen

Da das Gesundheitssystem für sich allein nicht in der Lage ist, die vielfältigen Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen, müssen alle Verantwortlichen in Politik, Wirtschaft und Kommunikation sowie alle nichtstaatlichen Verbände und Initiativen zusammenwirken. Dabei gilt es, zwischen den unterschiedlichen Interessen und Bereichen der Gesellschaft zu vermitteln und zu vernetzen (vgl. Kaba-Schönstein 1996, S. 46).

Die Ottawa Charta umfasst fünf sich wechselseitig beeinflussende Handlungsfelder:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Politik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste (siehe unten).

In der „Jakarta-Erklärung“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1997b) werden die Prämissen der Ottawa Charta fortgeschrieben und präzisiert. Festgestellt wird Folgendes:

- Am effektivsten sind umfassende Ansätze der Gesundheitspolitik und -förderung. Strategiekombinationen sind somit wirkungsvoller als einseitige Vorgehensweisen.
- Organisatorische und geografische Einheiten – z.B. Orte, Märkte, Schulen, Arbeitsplätze, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, ebenso Gefängnisse – bieten Gelegenheit für die Anwendung umfassender Strategien.
- Gesundheitsförderung ist nur dann erfolgreich, wenn die Bevölkerung beteiligt wird. Damit Aktivitäten und Entscheidungsfindungsprozesse wirksam werden können, müssen in ihrem Mittelpunkt die Menschen stehen.
- Frühzeitiges Erlernen gesundheitsfördernder Verhaltensweisen ermöglicht es den Menschen, sich in Maßnahmen der Gesundheitsförderung einzumischen. Zugang zu Bildung und Informationen ist unabdingbar, um die Menschen und ihr soziales Umfeld zur aktiven Wahrnehmung von Gesundheitsinteressen zu befähigen.

Nach Antonovsky (1979; zusammengefasst bei Rosenbrock 1993, S. 6f.) tragen drei Faktoren maßgeblich zur Gesundheit bei: „Individuen und Gruppen bleiben eher gesund, wenn

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

Wendet man diese drei Faktoren auf den Strafvollzug an, wird deutlich, dass die Möglichkeiten zur Gesunderhaltung bei (drogenabhängigen) Gefangenen grundsätzlich eingeschränkt sind. Die Belastungen sind für Gefangene – selbst bei mehrmaliger Inhaftierung – kaum vorhersehbar und die Anforderungen oftmals nicht einzuordnen: Was z.B. bedeutet das HIV-Testangebot in Haft – wie ist der eigene Serostatus einzuschätzen, wie das eigene Infektionsrisiko? Was kommt mit der Zellenbelegung auf mich zu? Wie sieht es aus mit körperlicher Bewegung, mit Besuch, Ernährung, medizinischer Versorgung, Arbeit oder Freizeit? Wie wirkt sich die reizarme Umgebung auf Lebensmut und Lebenslust aus? Die Möglichkeiten, gesundheitsförderliche Wirkungen zu erzielen, sind eingeschränkt, z.B. dadurch, dass es keine freie Arztwahl gibt und das Arzt-Patient-Verhältnis im Vollzug besonderen Bedingungen unterliegt. Weder vorhersehbar noch abwendbar sind ebenso die begrenzten Partizipations- und Handlungsmöglichkeiten wie auch der Umgang mit Ohnmachtsgefühlen. Und auch die Möglichkeit, persönliche oder kollektive Ziele zu verfolgen, wird sich im Strafvollzug nur gebrochen finden lassen – nicht zuletzt deshalb, weil Gefangene aufgrund ihrer gesellschaftlichen Absonderung über mehr negative Selbstkonzepte verfügen als über positive. Letztere wären aber notwendig für die Entwicklung und Unterstützung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen.

Die Analysen zur Morbidität³ und Mortalität⁴ unter inhaftierten Drogenkonsument(inn)en haben gezeigt, dass das Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko in dieser Gruppe sehr viel höher ist als in der übrigen Bevölkerung (Hepatitis-Risiko, Tod unmittelbar nach Haftentlassung; vgl. auch Bundesamt für Statistik der Schweiz 1998). Soll Gesundheitsförderung darauf abzielen, Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung aufzuspüren und Lösungsvorschläge zu erarbeiten, dann bildet der Justizvollzug ein wichtiges Handlungsfeld.

Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit und Krankheit

Das von Becker (1992, S. 100) entworfene Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit und Krankheit, das auf Antonovskys Theorie der Salutogenese (1979) aufbaut, definiert Gesundheit darüber, welche äußeren und inneren Ressourcen dem/der Einzelnen zur Bewältigung von Anforderungen zur Verfügung stehen. Zu den äußeren Ressourcen zählen die psychosozialen und physischen Umweltbedingungen (wie z.B. ein guter Arbeitsplatz), zu den inneren die individuellen Voraussetzungen – zum einen psychischer Art (z.B. eine stabile seelische Gesundheit im Sinne einer schützenden persönlichen Eigenschaft), zum anderen physischer Art (günstige angeborene oder erworbene Anlagen) (nach Schönbach 1995, S. 10). Krankheit oder Gesundheit ist demnach ein Produkt der Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt und nur in geringem Maße ein ausschließliches Produkt der Umwelt oder des Individuums. Aufgrund dieser komplexen Wechselwirkungen ist es unwahrscheinlich, dass Krankheit durch einfache, für sich stehende Maßnahmen verringert werden könnte. Notwendig sind statt dessen systemorientierte Ansätze.

Es ist davon auszugehen, dass schützende Faktoren bei Gefangenen nur gering ausgeprägt sind und die Interaktion zwischen Inhaftierten und ihrer Umwelt im Wesentlichen strukturell gestört ist. Trotz aller Einschränkungen durch Fremdbestimmung gilt es dennoch zu prüfen, welche Aspekte der Gesundheitsförderung – in veränderter Form – auf den Strafvollzug übertragbar sind und welche Folgen entsprechende Maßnahmen für die Organisation der Institution Gefängnis und für die hiermit verbundenen Institutionen haben können. Ein Beleg dafür, dass die in der Ottawa Charta beschriebenen Ziele auch im Strafvollzug umsetzbar sind, ist die Spritzenvergabe. Indem in Haft die gleichen infektionsprophylaktischen Möglichkeiten geboten werden 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“.

Welche gesundheitsförderlichen Potenziale können entsprechend den in der Ottawa Charta formulierten Handlungsstrategien im System Strafvollzug entwickelt werden? Die Praxis der akzeptierenden Drogenarbeit beispielsweise verweist auf die Bedeutung von Arbeitshaltungen und Grundüberzeugungen für die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen für Drogen-

3 Morbidität = Häufigkeit von Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe

4 Mortalität = Sterblichkeit

konsument(inn)en. Auch lassen sich deutlich Verbindungslinien zum theoretischen Konzept der akzeptierenden Drogenhilfe erkennen. Empowerment als Ansatz der individuellen Gesundheitsförderung lässt sich mit dem Prinzip der Akzeptanz in der Drogenhilfe vereinen. Wer Drogenkonsument(inn)en mit ihrem selbstgewählten Lebensstil annimmt und akzeptiert, nimmt ihre Erfahrungen und Kompetenzen auch im Hinblick auf ihr Leben mit Drogen ernst – trotz aller Bedenken gegenüber diesem Lebensstil. Damit wird die Selbstbestimmung der Drogenkonsument(inn)en „zum Ausgangspunkt für Interaktionen, sie reagieren nicht auf herrschende Definitionen, sondern besitzen selbst Definitionsmacht und eigenständige Handlungskompetenzen (vgl. Lochmann 1998, S. 11).

Eine in dieser Weise verstandene Akzeptanz schlägt sich in den Angeboten der Drogenhilfe nieder. Dort ist es möglich, Erfahrungen hinsichtlich der Wirksamkeit des eigenen (gesünderen) Handelns und der Kontrolle über Lebensanforderungen zu machen und sie in das Selbstbild und in den Lebensalltag zu integrieren. Die Strategien von Safer Use, Safer Work und Safer Sex – sowohl professionell angeleitet als auch selbst initiiert – sind ein lebenspraktischer Ansatz zur Förderung und Erweiterung eines selbst kontrollierten gesundheitsorientierten Lebens mit Drogen unter den Bedingungen der Illegalität (vgl. Schneider/Stöver 2000). Diese Wirkung lässt sich sicherlich nicht durch pädagogische Belehrung erreichen. Vielmehr sollte es sich um Angebote handeln, die an der Lebenswirklichkeit der Nutzer/innen ansetzen und Erfolgserfahrungen ermöglichen.

Gesundheitsförderung im Strafvollzug – konzeptionelle Grundlagen

Das Strafvollzugsgesetz versteht die Gesundheitsfürsorge für Gefangene (§§ 56–66) in traditionellem und eher funktionalistischem Sinne und bezieht sich auf einen klassischen Gesundheitsbegriff, der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit begreift und sich an biomedizinischen Parametern⁵ orientiert. Im Konzept Gesundheitsförderung wird diese pathogenetische⁶ Perspektive jedoch durch eine salutogenetische erweitert, und Gesundheitsförderung wird vom Setting her betrachtet und nicht mehr nur an einzelnen (Problem-) Gruppen (z.B. Drogengebraucher/innen) festgemacht. Dass es im System Justizvollzug grundsätzlicher gesundheitspraktischer und -politischer Veränderungen bedarf, wird am Beispiel von Drogenkonsument(inn)en deutlich, der größten Gefangenengruppe mit homogenen Merkmalen: Die traditionellen Hilfen reichen nicht aus, den gesundheitlichen Risiken des Drogenkonsums in Haft zu begegnen.

Im Folgenden werden umfassende neue Ansätze der Drogenhilfe auf ihre Übertragbarkeit auf den Strafvollzug überprüft. Dass dieser selbst gesundheitsgefährdend und sozial desintegrierend wirkt, ist beileibe keine neue Erkenntnis

5 Parameter = hier: eine kennzeichnende Größe, mit deren Hilfe Aussagen über den Gesundheitszustand gewonnen werden, z.B. die Blutwerte

6 pathogenetisch > Pathogenese = Erzeugung von Krankheit

mehr, weshalb zu überlegen ist, wie Haftstrafen bei Drogengebraucher(inne)n vermieden oder verringert werden können.

Ein umfassendes Gesundheitsförderungskonzept würde den Strafvollzug als ein System betrachten, in dem verschiedene Akteurinnen und Akteure mit je unterschiedlichen Interessen und Lebenswelten zusammentreffen. In den Blick zu nehmen sind also nicht nur die Drogen gebrauchenden Gefangenen, sondern alle Inhaftierten und sämtliche Bediensteten: ihre Interaktionen sowie die physischen, zeitlichen, organisatorischen und politischen Bedingungen. Die Institution Gefängnis lässt sich auf diese Weise als ein System unter vielen begreifen, und es ist möglich, sie mit anderen Institutionen zu vergleichen (regionale Hilfeorganisationen, Familie, Betriebe usw.).

Gerade aber die Kernelemente der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa Charta formuliert sind – Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, individuelle und kollektive Selbsthilfe, Partizipation und politische Einflussnahme –, scheinen im Strafvollzug nur sehr schwer realisierbar zu sein. Denn charakteristisch für die Lebensbedingungen Gefangener sind Fremdbestimmung, Unselbstständigkeit, Passivität, Lethargie, Versorgungshaltung, Fremdhilfe sowie geringe Teilhabe an Veränderungsprozessen und politischer Einflussnahme. Gerade im Hinblick auf Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten wird den Gefangenen das Recht auf Selbstbestimmung nicht zugestanden. Vor diesem Hintergrund soll nun aufgezeigt werden, wie sich die Idee, das Gefängnis dennoch zu einem „gesünderen“ Lebensbereich zu machen, entwickelt hat.

Grundlagen und Anregungen für ein Healthy-Prisons-Konzept fanden sich in einem Bericht über ein Symposium in Warrington (Nordwest-England), das im März 1995 stattfand. Aus der Ottawa Charta heraus sind viele „Healthy setting“-Projekte oder gar -Bewegungen entstanden. „Die Entwicklung von ‚Settings‘ für Gesundheit bedeutet, dass wir die Rahmenbedingungen von Gesundheit, die durch Organisationen geschaffen werden, aktiv gestalten müssen.“ (Grossmann/Scala 1994, S. 10). Das bekannteste und erfolgreichste Projekt ist die „Healthy Cities“-Bewegung. Aus dem Gedanken heraus, dass sich alle Bereiche überschneiden, in denen Menschen leben, arbeiten, spielen, lernen, studieren und interagieren, sind in vielen Institutionen – z.B. in Schulen, Universitäten, Betrieben oder Krankenhäusern – weitere gesundheitsfördernde Settings entstanden.

Das Gefängnis ist von der WHO erst sehr spät als ein Setting für Projekte der Gesundheitsförderung thematisiert worden: „Prisons are an area of special concern. We know that in most countries the lower socio-economic strata are over-represented in the prison population. We also know that the prison is a very disadvantageous environment for good health: lack of privacy, stress, reduced opportunities for social support, hygiene, overpopulation, which all have a negative impact on health.“ (Goos 1997, S. 20) Der Setting-Ansatz will die traditionelle Orientierung der Gesundheitspolitik und -praxis auf vermeintliche „Problemverhaltensmuster“ (z.B. Drogenkonsum in Haft) überwinden und statt dessen das Verhalten mit den Umweltbedingungen (setting) in Bezug setzen: „Hier sind die ökonomischen und sozialen Grundlagen und damit verbundene Abhängigkeiten und Risiken ebenso zu berücksichtigen wie milieuspezifische Traditionen. Dieser Ansatz beruht auf der Erkenntnis, dass Gesundheits-

probleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind.“ (Grossmann/Scala 1994, S. 66) Auf das Gefängnis übertragen heißt dies: Man vermeidet, die Verantwortung für Gesundheit einseitig an die Gefangenen zu delegieren und die der Gesundheit abträglichen Lebensbedingungen auszublenden. Darüber hinaus gilt es, die subkulturellen Bezüge und Traditionen inhaftierter Drogenkonsument(inn)en mit zu berücksichtigen.

Die WHO hat sich nach dem Vorbild erfolgreicher Setting-Projekte zur Aufgabe gemacht, ein Netzwerk von „Health-in-Prison-Projekten“ aufzubauen und mit Beteiligung des Europarates und der Europäischen Kommission Datenbasen hierfür zu liefern. Gegenwärtig sind 14 Länder in diesem Netzwerk zusammengefasst (ohne Beteiligung der Bundesrepublik Deutschland). Auf einer Konferenz im Oktober 1995 wurden die prioritären Themen für gesundheitsfördernde Projekte festgelegt: „... mental health, drugs and communicable diseases (particularly AIDS, TB and Hepatitis). The scope of the project however is not limited to these areas, and includes other areas of health promotion as well.“ (WHO 1996; 1997a, S. 1) Die Rolle der teilnehmenden Länder ist es, Aktivitäten der Gesundheitsförderung in den Gefängnissen zu stimulieren. Als Beispiele sind u.a. aufgeführt:

- gesünderes Essen
- rauchfreie Zonen
- körperliche/sportliche Betätigung
- soziale Handlungskompetenzen
- sexuelle Gesundheit
- Sicherheit und Sauberkeit
- Gesundheit am Arbeitsplatz
- Essenshygiene
- Krebsvorsorge
- Verbesserung der Umgebung im Gefängnis
- Programme für Konsument(inn)n legaler Drogen

Wie in anderen Settings der Gesundheitsförderung (Schule, Betrieb, Krankenhaus) sind auch hier bei der Umsetzung folgende Punkte zu beachten:

- Einsetzung einer internen multidisziplinären Gesundheitsförderungsgruppe mit Unterstützung des Topmanagements (Gefängnisleitung) zur Einschätzung des Bedarfs
- Einbeziehung der verschiedenen Zielgruppen (Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes, des medizinischen Dienstes sowie Gefangene) in die Planung und Entwicklung von Programmen
- Entwicklung einer allgemeinen Ziel- und Durchführungsstrategie mit Praxisplanung (Einführung der Maßnahme, Erfolgsmessung und Anpassung der Maßnahme an veränderte Bedingungen)
- Bereitstellen von Ressourcen für Gesundheitsförderung (Personal, Material)
- Ermöglichung des Erfahrungsaustauschs zwischen verschiedenen Abteilungen des Gefängnisses, mit externen Fachdiensten oder zwischen verschiedenen Gefängnissen (einschließlich Hospitationen)

- mittelfristige Zielsetzung (3–5 Jahre)
- Entwicklung von Standards und Grundsätzen

Im Folgenden werden fünf zentrale Bereiche beschrieben, die es im Rahmen der Gesundheitsförderung zu entwickeln gilt. Die Handlungsfelder der Ottawa Charta dienen dabei als Grundlage und Strukturierungsmöglichkeit⁷.

Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

„Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. [...] Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten für die Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.“ (Ottawa Charta o.J., S. 147)

Dies bedeutet für den Strafvollzug, die physischen, sozialen, politischen und gesetzlichen Bedingungen so zu gestalten, dass die Gesundheit der Inhaftierten und Beschäftigten bestmöglich unterstützt oder hergestellt wird. Das Thema Gesundheit sollte auf allen Gefängnisebenen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Gesundheitsförderung kann nicht von einem Sektor, von einer Anstalt und auch nicht allein von der Strafvollzugspolitik eines Landes verwirklicht werden. Initiativen können zwar sinnvoll sein, in der Gesamtsicht zeigen sich jedoch schnell Mängel. Der Transfer von fachlichen Standards der Suchtkrankenhilfe in den Vollzug beispielsweise kann nur unter bestimmten Voraussetzungen gelingen. So kann eine Anstalt mit der Substitution beginnen; wird jedoch ein substituierter Gefangener entlassen oder verlegt, muss gewährleistet sein, dass die Behandlung im Rahmen der Gesamtversorgung fortgeführt werden kann. Es sind also Organisationsaufgaben zu erfüllen, die auf fachlicher und politischer Koordination und Kooperation aufbauen und den Einsatz materieller Ressourcen, die finanziellen Zuständigkeiten, die persönlichen Verantwortlichkeiten und die rechtliche Absicherung aufeinander abstimmen. Zu diesem Zweck gilt es, „gesundheitspolitische Leitlinien zu formulieren, quantifizierbare Erfolgskriterien zu benennen und konkrete Zielvereinbarungen zu treffen“ (Grossmann/Scala, 1994, S. 25).

Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten

Der sozial-ökologische Ansatz der Gesundheitsförderung berücksichtigt die Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt: „Veränderte Lebens-, Ar-

⁷ Eine ausführliche Beschreibung praktischer Umsetzungsbeispiele von Gesundheitsförderungsaktivitäten im Vollzug ist enthalten in: HM Prison Service: Good Practice Bulletin. Information and Practice, 2/98

beits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung zielt auf Arbeits- und Lebensbedingungen ab, die sicher, anregend, befriedigend und freudvoll sind..." (Ottawa Charta o.J., S. 147f.).

Dies bedeutet für den Strafvollzug, die Grundlagen zu schaffen für eine Verbesserung der Gesundheit der Gefangenen und der Bediensteten unter Berücksichtigung ihrer zentralen Problemlagen (z.B. Drogenabhängigkeit, psychische Auffälligkeit, Migrant/in oder Stress, Gewalt, Angst) verbessern lässt. Dies bezieht sich zum einen auf die Umwelt, die baulichen Voraussetzungen (Inwieweit bewirkt eine sicherheitsorientierte Architektur gesundheitliche Belastungen?) und die Formen der Unterbringung⁸, zum anderen auf die physische und soziale Wirklichkeit von Menschen in Organisationen. Wichtig ist hier vor allem die Kooperation zwischen „drinnen“ und „draußen“. Notwendig sind oftmals interne organisatorische Veränderungen und die Einleitung gesundheitsförderlicher Schritte mit der Gemeinde, der Stadt usw.

Stärkung gesundheitsbezogener Aktivitäten in der Gemeinde

Gesundheitsförderung in Gemeinden oder sozialen Organisationen erfolgt durch Prioritätensetzung, Treffen von Entscheidungen sowie Planung und Umsetzung von Strategien: „Die Stärkung der Gemeinden (...) im Sinne vermehrter Selbstbestimmung sowie ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange sind Kernstücke der Gesundheitsförderung.“ (Ottawa Charta o.J., S. 148)

Basisnähe sowie Zielgruppen-, Lebens- und Arbeitsweltbezug sind wichtig für den Erfolg gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Nur unter Einbeziehung aller Beteiligten der „sozialen Organisation Gefängnis“ kann ein Engagement für gesundheitsrelevante Fragen erreicht werden. Dabei gilt es auch zu akzeptieren, dass Gesundheit sowie Organisations- und Umgangsformen aus je unterschiedlicher Perspektive (der Gefangenen, der Bediensteten und der Gefängnisleitung) betrachtet werden. Selbsthilfe, Peer-Support sowie eigenverantwortlich arbeitende Teams und Abteilungen sind wichtige gesundheitsförderliche Organisationsformen. Sie lassen sich nicht von oben verordnen, sondern müssen an der Basis bzw. im jeweiligen Lebens- und Arbeitsbezug erkannt und unterstützt werden.

Erforderlich ist, dass die Anstalten und die Kommune/Region miteinander kooperieren. Das heißt: Einbeziehung externer Dienste und Hilfsangebote in haftinterne Maßnahmen sowie Nutzung externer gesundheitlicher, sozialer und kultureller Angebote. In diesem Austausch soll es den Gefangenen ermög-

⁸ So stellt sich z.B. die Frage, ob Problemgruppen in separaten Flügeln untergebracht werden sollten. Drogenkonsument(inn)en z.B. erachten dies oft als wenig hilfreich, weil dadurch keine Distanz zur Drogenszene geschaffen wird und weil sie lieber mit anderen Gefangenen untergebracht werden möchten.

licht werden, Lernschritte zurück in die Gemeinde zu machen: „Das Wichtigste für ‚Healthy Prisons‘ ist nach meiner Auffassung, dass die Gefängnisstrafe ein langer vorbereitender Entlassungskurs sein soll, der die Gefangenen zur Übernahme von Verantwortung befähigt und dazu, kurzfristige Entscheidungen zu treffen. Als ich aus dem Gefängnis entlassen wurde, bekam ich Probleme, weil ich darin sehr wenig Erfahrung hatte.“⁹

Die Kooperation zwischen den Gefängnisdiensten und der Kommune/Region kann die Fortführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen gewährleisten:

- Drogenhelfer/innen der Haftanstalt und der Kommune/Region sollten sich regelmäßig zum Informations- und Erfahrungsaustausch sowie zur Herstellung dauerhafter Arbeitsbeziehungen treffen.
- Gefängnismitarbeiter/innen sollen von Externen darin unterstützt werden, zu einem angemessenen, gesundheitsförderlichen Umgang mit den Gefangenen zu finden.
- Gefängnisse sollten als ein Ort des Kontaktes mit Drogenkonsument(inn)en genutzt werden, um den Übergang in die Freiheit effektiv gestalten zu können.

Entwicklung persönlicher Kompetenzen

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch die Bereitstellung von Informationen, gesundheitsbezogener Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten.“ (Ottawa Charta o.J., S. 148)

Für das Gefängnis bedeutet dies, die Entwicklung von Fähigkeiten zur Bewältigung des Haftaufenthaltes und zur Ermöglichung eines Leben in Freiheit zu unterstützen. Einzuleiten ist ein umfassender Lernprozess zum Erwerb von Gesundheitswissen und von sozialen Kompetenzen, um Abhängigkeitsstrukturen zu durchbrechen. Bei den im Gefängnis lebenden und arbeitenden Menschen sollen Selbstständigkeit sowie Eigenverantwortung gestärkt werden.

Selbsthilfeförderung im Strafvollzug erfolgt idealerweise durch selbstangeleitete Gruppen, die von externen Einrichtungen betreut werden: Sie sind nicht funktional eingebunden und genießen daher das Vertrauen der Gefangenen. Selbsthilfe in Form von Gesprächsgruppen ist vor allem für Gefangene mit besonderen Problemlagen wichtig, z.B. für HIV-Infizierte, um Erfahrungen und Strategien zum Umgang mit der Infektion auszutauschen.

Neben der Initiierung von Maßnahmen zur Vorbereitung auf das Leben in Freiheit sind die Erfahrungen anderer Gesundheitsförderungssysteme (Schulen, Krankenhäuser, Städte), die auf Ressourcenförderung abzielen, zu nutzen. Der erste Schritt einer Ressourcenförderung besteht darin, den Gefangenen bewusst zu machen, welche Ressourcen in ihnen verborgen sind. Kreative Angebote, die nicht direkt an therapeutische Ziele geknüpft sind, eignen sich hierfür besonders und vermögen zugleich der Entstehung von Hospitalismus entgegenzuwirken.

⁹ Statement eines Teilnehmers der Konferenz „Healthy Prisons“ im Jahr 1996 (Squires/Strobl 1997, S. 233)

Denkbar wären tagesstrukturierende Beschäftigungen und Tätigkeiten, die in den Vollzugsplan integriert werden könnten.

Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Die in der Gesundheitsversorgung Tätigen und Verantwortlichen müssen gemeinsam ein System entwickeln, das auf eine stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist: „Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, welche die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie haben die Aufgabe, Nöte und Bedürfnisse von Individuen und Gemeinschaften für ein gesünderes Leben aufzugreifen und zu unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Kooperation zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen und ökonomischen Kräften zu eröffnen.“ (Ottawa Charta o.J., S. 149)

Für den Strafvollzug sind damit inhaltliche Umorientierungen und organisatorische Umstrukturierungen verbunden: Gesundheitsförderung zielt zwar auf eine Entmedikalisierung gesundheitsbezogener Themen, trotzdem sollten die Kompetenzen und Ressourcen des Krankendienstes dafür genutzt werden, präventive und therapeutische Prozesse so zu unterstützen, dass das belastete Arzt-Patient-Verhältnis im Strafvollzug überwunden werden kann. Dazu bedarf es struktureller Veränderungen.

Die Defizite in der Organisation der vollzuglichen Gesundheitsfürsorge lassen es nötig erscheinen, über deren grundlegende Umorganisation nachzudenken. Vor allem die ständig notwendige Anpassung der Gesundheitsfürsorge an den neuesten Kenntnisstand, die in Gefängnissen oftmals zeitlich verzögert geschieht, erfordert es zu prüfen, inwieweit dieser Aufgabenbereich in die lokalen oder regionalen Gesundheitsdienste integriert werden kann. Überlegungen dieser Art hat man bereits im Gesetzgebungsverfahren zum aktuellen Strafvollzugsgesetz angestellt. Bei einer solchen Integration ist allerdings zu beachten, dass bereits ein erheblicher Teil der Vertragsärztinnen und -ärzte der gesetzlichen Krankenversicherung im Strafvollzug beschäftigt ist. In Niedersachsen z.B. sind bereits 29 Mediziner/innen in den 41 Justizvollzugsanstalten und deren Nebenstellen tätig. Lediglich 12 arbeiten hauptamtlich in den Anstalten.

Ein kurzer Blick in die Nachbarländer

Auch in England und Wales erwägt man zurzeit eine stärkere Einbindung des National Health Service (NHS) in die vollzugliche Gesundheitsfürsorge. In einem Bericht einer Arbeitsgruppe des Prison Service und des NHS ist für die nächsten 3–5 Jahre eine „formale Partnerschaft“ zwischen Gefängnisdiensten und NHS zur Effektivierung der vollzuglichen Gesundheitsfürsorge vorgesehen. Die in diesem Bericht beschriebenen Grundprobleme der Gesundheitsfürsorge in Haftanstalten treffen auch auf viele andere europäische Länder zu: „...looking at prison health care as a whole, this is characterised by considerable variation in organisation and delivery, quality, funding, effectiveness and links with the

NHS. No two prisons could be regarded as the same. This situation is largely a product of a historic legacy, *ad hoc* (Hervorheb. i. Original) development, and relative isolation from the NHS. Prison healthcare is often reactive rather than proactive, over-medicalised with health needs assessments being the exception. Lack of direction, poor lines of communication and confused accountability resulted in many instances in less than optimal health care delivery. Arrangements for the continuing professional development of healthcare staff were not well established. In general there was no way to monitor effectively the outcomes of care." (HM Prison Service/NHS Executive 1999, S. i)

Harding (1997, S. 30) zieht aus einer Analyse der Anstaltsmedizin den Schluss, sie sei gefährlich und kontraproduktiv: „There should be a coalition of health delivery services operating in prisons, with a blend of interventions adapted to needs. Continuity of care, by the same carers, should be ensured on entry and on discharge, if possible. Finally, prisoners should not be seen as passive recipients of care, but actively involved in health promotion and preventive measures.“

Mit einem Gesetz vom Januar 1994 ist in Frankreich die Gesundheitsfürsorge in die Verantwortung des Gesundheitsministeriums überführt worden. Das Ziel ist, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Haft auf das Niveau der in der Kommune/Region angebotenen Versorgung zu heben. Dadurch werden Ressourcen gespart, und die von der Anstalt unabhängige medizinische Versorgung garantiert ein besseres Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Jedes Gefängnis trifft Abmachungen mit dem nächsten Krankenhaus zur Erbringung gesundheitlicher Leistungen. Favreau-Brettel (1998, S. 8) geht auf eine kürzlich durchgeführte Studie ein, wonach die Umorganisation ein höheres Niveau bei in Angeboten der Gesundheitsfürsorge und ein Mehr an Vertraulichkeit erbracht habe, weist aber auch auf nach wie vor bestehende Mängel hin: bei der Organisation der stationären Unterbringung, bei Angeboten zur Zahnpflege und zur psychischen Gesundheit, bei der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsfürsorge nach der Entlassung aus der Haft.

Literatur

Antonovsky 1979

Antonovsky, A.: Health, stress and coping. London: Jossey-Bass 1979

Becker 1992

Becker, P.: 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 1992, 91ff.

Brösskamp-Stone/Kickbusch/Walter 1998

Brösskamp-Stone, U./Kickbusch, I./Walter, U.: Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. u.a. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*. München u.a.: Urban & Schwarzenberg 1998, 141ff.

Favreau-Brettel 1998

Favreau-Brettel, M.: A response to a public health priority: In France, public hospitals deliver health care in prison. In: *h.i.p. News. WHO (Europe), Health in Prisons*, May 1998, 8

Goos 1997

Goos, C.: Drugs and AIDS in Prisons in Europe: A Perspective from UNAIDS and WHO. In: O'Brian, O. (ed.): *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison*. London: Cranstoun Drug Services 1997, 4-7

Grossmann/Scala 1994

Grossmann, R./Scala, K.: Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim, München: Juventa 1994

Harding 1997

Harding, T.W.: Do Prisons Need Special Health Policies and Programmes? In: *The International Journal of Drug Policy*, 8 (1), 22-30

Kaba-Schönstein 1996

Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung III: Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo 1996, 45-47

Lochmann 1998

Lochmann, R.: Strategien gegen den sozialen, psychischen und physischen Tod von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten. In: Lochmann, R. (Hrsg.): *Überlebenshilfen in der Drogenarbeit. Dokumentationsband zum Fachtag für Soziale Arbeit 21.11.1997*. Esslingen: Hochschule für Sozialwesen 1998, 9-33

Ottawa Charta o.J.

Ottawa-Charta: In: *Argument-Sonderband*, 178, 145-150

Rosenbrock 1993

Rosenbrock, R.: Gesundheitsförderung – Ansprüche und Wirklichkeiten. In: SEKIS. Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (Hrsg.): *Der Gesundheit auf die Beine helfen*. Berlin: Selbstverlag 1993

Schneider/Stöver 2000

Schneider, W./Stöver, H.: Das Konzept „Gesundheitsförderung“ – Betroffenenkompetenz nutzen, Drogenberatung entwickeln. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hrsg.): *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2000, 19–37

Schönbach 1995

Schönbach, K.: Gesundheitsförderung und peer-involvement bei Jugendlichen. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 1995

Schwartz u.a. 1998

Schwartz, F.W. u.a.: Prävention. In: Schwartz, F.W. u.a. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*. München u.a.: Urban & Schwarzenberg 1998, 151ff.

Squires/Strobl 1997

Squires, N./Strobl, J. (Hrsg.): *Healthy Prisons. A Vision for the Future*. Liverpool: The University of Liverpool, Department of Public Health 1997

Stöver/Lesting 1999

Stöver, H./Lesting, W.: Gesundheitsförderung im Strafvollzug. In: *Recht & Psychiatrie*, (4), 150–156

Stöver 2000

Stöver, H.: *Healthy Prisons – Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug*. Oldenburg: BIS-Verlag 2000

WHO 1996

WHO: *Health in Prisons. Health Promoting in the Prison Setting. Summary Report on a WHO Meeting*. London, 15–17 October 1995. Genf: Selbstverlag 1996

WHO 1997a

WHO: *Health in Prisons Project – A European Network for Promoting Health in Prisons*. Genf: Selbstverlag 1997

WHO 1997b

WHO: *Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert*. 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO am 25.7.1997 in Jakarta, Indonesien. Genf: Selbstverlag 1997

EMPFEHLUNGEN UND LEITLINIEN

EMPFEHLUNGEN DER KONFERENZ „GEFÄNGNISSE UND DROGEN 1998“

In der Konferenz „Gefängnisse und Drogen 1998“ (Oldenburg, 12.–14. März 1998) haben 109 Teilnehmer/innen aus zwölf EU-Staaten und drei anderen Ländern über Drogenhilfeangebote in Haftanstalten diskutiert und entsprechende Empfehlungen erarbeitet. Vertreten waren Mitarbeiter/innen aus Gefängnisverwaltungen und nichtstaatlichen Organisationen, Anstaltsärzte, Bewährungshelfer/innen, Sozialarbeiter/innen sowie Repräsentant(inn)en von Organisationen der Drogengebraucher/innen.

In Arbeitsgruppen wurden Empfehlungen zu den Themen Risikominderung, drogenfreie Behandlung, Substitutionsbehandlung, Spritzenumtauschprogramme und Peer-Support entwickelt. In allen Arbeitsgruppen wurde eine Übereinstimmung im Hinblick auf folgende allgemeine Prinzipien erzielt:

1. Für Gegangene sollten vielfältige Drogenhilfeangebote zugänglich sein, die – abhängig von den lokalen Bedingungen – auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten sind.
2. Die gesundheitliche Versorgung für Gefangene sollte derjenigen außerhalb der Anstalten entsprechen.
3. In der Behandlung zwischen Haftantritt und Entlassung sollte Kontinuität sichergestellt sein. Dies erfordert die Zusammenarbeit zwischen Gefängnissen und externen Diensten.
4. Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen zum Drogengebrauch und den damit verbundenen gesundheitlichen Problemen sollten sowohl für das Gefängnispersonal als auch für die Inhaftierten angeboten werden.
5. Die Drogenhilfe im Vollzug sollte regelmäßig dokumentiert und evaluiert werden.

Hier die in den Arbeitsgruppen entwickelten allgemeinen Grundsätze und themenbezogenen Empfehlungen im Einzelnen:

A Allgemeine Grundsätze

1. Das Gefängnis sollte als Teil eines Kontinuums angesehen werden, das von der Gesellschaft zur Strafrechtspflege und wieder zurück zur Gesellschaft reicht. In diesem Teilsystem sollte ein Prozess aktiver Interventionen einschließlich Anamnese, Aufnahme, Behandlung, Rückfallprävention und Nachsorge stattfinden können.

2. Drogenpolitik und Strategien im Umgang mit Drogengebrauch im Vollzug sollten auf einer gesetzlichen Grundlage stehen und sicherstellen, dass die nationalen Minimalanforderungen an Behandlung und Sicherheit in allen Einrichtungen Anwendung finden. Darüber hinaus muss es Raum für individuelle Initiativen, Pilotprojekte und innovative Programme geben.
3. Hilfeangebote sollten auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten sein. Straffälliges Verhalten hat möglicherweise nichts mit Drogen zu tun. Wo dies aber der Fall ist, müssen die anderen Ursachen wie auch der Drogengebrauch behandelt werden.
4. Das Thema „Abhängigkeit“ muss Teil von Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen für das Gefängnispersonal einschließlich des medizinischen Personals sein.
5. Gefängnissen und externen Einrichtungen sind in regelmäßigen Abständen und auf allen Ebenen Möglichkeiten zum Austausch von Informationen und Erfahrungen über die „besten Lösungen“ anzubieten.
6. Die Gesundheit der Inhaftierten hat höchste Priorität. Daher müssen Behandlungsangebote und der Zugang zu ihnen ausreichend sein und auf denselben Qualitätsstandards basieren, wie sie außerhalb des Gefängnisses gelten.
7. Die Behandlungsmöglichkeiten sollten auf die Bedürfnisse der einzelnen Gefangenen zugeschnitten sein.
8. Gesetze sollten geschaffen werden, die eine flexible Entlassung aus der Haft ermöglichen. Dadurch wird während der Haftzeit die erfolgreiche Teilnahme an Programmen zur Verhaltensänderung unterstützt.
9. Gefangene sollten nach vorangegangener Aufklärung freiwillig an Behandlungsmaßnahmen teilnehmen können.
10. Drogentherapie im Gefängnis ist keine Alternative zu Therapieangeboten draußen. Beide Ansätze ergänzen sich und sind daher gleichermaßen notwendig.

Gefängnisleitungen sollten in einem umfassenden, konstruktiven Dialog mit den Bediensteten sicherstellen, dass jede nationale Initiative mit Unterstützung und unter der Leitung der Anstalt umgesetzt wird.

B Strategien zur Risikominderung

1. Bei Angeboten für inhaftierte Drogengebraucher/innen sollte berücksichtigt werden, dass Gefangene aus der Gesellschaft kommen und in sie zurückkehren. Politische und praktische Maßnahmen sollten daher darauf abzielen, die mit dem Drogengebrauch einhergehenden Risiken für die Konsument(innen) selbst, für andere Inhaftierte, für das Gefängnispersonal und für die Gesellschaft insgesamt zu vermindern. Risikominderung beinhaltet verschiedene, auf Verhaltensänderung gerichtete gesundheits- und sozialförderliche Maßnahmen (Information, Prävention und Behandlung). Es sollte eine umfassende Kooperation mit externen Einrichtungen stattfinden, um sicherzustellen, dass gefängnisinterne Programme die in der Gemeinde zugänglichen Drogenhilfeangebote widerspiegeln.

2. In die Konzipierung, Planung, Umsetzung und Beurteilung von Strategien der Risikominderung müssen alle am Strafvollzug interessierten und beteiligten Personen und Gruppen einbezogen werden.
3. Alle direkt Beteiligten müssen gemeinsam Vereinbarungen für die Praxis treffen, die auch die unterschiedlichen Rollen und Verantwortlichkeiten verdeutlichen.
4. Vor der Umsetzung risikomindernder Strategien muss dem Bedarf an angemessener Vorbereitung auf örtlicher Ebene Rechnung getragen werden. Diese Vorbereitung muss Information, Ausbildung und Zugang zu Ressourcen einschließen.
5. Hilfsangebote und Maßnahmen sollten die verschiedenen Arten und Formen des Drogengebrauchs sowie die zukünftig eventuell veränderten Konsumpraktiken und neue Tendenzen berücksichtigen.
6. Auf der Grundlage einer umfassenden Einzelbeurteilung sollten alle Inhaftierten die Möglichkeit haben, entsprechend ihren Bedürfnissen und ihrer spezifischen drogen-bezogenen Situation zwischen unterschiedlichen Hilfsangeboten zu wählen.
7. Maßnahmen der Risikominderung, die sich in benachbarten Arbeitsfeldern bereits bewährt haben, sollten in angemessener Form auch bei Drogen gebrauchenden Inhaftierten angewandt werden.
8. Anzuerkennen ist, dass die Erfordernisse für Sicherheit sowie für Prävention und Behandlung in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen müssen. Dies schließt mit ein, dass auch Sicherheit und Kontrolle eine positive Wirkung auf risikomindernde Strategien haben können.

C Drogenfreie Behandlung

1. Gefängnisse sollten drogenfreie Abteilungen vorhalten sowohl für Drogengebraucher/innen, die eine Behandlung wollen, als auch für andere Gefangene, die Abstand von der Drogenszene wünschen. Die Aussichten für einen langfristigen Erfolg drogenfreier Behandlungen lassen sich verbessern, wenn Gefangene, die eine Behandlung beenden, in einer drogenfreien Abteilung untergebracht werden können.
2. Drogenfreie Behandlungsprogramme sollten Teil eines umfassenden Drogenhilfeangebotes sein. Erforderlich ist eine breite Palette von Programmen und Behandlungsmöglichkeiten für verschiedene Betroffenengruppen. Drogengebraucher/innen, die nicht bereit oder fähig sind, sich einer Behandlung zu unterziehen, benötigen Angebote zur Schadensminimierung.
3. Eine enge Zusammenarbeit zwischen internen Expert(inn)en und externen Organisationen ist unabdingbar. Um erfolgreich zu sein, brauchen Programme die Unterstützung externer Mitarbeiter/innen, die an der Rückfallprävention mitwirken und die Behandlung nach der Entlassung weiterführen. Zu entwickeln sind abgestimmte, verbindliche Behandlungsprotokolle und Leitlinien.
4. Die Gefangenen sind entsprechend dem Risiko, das sie darstellen, unterzubringen, und Programme sind auf der niedrigstmöglichen Sicherheitsstufe

- durchzuführen. Jedoch sollte Täter(inne)n mit hoher Haftstrafe der Zugang zu drogenfreien Abteilungen nicht verwehrt werden.
5. Die Aus- und Fortbildung des Personals ist eine entscheidende Voraussetzung für die Umsetzung von Interventionsprogrammen aller Art. Die Einstellungen, Werthaltungen und Verantwortlichkeiten der im Gefängnis Tätigen müssen auf eine Weise gefördert werden, dass diese in der Lage sind, den Behandlungsprozess zu unterstützen. Die erfolgreiche Durchführung der drogenfreien Behandlung erfordert eine Vision, die von den Bediensteten und den Gefangenen geteilt wird.
 6. Alle Behandlungsprogramme sollten regelmäßig ausgewertet werden, um eine Übereinstimmung mit bereits vorhandenen nationalen Richtlinien sicherzustellen.
 7. Auf nationaler wie auf lokaler Ebene sollte aktive Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, um für die Einrichtung drogenfreier Programme die nötige Unterstützung zu bekommen.
 8. Die Gefängnisleitung sollte eine Sichtweise fördern, die den Drogengebrauch im Zusammenhang mit dem System Gefängnis betrachtet. Wichtig ist die Arbeit mit multidisziplinären Teams, denen interne und externe Expert(inn)en angehören, um sicherzustellen, dass Ansätze und Maßnahmen von den Bediensteten und Gefangenen verstanden und akzeptiert werden.

D Substitutionsbehandlung

1. Substitution umfasst sowohl Entzugs- als auch Erhaltungsprogramme.
2. Substitution fördert und erleichtert den regelmäßigen Kontakt zwischen dem medizinischen Dienst und den betreffenden Gefangenen, sie ist aber nicht die ganze oder einzige Lösung des Drogenproblems.
3. Substitution ist am effektivsten, wenn sie Teil einer umfassenderen Behandlung ist. Als einzelne Maßnahme ermöglicht sie es zumindest, dass der/die Betreffende für gewisse Zeit eine Stabilität erreicht, die nötig ist, um die körperliche und seelische Gesundheit sowie die sozialen Lebensbedingungen zu verbessern.
4. Wer vor der Inhaftierung an einem Erhaltungsprogramm teilnahm, muss dieses im Gefängnis fortführen können, und wer in der Haft substituiert wird, sollte die Möglichkeit haben, die Behandlung nach der Entlassung fortzusetzen. Entscheidungen über die Fortführung der Substitution sollten erst nach Beratung mit jenen Personen getroffen werden, welche die Behandlung außerhalb des Gefängnisses durchführen.
5. Zwischen dem/der Gefangenen und den Personen, die das Programm durchführen, sollte ein eindeutiger Vertrag abgeschlossen werden, in dem die Art der Behandlung festgehalten wird.
6. Erforderlich ist eine detaillierte, strukturierte und wiederholt vorgenommene Einschätzung, die schließlich in einen umfassenden Behandlungsplan mündet.
7. Angemessene personelle Ressourcen und Behandlungseinrichtungen sind zur Verfügung zu stellen.

E Spritzenumtauschprogramme

1. Im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht erkennt die Justiz ihre Verpflichtung und die Notwendigkeit an, allen Gefangenen infektionsprophylaktische und gesundheitsfördernde Angebote zugänglich zu machen.
2. Für die Gefängnisse vieler europäischer Länder sind Spritzenumtauschprogramme ein sensibler Bereich. Gefängnisse, die eine Einführung solcher Programme erwägen, müssen vorab herausfinden, wie weit der intravenöse Drogenkonsum in ihrer Anstalt verbreitet ist.
3. Spritzenumtauschprogramme können ein nützlicher Baustein in einem Gesamtkonzept der Drogenhilfe in Haftanstalten sein, das neben anderen gesundheitsfördernden Maßnahmen Beratung, abstinenzorientierte Therapieprogramme und Substitution beinhaltet.
4. Zur Gewährleistung der Rechtssicherheit für alle an infektionsprophylaktischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen (z.B. Spritzenvergabe) Beteiligten sind vorab die rechtlichen Voraussetzungen zu klären. Klärungsbedarf besteht insbesondere im Hinblick auf jugendliche und substituierte Gefangene. Die Klärung der Rechtsfrage obliegt den Ministerien. Die Ergebnisse dieser Klärung müssen veröffentlicht werden.
5. Die spezifischen Gegebenheiten der Vollzugsanstalten sind ausschlaggebend dafür, ob die Vergabe über Automaten oder persönlich erfolgt. Ein regelmäßiger und verbindlicher Zugang zu sterilen Spritzen muss gewährleistet sein, unabhängig davon, ob externe oder interne Kräfte mit der Durchführung beauftragt sind.
6. Grundvoraussetzung für eine erfolgversprechende Einführung von Spritzenumtauschprogrammen in Gefängnissen ist die Schaffung und Aufrechterhaltung von Akzeptanz bei den Bediensteten und Inhaftierten, den Entscheidungsträgern in Politik und Justiz sowie in der (Fach-)Öffentlichkeit.
7. Die Teilnahme an Spritzenumtauschprogramm sollte unter Wahrung größtmöglicher Anonymität möglich sein, sodass die Betroffenen keine nachteiligen Folgen für den Vollzug ihrer Haftstrafe befürchten müssen. Der Zugang zur Abgabestelle sollte niedrigschwellig und einfach sein.
8. Infektionsprophylaxe kann nur wirksam sein, wenn Maßnahmen der instrumentellen Prävention regelmäßig durch personalkommunikative Angebote ergänzt werden. Für Bedienstete aller beteiligten Ebenen und für Inhaftierte sollten begleitend obligatorische Schulungen und fakultative Trainings angeboten werden. Folgende Themen sind von besonderer Bedeutung:
 - Basiswissen zu Drogenkonsum und Infektionsgeschehen
 - Übertragungswege und Infektionsschutz
 - Safer Use und Safer Sex
 - Drogennotfallhilfe

F Peer Support

1. Peer Support ist ein Interaktionsprozess, in dem Gefangene mit Drogenproblemen wichtige Informationen und Unterstützung von Personen mit ähnlichem biografischen Hintergrund erhalten. Dieser Prozess kann durch das Angebot von Peer Education gefördert werden, einem Ansatz, der erfahrene Personen dazu befähigt, ihre „Peers“ fach- und sachgerecht zu informieren und zu unterstützen.
2. Peer Support kann verschiedene Angebote umfassen, die auf unterschiedliche Bedürfnisse zugeschnitten sind (z.B. Harm Reduction, höhere Selbstkontrolle, Abstinenz).
3. Peer Support und Peer Education sind effektive, kostengünstige und risikominimierende Strategien der Gesundheitsförderung.
4. Notwendig sind eine Bestandsaufnahme und Bewertung sowie eine Vernetzung der bereits bestehenden Peer-Support-Projekte im Rahmen eines EU-Projekts.
5. Wichtige Elemente für die erfolgreiche Einführung des Peer Support sind Verdeutlichung des Nutzens für alle Beteiligten, Information und Fortbildung des Personals (z.B. über Drogen und Infektionskrankheiten) sowie die Verfügbarkeit anderer Strategien der Gesundheitsförderung und Schadensminimierung.
6. Politik und Verwaltung müssen den Einsatz erfahrener Multiplikator(inn)en aus dem Justizbereich zur Ausbildung des Personals fördern. Die Kooperation mit externen Projekten ist dabei unverzichtbar.
7. Die Ausbildung des Gefängnispersonals wie auch der Peer Leader soll mit einem Zertifikat versehen, anerkannt und gefördert werden.
8. Die Fachöffentlichkeit und die Bevölkerung müssen über die Effektivität der Peer-Support-Maßnahmen informiert werden.
9. Die Einführung von Peer-Support-Ansätzen erfordert einen langfristigen Prozess der Ausbildung, des Trainings und der Meinungsbildung auf Seiten des Personals und der Peers. Der Einsatz von Peer Support ist ein Ausdruck der Notwendigkeit für eine Änderung der politischen Haltung gegenüber Drogen und deren Gebrauch.

EUROPÄISCHER LEITFADEN ZU HIV/AIDS UND HEPATITIS IM JUSTIZVOLLZUG

A Allgemeine Empfehlungen

1. Die HIV- und Hepatitis-Prävention im Justizvollzug sollte als eine globale und vordringliche Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens betrachtet werden. Vor dem Hintergrund des allgemein steigenden Drogenkonsums und des sozioökonomischen Gefälles in der Bevölkerung ist die Gefängnispopulation im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte drastisch gestiegen. Priorität sollte die Verringerung der Inhaftiertenzahlen in Europa haben sowie die Suche nach Alternativen zur Gefängnisstrafe – dies insbesondere für Drogenkonsument(inn)en und Schwerkranke mit übertragbaren und chronischen Krankheiten.
2. Gefangene sollten als vollwertige Bürger/innen angesehen werden und somit auf freiwilliger Basis Zugang zu denselben medizinischen Versorgungs- und Präventionsmaßnahmen erhalten, wie sie vor Ort außerhalb der Haftanstalten angeboten werden.
3. Die medizinische Versorgung innerhalb der Vollzugsanstalten sollte dem Angebot außerhalb gleichwertig sein. Erfahrungen aus verschiedenen europäischen Ländern haben gezeigt, dass dies am besten bei Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums für die Gesundheit der Häftlinge zu erreichen ist.

Durch Zusammenarbeit der Vollzugsanstalten mit externen Stellen sollte die Kontinuität der Behandlung vom Antritt bis über das Ende der Haftstrafe hinaus gewährleistet werden. Vollzugsanstalten sind als ein fester, mit anderen Sozialsystemen eng verknüpfter Bestandteil der Gesellschaft anzusehen. Die Gesundheitsversorgung im Justizvollzug und in der Gemeinde sollte miteinander verschränkt sein, um im Gefängnis Zugang zu allen Präventionsmaßnahmen und für Gefangene und ehemalige Gefangene Behandlungskontinuität zu gewährleisten.

B Gesundheitliche Aufklärung und Information für Gefangene

1. Bei Antritt einer Haftstrafe oder Untersuchungshaft sollten alle Häftlinge über die Merkmale von sexuell bzw. durch Blut übertragbaren Infektionen, die innerhalb und außerhalb des Gefängnisses möglichen Übertragungswege sowie die Maßnahmen und Methoden zum Schutz vor Ansteckung informiert und aufgeklärt werden.

2. Den Häftlingen sollte bei Fragen fachkundiges medizinisches Personal zur Verfügung stehen, das sie auch über Beratungs-, Test- und Impfmöglichkeiten informieren kann.

C Freiwillige HIV-Tests und Prävention

1. Alle Häftlinge sollten während ihrer Haftzeit schnell, vertraulich und kostenlos Zugang zu freiwilligen HIV-Tests und zu qualifizierter Beratung vor und nach dem Test erhalten. Die Beratung ist auch im Falle eines negativen Testergebnisses notwendig und wichtig.
2. Die Ergebnisse von HIV-Tests – positive wie negative – sollten durch medizinisches Fachpersonal mitgeteilt werden. Unter keinen Umständen sollte das Personal ohne schriftliche Einwilligung des Häftlings dazu verpflichtet werden, die Verwaltungsbehörden zu informieren.
3. Die medizinische Behandlung von Virusinfektionen, die auf dem Blutwege übertragbar sind, sollte nach denselben Standards erfolgen wie außerhalb der Vollzugsanstalten. Isolierung oder Diskriminierung von HIV- und/oder Hepatitis-Positiven sind abzulehnen.
4. Allen Inhaftierten sollten regelmäßig durch entsprechendes Fachpersonal Grundkenntnisse über die HIV-Erkrankung vermittelt werden (auch denjenigen, die nicht der Landessprache mächtig sind). Dasselbe gilt für das Vollzugspersonal.

D Schadensminderung bei Drogengebrauch

1. Es muss als Tatsache anerkannt werden, dass es immer einige Häftlinge geben wird, die sich auch im Gefängnis Zugang zu Drogen verschaffen. Daher sollten (im Sinne einer Schadensminderung) auch Möglichkeiten für hygienische, sichere Injektionen gegeben sein.
2. Einige europäische Pilotprojekte haben deutlich gezeigt, dass Spritzenumtauschprogramme innerhalb des Justizvollzugs machbar und effektiv sind. Nationale Programme sollten Pilotprojekte in freiwillig teilnehmenden Vollzugsanstalten fördern.
3. Für manche Inhaftierte ist der Gefängnisaufenthalt Anstoß und Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit der eigenen Drogenabhängigkeit. Daher sollten folgende Angebote zur Verfügung stehen:
 - a) Behandlungsmöglichkeiten für Drogenkonsument(inn)en, die ihren Drogenkonsum einschränken wollen,
 - b) freiwillige Drogentests für Häftlinge, die drogenfrei geworden sind und weiterhin drogenfrei leben wollen,
 - c) Hilfe für Häftlinge, die sich dem Druck, Drogen zu nehmen, entziehen möchten.

4. Für drogenfreie Programme sollte ein ganzheitlicher Ansatz gewählt werden. Behandlungsmöglichkeiten sollten mit Begleitprogrammen kombiniert werden. Für verschiedene Subgruppen müssen unterschiedliche Ansätze zur Verfügung stehen. Für Drogenkonsument(inn)en, die eine Behandlung ablehnen, ist ein schadenbegrenzender Ansatz (Harm-Reduction) erforderlich. Da für einige Drogenkonsument(inn)en drogenfreie Abteilungen einen möglichen Weg darstellen können, sollten Konzepte für deren Einrichtung angemessen erprobt und evaluiert werden.
5. Drogenfreiheit sollte durch positive Anreize belohnt werden, z.B. durch verlängerten Hafturlaub, häufigere Besuchszeiten oder eine Verkürzung der Haftstrafe bei Nachweis von Drogenfreiheit. Diese Möglichkeiten sollten vor ihrer Umsetzung jedoch hinreichend erprobt und evaluiert werden.
6. Obligatorische Drogentests haben sich weder in ökonomischer noch in medizinischer Hinsicht als wirksam erwiesen und sollten nicht Teil der Drogenpolitik im Justizvollzug sein.
7. Für Drogenkonsument(inn)en, die keine Drogen mehr nehmen wollen, sollte die Therapie innerhalb oder außerhalb des Justizvollzugs auf breiter Ebene gefördert werden. Um dies zu erreichen, sollte mit Hilfe randomisierter Studien den effizientesten Methoden und Programmen Priorität gegeben werden.
8. Obwohl sich die Methadontherapie für viele Opiatkonsument(inn)en bewährt hat, muss ihre Effektivität mit Hilfe entsprechender Methoden analysiert werden. Die Substitutionstherapie beinhaltet sowohl Entgiftung als auch Dauerbehandlung mit Ersatzdrogen. Die Substitutionstherapie bietet zugleich die Möglichkeit, regelmäßig mit dem/der Inhaftierten über Fragen zur Gesundheit und zu Drogen zu sprechen, aber es muss betont werden, dass sie nicht die einzige oder endgültige Lösung des Drogenproblems ist.

E Verfügbarkeit von Kondomen

1. Die Erfahrungen in einigen europäischen Ländern haben gezeigt, dass der Zugang zu Kondomen und wasserlöslichen Gleitmitteln gefördert werden sollte. Die Studien des Europäischen Netzwerks zur HIV- und Hepatitis-Prävention und anderer Organisationen haben nachgewiesen, dass im Justizvollzug homo- und heterosexueller Geschlechtsverkehr stattfindet, weshalb Kondome (anonym und kostenlos) in allen Vollzugsanstalten bereitgestellt werden sollten. In einigen europäischen Ländern hat sich gezeigt, dass diese Maßnahme trotz möglicher Sicherheitsprobleme wirksam ist und einen bedeutenden Beitrag zur Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen im Justizvollzug leistet.
2. In den Vollzugsanstalten sollten für Partnerbesuche entsprechende Räume eingerichtet werden, in denen auch Geschlechtsverkehr unter menschenwürdigen und sicheren Bedingungen möglich ist. Solche Räume können auch zur Stärkung der sozialen und emotionalen Bindungen des Inhaftier-

ten zum Partner/zur Partnerin und zur Familie beitragen. Es ist sinnvoll, solche Ansätze vor ihrer allgemeinen Anwendung sorgfältig zu erproben und zu evaluieren.

F HIV, Hepatitis und Migrant(inn)en

1. Angesichts des in den meisten europäischen Ländern (im Vergleich zur Gesamtbevölkerung) hohen Anteils von Migrant(inn)en an der Gefängnispopulation sind spezifische Informationen für ethnische Minderheiten und andere Migrantengruppen dringend verbesserungsbedürftig. Berücksichtigt werden sollten auch die unterschiedlichen kulturellen Wurzeln und Muttersprachen.
2. Die Vollzugsverwaltungen sollten die Einstellung von Dolmetscher(inne)n im medizinischen Dienst in Erwägung ziehen. Alle Präventionsmaßnahmen sollten so weit wie möglich an die spezifischen Bedürfnisse der einzelnen Migrantengruppen angepasst werden.

G Hepatitis-Screening und -Prävention

1. Aufgrund der hohen Prävalenz von Hepatitis-Infektionen unter Gefangenen sollte den gefährdeten Gruppen ein freiwilliges Screening auf Hepatitis C angeboten werden, insbesondere bei früherem oder aktuellem intravenösen Drogenkonsum. Bei positivem Testergebnis sollte geprüft werden, ob eine Therapie (entsprechend der üblichen Vorgehensweisen außerhalb der Haftanstalten) indiziert ist.

Da gegen Hepatitis B gute Impfstoffe verfügbar sind, sollte bei Haftantritt allen Gefangenen – unabhängig von der Haftdauer – eine Hepatitis-B-Impfung angeboten werden. Die Inhaftierten sollten eine fundierte Beratung erhalten, die vor allem auch die Unterschiede zwischen der HIV-Infektion und der viralen Hepatitis zu verdeutlichen vermag.

2. Bei Hepatitis-B-Impfungen, die in kurzen Zeitabständen erfolgen, ist die Compliance vermutlich höher. Entsprechende Impfpläne sollten daher im Justizvollzug erprobt und evaluiert werden.

H Fortbildung des Vollzugspersonals zum Thema Gesundheit

1. Zur eigenen Sicherheit und für eine angemessene Unterstützung und Betreuung der Inhaftierten muss das Vollzugspersonal zu allen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekten der HIV- und Hepatitis-Infektion sowie

des Drogengebrauchs fortgebildet und regelmäßig auf den neuesten Wissensstand gebracht werden.

2. Das Vollzugspersonal sollte sich jederzeit der Risiken einer Übertragung von Virus-Infektionen bewusst sein und generell die allgemein üblichen Schutzmaßnahmen anwenden. Es kommt nicht darauf an, den Serostatus der Gefangenen zu kennen, da alle Inhaftierten so zu behandeln sind, als wären sie positiv – einerseits wegen des „diagnostischen Fensters“¹, andererseits zur Vermeidung von Diskriminierung.
3. Für den regelmäßigen Erfahrungsaustausch zwischen den Vollzugsanstalten und externen Einrichtungen zur Abstimmung angemessener Vorgehensweisen sollten entsprechende Möglichkeiten vorhanden sein.
4. Auch das Vollzugspersonal sollte geimpft werden, zumindest gegen Hepatitis B, da z.B. Durchsuchungen ein Risiko bergen.
5. Für das Vollzugspersonal sind genau ausgearbeitete Anleitungen für die Vorgehensweise bei Notfällen erforderlich.
6. Für den Fall, dass in der Anstalt HIV- und Hepatitis-Infektionen auftreten, sollten entsprechende Verfahrensregelungen vorbereitet werden.
7. Das medizinische Personal der Vollzugsanstalten muss über die Postexpositionsprophylaxe gemäß den jeweiligen nationalen bzw. regionalen Richtlinien umfassend unterrichtet sein.

I Prävention vor Entlassung und Hafturlaub

1. Vor dem Hafturlaub sollten den betreffenden Gefangenen Kondome und andere Präventionsmaterialien zur Verfügung gestellt werden.
2. Gefangene mit Drogenproblemen können von individuell abgestimmten Präventionsprogrammen – insbesondere von Informationen zur Vermeidung von Überdosierungen – vor der Entlassung profitieren.
3. Solche Programme können die im Justizvollzug angebotenen medizinischen und sozialen Therapien ergänzen. Die Vollzugsanstalten sollten sich nach Absprache mit den betreffenden Inhaftierten mit der örtlichen Gefährdetenhilfe in Verbindung setzen, um eine Fortführung der Therapie und Betreuung außerhalb des Gefängnisses zu gewährleisten.

J Epidemiologische Überwachung

1. In europäischen Gefängnissen sollte in regelmäßigen Abständen ein geeignetes epidemiologisches Kontrollsystem Anwendung finden und in das aktuelle nationale Überwachungssystem integriert sein. Der anonyme kombinierte Speichel- und Fragebogentest, den das „Europäische Netzwerk zur HIV-

1 diagnostisches Fenster = der Zeitraum zwischen der Ansteckung und der Bildung nachweisbarer Antikörper

und Hepatitisprävention im Justizvollzug“ ausgearbeitet hat, ist ein angemessener und zuverlässiger Ansatz zur Überwachung der HIV-Verbreitung. Es ist wichtig, Stichproben in verschiedenartigen Haftanstalten und in unterschiedlichen Regionen durchzuführen, da die Abweichungen je nach Ort beträchtlich sein können.

2. Angemessene Vorgehensweisen zur Untersuchung und Dokumentation von HIV- und Hepatitis-Infektionen sollten ausgearbeitet werden.

Mailand, im Mai 1999

Europäisches Netzwerk zur HIV- und Hepatitis-Prävention im Justizvollzug

HANDBUCH „SCHADENSMINIMIERUNG FÜR DROGENKONSUMENT(INN)EN IM GEFÄNGNIS“¹

Ausgehend von dem durch die Europäische Kommission geförderten Projekt „Gesundheitsförderung in der Strafrechtspflege“ ist in Zusammenarbeit mit vielen internationalen Expert(inn)en das Handbuch „Schadensminimierung für Drogenkonsument/innen im Gefängnis“ entstanden. Die Loseblattsammlung liefert eine Grundlage für die Fortbildungsarbeit mit Strafvollzugsbediensteten sowie für Trainings mit Gefangenen und enthält Materialien zu folgenden Aspekten des Lebens im Gefängnis:

- Wirkungsweisen von Drogen, damit verbundene Risiken und wie man ihnen begegnet,
- Sexualität und Schutz vor Ansteckung bei Sexualkontakten,
- Tätowieren und Piercing: Infektionsrisiken und Hygienemaßnahmen.

Im Mittelpunkt des Handbuchs stehen die gesundheitlichen Risiken, denen Gefangene ausgesetzt sind, es greift aber auch das Thema „Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz“ auf und benennt die Belastungen und Gefährdungen bei Vollzugsbediensteten. Das Ziel ist, auf beiden Seiten das Gesundheitsbewusstsein zu stärken, den Erwerb entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten zu ermöglichen sowie Einstellungen und Verhaltensweisen zu verändern, die Körper und Seele (zusätzlich) schaden. Das Handbuch soll vor allem dazu beitragen, die Bediensteten für die Lebenslage und die Not von Drogen gebrauchenden Gefangenen zu sensibilisieren, um wirksamere Hilfe und Unterstützung anbieten zu können.

Selbstverständlich greift es auch organisatorische und methodische Fragen auf – Was ist bei der Planung und Umsetzung von Seminaren für Gefangene und Bedienstete zu beachten? Wie erreicht man Drogen gebrauchende Häftlinge? Welche Methoden und Ansätze sind für die Arbeit mit der jeweiligen Zielgruppe geeignet? – und gibt Anregungen für die praktische Arbeit, z.B. in Form von Quiz-Spielen oder Diskussionsanreizen. Die Loseblattsammlung erlaubt es, je nach Bedarf einzelne Seiten zu kopieren (z.B. Übungen) oder sie zur Veranschaulichung des jeweiligen Trainingsmoduls auf den Tageslicht-Projektor zu legen.

Das Handbuch, das in Seminaren für Vollzugsbedienstete und Gefangene in verschiedenen europäischen Haftanstalten auf seine Praxistauglichkeit überprüft und danach entsprechend überarbeitet wurde, wendet sich zum einen an die Mitarbeiter/innen der vollzugsinternen Sozial- und Gesundheitsdienste und an die in Haftanstalten tätigen Kolleg(inn)en aus externen Einrichtungen. Zum anderen will es Multiplikator(inn)en und Gefangene bei ihrem Engagement im Bereich „Gesundheitsförderung im Gefängnis“ unterstützen.

1 Das von H. Stöver und F. Trautmann herausgegebene Handbuch wird voraussichtlich im Jahr 2002 erscheinen.

AUTORINNEN UND AUTOREN

Francesca Ambrosini

Mitglied im European Network of Drug and HIV/AIDS Services; Cranstoun Drug Services, 4th Floor, Broadway House, 112-134 The Broadway, London SW 19 1RL (Großbritannien)

Esther Beloch

Dipl.-Psych., Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München

Murdo Bijl

Arzt, Chayanova st. 15, korpus 5, 125257 Moskau (Russland)

Karl Bolli

Dr. med., Gefängnisärztlicher Dienst Kantonale Strafanstalt Pöschwies, CH 8105 Regensdorf (Schweiz)

Johannes Feest

Prof. Dr. jur., Leiter des Instituts für Vollzugsforschung und des Strafvollzugsarchivs an der Universität Bremen (Bremer Institut für Kriminalpolitik [BRIK]), Postfach 33 04 40, 28334 Bremen

Alex Gatherer

Arzt, Green College Oxford, Centre for Socio-Legal Studies, Wolfson College, Linton Road, Oxford OX26DU (Großbritannien)

Cees Goos

Koordinator des „Health in Prisons Project“, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Kopenhagen (Dänemark)

Joze Hren

Soziologe, Mackov kot 7, 1000 Ljubljana (Slowenien)

Jutta Jacob

Jahrgang 1955, Dr. phil., Diplom-Psychologin, Zentrum für Interdisziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 26111 Oldenburg

Karlheinz Keppler

Dr. med., Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Medizinaldirektor, Arzt in der Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta, An der Propstei 10, 49377 Vechta

Heinrich Kufner

Dr. phil., Dipl.-Psych., Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München

Fredi Lang

Dipl. Psych., Lic.sal.col., Görlitzer Str. 60, 10997 Berlin

Dumitru Laticevschi

Dr., Projektkoordinator, Leiter der Initiative „Gesundheitsreformen in Gefängnissen“, Bd. MC Batrin 32, 199, MD-2075 Chisinau (Moldawien)

Alexei Leorda

Dr., Berater, Leiter der Gesundheitsdienste im Gefängnis, str Titulescu, 35, MD-2032 Chisinau (Moldawien)

Sabine Lettau

Dipl.-Soz., Interner Suchtberatungsdienst des Justizvollzugsdienstes der JVA Lingen I, Groß Hesepe, Kirschenstraße 50, 49744 Geeste

Wolfgang Riekenbrauck

Dr. med., Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg, 58730 Fröndenberg

Peter Sawallisch

Hauptsekretär im Internen Suchtberatungsdienst des Justizvollzugsdienstes der JVA Lingen I, Groß Hesepe, Kirschenstraße 50, 49744 Geeste

Gangolf Schaper

Dipl.-Sozialwirt, Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta, An der Propstei 10, 49377 Vechta

Inge Schulten

Dipl.-Soz., Interner Suchtberatungsdienst des Justizvollzugsdienstes der JVA Lingen I, Groß Hesepe, Kaiserstraße 5, 49809 Lingen

Thomas Schröder

Rechtsanwalt u. Notar, MdL, Landtagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen Niedersachsen, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 1, 30159 Hannover

Klaus Stark

Privatdozent, Dr. med., Institut für Tropenmedizin Berlin und Medizinische Fakultät Charité Humboldt-Universität Berlin, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

Heino Stöver

Privatdozent, Dr. rer. pol., Dipl.-Sozialwissenschaftler, Universität Bremen, Fachbereich 8 – ARCHIDO, Postfach 33 04 40, 28334 Bremen

Klaus Tieding

Suchtberater im Internen Suchtberatungsdienst des Justizvollzugsdienstes der JVA Lingen I, Groß Hesepe, Kaiserstraße 5, 49809 Lingen

Franz Trautmann

MA, Dipl.-Pädagoge, Trimbos Institut, Niederländisches Institut für geistige Gesundheit und Abhängigkeit, Utrecht/Niederlande, PO Box 725, 3500 AS Utrecht (Niederlande)

Christel Wedershoven

Dr. med., Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg, 58730 Fröndenberg

Caren Weilandt

Dr. phil. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), Godesberger Allee 54, 53175 Bonn

AIDS-FORUM DAH

BAND 42 - Teil 2

LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug

Jutta Jacob, Karlheinz Keppler, Heino Stöver (Hrsg.)

„LebHaft“ wendet sich an alle, die zum Thema „Gesundheitsförderung im Strafvollzug“ arbeiten (wollen). In beiden Teilbänden berichten Fachleute aus Deutschland und aus anderen europäischen Ländern über ihre Erkenntnisse und Erfahrungen. Neben einer Fülle von Daten zur gesundheitlichen Situation hinter Gittern liefern sie wertvolle Anregungen für die Ausgestaltung „lebhafter“ Gefängnisse.

Teil 1 liefert die Grundlagen. Er enthält eine Bestandsaufnahme zum Umgang mit Drogenkonsument(inn)en im Strafvollzug, präsentiert die Ergebnisse der Evaluation verschiedener Modellprojekte zur Infektionsprophylaxe und analysiert den Zusammenhang zwischen Hafterfahrung und Drogentod. Teil 2 berichtet über die Praxis und die Perspektiven gesundheitsfördernder Maßnahmen in Haft und stellt Empfehlungen sowie Leitlinien zur HIV- und Hepatitisprävention bei Gefangenen vor.

ISSN 0937-1931
ISBN 3-930425-46-7



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.