

AIDS-FORUM D.A.H.

BAND XIV

INFEKTIONSPROPHYLAXE IM STRAFVOLLZUG

Eine Übersicht über Theorie und Praxis
Heino Stöver (Hrsg.)



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

AIDS-FORUM D.A.H.

Band XIV

INFEKTIONSPROPHYLAXE IM STRAFVOLLZUG

Eine Übersicht über Theorie und Praxis

Heino Stöver (Hrsg.)
Kommunale Drogenpolitik/
Verein für akzeptierende Drogenarbeit, Bremen

INHALT

Zusammenfassung Summary	5
Michael Gähner Vorwort	7
Ulrich Heide AIDS und Strafvollzug – Wenn Abwarten und Aufschieben zu Schuld wird	9
Heino Stöver Infektionsprophylaxe im Strafvollzug	13
Gespräch mit einem langjährig hafterfahrenen Drogengebraucher „...dann hat man ihm halt die eigene Nadel gegeben – das war normal.“ Innen- und Außenansichten über Strafvollzug, Drogen, Infektionsgefahren und Verbesserungen der gesundheitlichen Lage von Gefangenen	41
Tim Däumel für JES (Junkies, Ehemalige, Substituierte) Laßt die Menschen endlich frei!	57
Wolfgang Lesting Warum eigentlich nicht? Die Abgabe von Einwegspritzen im Strafvollzug	59
Karlheinz Keppler Sex'n Drugs'n Hepatitis Anmerkungen zur Brisanz der Kombination Hepatitis, Drogenabhängigkeit und Inhaftierung	65

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33
D-10967 Berlin

Juli 1994

Redaktion: Klaus-Dieter Beißwenger, Heino Stöver
Gestaltung: Detlev Pusch
Satz: Carmen Janiesch
Druck: Oktoberdruck

ISSN 0937-1931
ISBN 3-930425-05-X

Spendenkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Berlin,
Konto 000 3500 500 (BLZ 100 906 03)

Die D.A.H. ist als gemeinnützig und mildtätig und damit als besonders
förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Karl Bolli AIDS-Prophylaxe in der Kantonalen Strafanstalt Regensdorf/Schweiz = kontrollierter Umgang mit Drogen und Sex	73
Béatrice Aebersold Régine Linder Pilotprojekt „AIDS-Beratung und Prävention im Strafvollzug“ der AIDS-Hilfe Bern (Schweiz)	81
Joachim Nelles, Sandra Bernasconi, Bernhard Bürki, Hans Peter Hirsbrunner, Christine Maurer und Doris Waldvogel Drogen- und AIDS-Prävention im Gefängnis: Pilotprojekt mit freier Spritzenabgabe in den Anstalten Hindelbank bei Bern/Schweiz	101
Linus M. Schumacher Steriles Spritzbesteck zur ausschließlichen Benutzung unter Sicht: ein alternatives Konzept der Infektionsprophylaxe für den Strafvollzug in Basel	111
Dokumentation WHO-Richtlinien zu HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis	119
Ein denkwürdiger Briefwechsel (Der Bundesminister für Gesundheit – Die Bundesministerin für Justiz)	129
Anonymus Über den Nachweis meiner HIV-Infizierung in der JVA Tegel	135
Autoren und Autorinnen	143

ZUSAMMENFASSUNG SUMMARY

DrogengebraucherInnen bilden in den letzten zwanzig Jahren eine immer größer werdende Gruppe unter den Gefangenen. Für diejenigen unter ihnen, die ihren intravenösen Drogenkonsum im Strafvollzug nicht beenden können oder wollen, bestehen vielfältige Übertragungsrisiken von Infektionskrankheiten: Der Besitz von Spritzen in den Anstalten ist verboten, wodurch der gemeinsame Gebrauch der wenigen und unsterilen Nadeln weit verbreitet ist; virale Infektionen (HIV, HBV, HCV) sind durch dieses „Needle sharing“ leicht übertragbar. Der Strafvollzug – für viele Gefangene eine ständig wiederkehrende Station in ihrer Drogenkarriere – wird damit zu einem bedeutenden Ort der Verbreitung von lebensbedrohenden Infektionskrankheiten wie HIV- und Hepatitis-Infektionen. Dies wird in mehreren anschaulichen Beispielen (vgl. „Gespräch mit einem langjährig hafterfahrenen Drogengebraucher“) in diesem Band sehr deutlich.

Im Gegensatz zum Leben in Freiheit werden den drogenabhängigen Gefangenen im Strafvollzug – bis auf wenige Ausnahmen – keine infektionsprophylaktischen Angebote zur Verfügung gestellt: Dies aus eher vollzugstechnischen Gründen; rechtliche Hindernisse gibt es seit der unlängst erfolgten Strafflosstellung der Spritzenvergabe im Betäubungsmittelgesetz nicht mehr. Strategien des politischen und administrativen Umgangs mit Drogenkonsum und Infektionen im Strafvollzug reichen von Leugnung des Problems und Ignoranz bis hin zur Anerkennung bei gleichzeitiger Weigerung, gesundheitliche Hilfen einzuleiten, die über bloße Informationsvermittlung bezüglich der Übertragungswege viraler Infektionen hinausgehen.

Im vorliegenden Band wird in mehreren Beiträgen von AutorInnen aus der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz drei Fragestellungen nachgegangen:

1. Wie ist die Prävalenz illegalen Drogengebrauchs und viraler Infektionen im Strafvollzug?
2. Welche infektionsprophylaktischen Angebote müssen gemacht werden oder werden bereits gemacht?
3. Warum werden diese gesundheitspolitisch dringend gebotenen Maßnahmen trotz aller Evidenz nicht ergriffen?

Schwerpunktmäßig wird besonders die zweite Fragestellung behandelt. Es sind vorwiegend Beiträge aus der Schweiz, die Bewegung in die festgefahrene Diskussion und Praxis bringen: Sowohl die langjährig durchgeführte Vergabe von „Bleach“ (vgl. Bolli), die Vergabe von Spritzen innerhalb eines Pilotprojekts „AIDS-Beratung und Prävention im Strafvollzug“ der AIDS-Hilfe Bern (vgl. Aebersold/Linder), als auch ein kürzlich angelaufenes Pilotprojekt mit freier Spritzenvergabe (vgl. Nelles u.a.) weisen praktisch gangbare Wege auf. Weitergehende Überlegungen zur Einrichtung eines „Druckraums“ im Strafvollzug werden schließlich von Schumacher aus Basel angestellt.

Die Beiträge aus Deutschland beschäftigen sich eher mit der Analyse bestehender Infektionsgefahren (vgl. Keppler, Stöver, Däumel) bzw. der gesundheitlichen Lage drogengebrauchender Gefangener schlechthin, sowie mit rechtlichen Überlegungen zur Spritzenvergabe im Rahmen des Strafvollzugsgesetzes (vgl. Lesting). Auf den Zeitfaktor und die Folgen einer verzögerten Einführung der Schutzmaßnahmen, wie sie DrogengebraucherInnen in der Freiheit in Anspruch nehmen können, weist Heide in seinem Beitrag hin.

In the last twenty years, drug users have become a steadily increasing sub-population among prison inmates. Those who are not able or willing to stop IV drug use run the risk of contracting various infectious diseases. In prison, syringes are not allowed; therefore, the sharing of needles is widespread. That is why pathogenic agents (HIV, HBV, HCV) are easily transmitted. Many addicts are imprisoned repeatedly during their drug-using careers, and prisons are a significant place for the transmission of life-threatening infectious diseases such as HIV and hepatitis. This book gives some conclusive illustrations of these facts (cf. „Gespräch mit einem langjährig hafterfahrenen Drogengebraucher“).

With the exception of a few prisons, incarcerated drug addicts usually do not receive the necessary means for the prevention of infectious diseases which are available to people on the outside. This is due to technical rather than legal reasons, as legal barriers have recently been removed from the German drug law. The distribution of syringes is no longer a criminal offence. Political and administrative strategies towards drug use and infections in prison range from denying and ignoring the problem to acknowledging it, while at the same time refusing to provide adequate prevention services which go beyond information about the transmission of infectious diseases.

In this book, various German and Swiss authors deal with the following three topics:

- the prevalence of illicit drug use and viral infections in prison*
- the necessity of infectious disease prevention services*
- the reasons prison authorities refuse such health measures, in spite of the evident problem.*

Emphasis is given to the second topic. Most of the contributions likely to set the currently stagnating theory and practice in motion are of Swiss origin. Practical approaches presented include: many years of experience with the distribution of bleach (cf. Bolli); the distribution of syringes in the pilot project „AIDS-Beratung und Prävention im Strafvollzug“ of the AIDS-Hilfe Berne (cf. Aebersold/Linder); as well as a recently started pilot project including free distribution of syringes (cf. Nelles et al.). Last but not least, Schumacher from Basel brings forward his considerations concerning the setting up of „injection rooms“.

Contributions from Germany deal more with analyzing the actual risks of infection (cf. Keppler, Stöver, Däumel), the health situation of drug-using prison inmates, and the legal aspects concerning the distribution of syringes in prison (cf. Lesting). Heide concentrates on the time factor and the consequences of a delayed implementation of such preventive measures which are already offered to drug users in the community.

VORWORT

AIDS im Strafvollzug ist ein Thema, dem wir nach Meinung mancher Kritiker ein allzu großes Gewicht beimessen. Wenn bei ca. 60.000 Gefangenen 1000 positiv sind, dann – so besagte Kritiker – sei diese Zahl viel zu gering, als daß ihr eine so umfangreiche Aufmerksamkeit und derart vielfältige Aktivitäten seitens der AIDS-Hilfe zuteil werden müßten. Wir setzen dem entgegen: Jeder, der sich im Strafvollzug mit HIV ansteckt, ist ein Infizierter zuviel.

Genauere Daten über die Menschen, die sich im Strafvollzug durch „Needle sharing“ infizieren, liegen in wissenschaftlichen Untersuchungen nicht vor. Gerade in den letzten Monaten treten jedoch immer mehr Menschen ans Licht der Öffentlichkeit und berichten darüber, sich im Vollzug der Freiheitsstrafe mit HIV infiziert zu haben. Der vorliegende Band enthält dazu auch den Bericht eines Gefangenen, der sich im Berliner Strafvollzug mit HIV angesteckt hat und inzwischen den Senat von Berlin auf Schadensersatz verklagt.

1987 wurde in den meisten deutschen Vollzugsanstalten die Verteilung von Kondomen und Gleitmitteln als sinnvolle AIDS-Prophylaxe für den Übertragungsweg Sexualverkehr genehmigt. Die Vergabe von sterilen Spritzbestecken dagegen wurde und wird immer wieder mit teilweise „abenteuerlichen“ Begründungen verweigert. Einige Justizministerien argumentierten, daß eine Vergabe von sterilen Spritzbestecken Beihilfe zum Drogengebrauch gemäß § 29 Betäubungsmittelgesetz sei. Obwohl die AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages bereits 1988 empfohlen hatte, den Gefangenen sterile Spritzbestecke zur Verfügung zu stellen, ist diese präventive Maßnahme bis zum heutigen Tage nicht möglich. Gegen den Widerstand einiger ihrer Mitglieder hatte sich die Enquête-Kommission zu dieser generellen Empfehlung durchgerungen, weil sie schon damals die Bedeutung dieser Prophylaxemöglichkeit erkannt hatte. Auch der Kommentator des Betäubungsmittelgesetzes, Harald Hans Körner, hielt die Vergabe von sterilen Spritzbestecken für eine sinnvolle AIDS-Prophylaxe und nur im Strafvollzug noch für „umstritten“.

Die Deutsche AIDS-Hilfe und die ihr angeschlossenen regionalen Vereine haben die Spritzenvergabe im Strafvollzug schon früh in ihr umfassendes Präventionskonzept aufgenommen und immer wieder von Politik und Verwaltung eingefordert. Zusätzlich zur Vermeidung von HIV-Infektionen auch zum Schutze vor Hepatitis A, B und C ist es dringend notwendig, daß die Justizministerien der einzelnen Bundesländer endlich sterile Spritzbestecke verteilen lassen. Es kann nicht angehen, daß aus Gründen angeblicher Staatsräson billigend in Kauf genommen wird, daß sich Menschen mit HIV infizieren. Inzwischen geben alle Justizministerien der Länder zu, daß die Vollzugsanstalten keine drogenfreien Räume sind.

Jeder sechste Gefangene hat bei einer 1991 erfolgten Befragung angegeben, er habe sich im Strafvollzug mit HIV infiziert. Diese Zahlen sind er-

schreckend. Sie werden weiter steigen, wenn die einzig wirklich sinnvolle AIDS-Prophylaxe für den Übertragungsweg i.v. Drogengebrauch im Strafvollzug, die Verteilung steriler Einwegspritzen, weiter mit fadenscheinigen Begründungen verweigert wird. Die Justizministerien tragen die Verantwortung für die Gesunderhaltung der Gefangenen. Wer die Spritzenvergabe verweigert, ist mit dafür verantwortlich, daß sich Gefangene infizieren.

Michael Gähner

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Referent für Menschen mit HIV/AIDS in Haft

ULRICH HEIDE

AIDS UND STRAFVOLLZUG – WENN ABWARTEN UND AUFSCHIEBEN ZU SCHULD WIRD

Obschon seit Anfang der 80er Jahre bekannt, führte das hohe HIV-Übertragungsrisiko für DrogenkonsumentInnen beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzbestecken – dem sogenannten „Needle-sharing“ – zunächst kaum zu spezifischen Präventionsmaßnahmen. Eine Ursache hierfür mag in der damals vorherrschenden Einstellung zu sehen sein, DrogenbenutzerInnen seien ohnehin für Botschaften der Prävention nicht zugänglich oder zumindest nur äußerst schwer zu erreichen. So wurde oft von dem Gegensatz zwischen den Schwulen (selbstorganisiert, gut erreichbar, verantwortungsbewußt, präventionsmotiviert: also gut) und den Fixerinnen und Fixern (eben all dies nicht: also schlecht) gesprochen.

Mittlerweile ist diese Diskussion deutlich differenzierter geworden. Das verstärkte Engagement der AIDS-Hilfen und die Gründung von Selbsthilfe-Initiativen der Junkies, Ex-User und Substituierten (JES) haben hieran sicher einen ebenso großen Anteil wie Angebote der akzeptierenden Drogenarbeit und die teilweise deutlichen Veränderungen in der staatlichen Drogenpolitik Ende der achtziger und Anfang der neunziger Jahre. Erinnert sei hier vor allem an das damals mutige Methadon-Modellprojekt des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers Hermann Heinemann. Und diese Entwicklung geht weiter; so ist im Augenblick (Juni 1994) nicht abzuschätzen, wie sich die Diskussion über das sog. „Haschisch-Urteil“ des Bundesverfassungsgerichts vom 28.04.1994 auswirken wird.

Alles in allem lassen aber die für den Strafvollzug zuständigen Justizministerien die bei den Gesundheitsverwaltungen und in der Gesellschaft zu beobachtende erhöhte Flexibilität in der Drogenpolitik und bei der AIDS-Bekämpfung – zumindest an entscheidenden Punkten – weiterhin vermissen. Dabei haben HIV und AIDS vieles geändert. Reaktionen des Strafvollzuges sind überfällig.

Der Bezug zwischen den Themen AIDS und Vollzug wird in der Bundesrepublik Deutschland – wie in fast allen anderen Staaten der Welt – durch Gesetz, nämlich durch die Strafbarkeit des Drogenkonsums hergestellt. Besitz, Kauf und Verkauf von (bestimmten) Drogen sind strafbar. Menschen, die (bestimmte) Drogen zu sich nehmen, gehen damit also nicht nur ein individuelles Gesundheitsrisiko ein, sie nehmen – bewußt oder unbewußt – auch das Risiko in Kauf, mit „dem Gesetz“ (hier dem Betäubungsmittelgesetz, kurz: BtMG) in Konflikt zu geraten.

Das Risiko wird durch die aufgrund des Verbots extremen Preise dieser Drogen nochmals erhöht. Denn die DrogengebraucherInnen sind gezwungen, erhebliche Geldmittel für ihre Sucht aufzuwenden; die Folgen werden allgemein unter den Stichworten Beschaffungskriminalität und Beschaffungsprostitution erörtert. Der Bezug zu AIDS wird nun durch eine biologische Tatsache herge-

stellt, für die niemand verantwortlich ist, die aber zu Konsequenzen zwingt: Das Virus HIV wird durch Blut-zu-Blut-Kontakte übertragen. Zu den Konsequenzen heißt es im bereits 1988 veröffentlichten Zwischenbericht der AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestags: „Die Größenordnung der Infektionsrisiken verschiedener HIV-Übertragungswege läßt sich wie folgt beurteilen: Vorrangige Infektionswege sind der ungeschützte Sexualverkehr mit infizierten Partnern, die Ansteckungen durch kontaminierte Spritzen bei i.v.-Drogenabhängigen und die Weitergabe von der Mutter auf ihr Kind.“¹ „HIV dringt in den Industrieländern vor allem über die i.v.-Drogenbenutzer in die allgemeine Bevölkerung ein. Die Prävalenz der Infektion bei i.v.-Drogenabhängigen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. ... Bis Ende September 1985 waren in der Bundesrepublik Deutschland 3,4% aller AIDS-Fälle Fixer. Von den im Jahre 1987 gemeldeten Fällen waren es 9,5%.“² 1992 lag der Anteil der i.v.-DrogengebraucherInnen an den Neuerkrankten bei 14,2%³.

Das Infektionsrisiko durch „Needle-sharing“, also die gemeinsame Benutzung einer Spritze, ist seit der ersten Hälfte der achtziger Jahre bekannt. Außerhalb des Strafvollzugs wurde auf dieses Risiko reagiert, indem mittlerweile an vielen Stellen kostenlos oder kostengünstig Einwegspritzen an DrogengebraucherInnen abgegeben werden. Durch die am 16. September 1992 in Kraft getretene Neufassung des BtMG ist nun auch zweifelsfrei geklärt, daß die Abgabe von Einwegspritzen rechtlich zulässig ist, da die bloße Abgabe von Spritzen „kein Verschaffen von Gelegenheit zum Verbrauch“⁴ darstellt. Somit ist nicht nur die Legitimität, sondern auch die Legalität der Ausgabe von sterilen Einwegspritzen an DrogengebraucherInnen gesichert.

Gleichwohl wird diese Präventionsmaßnahme⁵ Strafgefangenen verweigert, obwohl das Risiko von HIV-Infektionen im Strafvollzug kaum geringer sein dürfte als außerhalb der Strafanstalten. Durch die Kontrollmaßnahmen im Vollzug – Suche nach und Beschlagnahme von Drogen und Spritzen – wird das Infektionsrisiko vermutlich sogar eher erhöht, da die Suche nach Spritzen offenbar erfolgreicher verläuft als die nach Drogen. Faktisch führen diese Maßnahmen also vor allem zu einer Verknappung von Spritzen im Vollzug.

Eine Untersuchung, die das Sozialpädagogische Institut Berlin im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchführte, belegt das besondere Infektionsrisiko unter solchen Bedingungen. Nach diesen Ergebnissen waren 13% der i.v.-DrogengebraucherInnen, die bislang nicht in Haft waren, HIV-Antikörper-positiv, aber 24% derjenigen mit Knasterfahrung und 32% derjenigen, die angaben, im Knast gefixt zu haben⁶. Daß auf dieses Infektionsrisiko nicht angemessen reagiert wird, ist letztlich nur aus dem Kontext der herrschenden Drogenpolitik zu erklären. Sie benennt als zentrales Ziel die Drogen-Abstinenz (zumindest bei den zur Zeit illegalen Drogen) und als Mittel zur Umsetzung dieses Ziels einerseits die Aufklärung und andererseits repressive Maßnahmen des Strafrechts⁷. Aus ihrem offensichtlichen Scheitern (die Zahl der Abhängigen und der Neukonsumenten steigt, die Zahl der Drogentoten steigt, die Gewinne und damit die wirtschaftliche und politische Macht der Drogenkartelle steigen) wurde in letzter Zeit wiederholt die Forderung nach einer weitgehenden Änderung der bisherigen Drogenpolitik abgeleitet. Auf diese Diskussion soll hier nur verwiesen werden.

An dieser Stelle kann es nur darum gehen, den Aspekt der Verweigerung potentiell lebensrettender Präventionsmaßnahmen für Strafgefangene ins Blick-

feld zu rücken. Schließlich kann für DrogengebraucherInnen bereits die Verurteilung zu einer kurzen Haftstrafe das Todesurteil bedeuten. Die enge Verschränkung der unter den Gesichtspunkten der Prävention zentralen Fragen mit denen der allgemeinen Drogenpolitik wird an kaum einer Stelle so deutlich wie hier; die Frage der Spritzenvergabe im Strafvollzug rührt offenbar am Lebensnerv der herrschenden Drogenpolitik⁸. Denn „natürlich“ erscheint es absurd, Menschen, die wegen ihres Konsums bestimmter Drogen strafrechtlich verfolgt werden, während der Haft (- zwar nicht die Mittel, so aber doch -) die Hilfsmittel zur Beibehaltung ihres Drogenkonsums zur Verfügung zu stellen. Eine solche Praxis würde die gesamte Drogenpolitik in Frage stellen, auch wenn sie aus Gründen des Gesundheitsschutzes zwingend notwendig ist. Daher ist es nicht verwunderlich, daß Politik und Verwaltung auf das Problem der HIV-Neuinfektionen im Strafvollzug zunächst mit Leugnung reagierten. Da die potentielle Infektionsgefährdung durch „Needle-sharing“ kaum geleugnet werden kann, ging es um die Leugnung des realen Risikos: So wurde und wird einerseits die Menge und die Art der Drogen, die hinter Gittern zugänglich sind, heruntergeredet, so wurden und werden andererseits zur Zahl der infizierten Gefangenen unrealistisch niedrige Angaben veröffentlicht. Insgesamt wird somit das Infektionsrisiko im Strafvollzug negiert oder zumindest verharmlost.

Dabei ist das Drogenproblem im Vollzug auch in der Justiz zur Kenntnis genommen worden, wie etliche Quellen belegen. Besonders eindrucksvoll erscheint mir die folgende: Im Juli 1990 hatte das Amtsgericht Berlin-Tiergarten über einen Drogenabhängigen zu richten. Die Haftstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt, da es „mit Rücksicht auf die skandalösen Rauschgiftumstände in der JVA-Tegel“⁹ nicht vertretbar sei, ihn durch die Vollstreckung der Freiheitsstrafe „wieder in die Gefahr des Rückfalls von Amts wegen zu schicken“. Es könne nicht Sinn und Zweck der Strafe sein, den Angeklagten „sehenden Auges in die Rauschgiftabhängigkeit durch die Inhaftierung in der JVA Tegel zu schicken“. Mit anderen Worten: Dieser Vollzug macht süchtig.

Die Legitimität dieser Vollzugspraxis muß also zumindest als höchst fragwürdig erscheinen. Warum sie gleichwohl aufrecht erhalten wird, beantwortet der medizinische Leiter des Justizvollzugskrankenhauses Fröndenberg, Wolfgang Riekenbrauck – nach seiner aus ärztlicher Sicht geforderten Vergabe von Einwegspritzen zur HIV-Prävention – mit dem hohen Symbolwert des Spritzenverbots für die herrschende Drogenpolitik: „Für das Selbstverständnis des Strafvollzuges und der dort tätigen Mitarbeiter hat das Spritzenverbot einen hohen psychologischen und symbolischen Stellenwert. Die freie Verteilung der Spritzen würde als Signal für eine Freigabe der Drogen verstanden. Es würde allgemein verunsichern.“¹⁰

Demnach stünde die symbolische (nicht die reale, die ja offenbar nicht durchsetzbar ist) Drogenfreiheit des Strafvollzugs über dem Infektionsschutz – und damit dem Recht auf Leben – der Gefangenen.

Wie zynisch diese Haltung ist, verdeutlicht die Aussage eines Berner Gefängnisdirektors, die Béatrice Aebersold und Régine Linder in ihrem Bericht zitieren. Der Anstaltsleiter hatte ihnen gegenüber die Auffassung vertreten, „daß ... die Spritzenvergabe in den Gefängnissen früher oder später ‚von oben verordnet‘ werden wird, daß er aber sicher nicht der erste sei, der damit anfangen werde: ‚Spritzen sind hier kein Thema‘.“

Unbeschadet möglicher erheblicher Differenzen in der Bewertung der bisherigen Drogenpolitik und ihres Erfolgs oder Mißerfolgs muß verlangt werden, daß den neuen Bedrohungen durch HIV und AIDS ernsthaft Rechnung getragen wird. Was dies heißt, sprach Bundespräsident Richard von Weizsäcker zur Eröffnung der IX. Welt-AIDS-Konferenz am 7. Juni 1993 in Berlin an: „... Für die Gefährdeten sollten wir Angebote schaffen, die sie in den Stand setzen, sich zu schützen. Gegebenenfalls sind auch Gesetzesänderungen in Betracht zu ziehen. Nicht AIDS führt zu Drogen, sondern Drogen führen zu AIDS. Noch gibt es keinen Impfstoff und keine heilende Therapie gegen AIDS. Um so weniger dürfen wir durch starre ideale Grundsätze unentschuldigbar viele Menschenleben gefährden. Denken wir nur an die Verhältnisse in vielen Gefängnissen. In Deutschland ist zur Zeit jeder Tausendste HIV-positiv, in Gefängnissen aber jeder Fünftzigste, und zwar sind es in den Haftanstalten fast alle durch Benutzung gemeinsamer Spritzen geworden. Drogenabhängigkeit ist eine Krankheit, und Süchtige handeln zwanghaft. Aber wie sollen sich drogensüchtige Häftlinge ebenso wie Menschen draußen vor einer AIDS-Infizierung schützen können, wenn ihnen nicht unter ärztlicher Kontrolle geholfen werden darf?“¹¹

Diese Frage des scheidenden Bundespräsidenten könnte also durchaus Leitfrage dieser Veröffentlichung der Deutschen AIDS-Hilfe sein. Mit der Beantwortung dürfen wir uns und anderen keine Zeit mehr lassen.

Anmerkungen

- 1 AIDS: Fakten und Konsequenzen. Zwischenbericht der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“. Bonn, 1988. S. 108
- 2 ebda; S. 103
- 3 Angaben des Bundesgesundheitsamtes für den Zeitraum Jan. bis Dez. 1992. Zitiert nach: AIDS-FORSCHUNG (AIFO). Heft 1, Januar 1994. S. 51
- 4 Zitiert nach: Deutsches Ärzteblatt. Heft 38, 18. September 1992
- 5 Durch gemeinsamen Nadelgebrauch können neben HIV auch andere Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis übertragen werden
- 6 Dieter Kleiber: HIV-Prävalenzraten bei i.v. Drogenabhängigen. Ergebnisse einer differentiell-epidemiologischen Untersuchung. In: Rosenbrock, Rolf; Salmen, Andreas (Hrsg.): AIDS-Prävention. Berlin, 1990. S. 59
- 7 Vgl. Pressemitteilung Nr. 99 des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27.08.1992 anlässlich der Vorlage des Drogenberichts der Bundesregierung
- 8 Die Arbeitsgemeinschaft deutscher AIDS-STIFTUNGEN befragte im Sommer 1992 alle Justizministerien der Länder nach ihrer Haltung zu zehn Veränderungsvorschlägen zum Strafvollzug. Lediglich die Vergabe von Einwegspritzen wurde von allen Landesministerien abgelehnt, während zu anderen Vorschlägen, wie der Substitution im Vollzug, sehr unterschiedliche Positionen deutlich wurden
- 9 Dieses und die beiden folgenden Zitate nach: Die Zeit Nr. 3, 15. Januar 1993
- 10 Wolfgang Riekenbrauck: Drogen und Haft. In: Leben mit Drogen. Dokumentation des 1. Kongresses des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V. Berlin, 1991, S. 246
- 11 Zitiert nach dem Manuskript der Ansprache

HEINO STÖVER¹

INFEKTIONSPROPHYLAXE IM STRAFVOLLZUG

„Der gesellschaftliche Anspruch auf solidarischen und menschlichen Umgang mit Menschen mit HIV und AIDS wird sich gerade dort zeigen müssen, wo diese ohnehin schon durch ihre Lebensbedingungen ausgegrenzt und stigmatisiert sind. Das gilt für i.v. Drogenabhängige ganz allgemein und insbesondere für jene in Haft.“ (MICHELS 1990)

1. Einleitung

Infektionsprophylaxe im Strafvollzug wird zumeist gleichgesetzt mit der HIV/AIDS-Prävention – doch das ist verkürzt. HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen sind nur ein Teil jener Infektionen und Krankheitsbilder, denen DrogengebraucherInnen im Strafvollzug ausgesetzt sind – und hier stärker als anderswo. Hepatitis-Infektionen etwa werden mittlerweile als „desmoterische“, d.h. gefängnistypische Infektionen bezeichnet. In der verkürzten Diskussion über HIV/AIDS offenbart sich lediglich die dramatischste und bedrohlichste Perspektive moderner Infektionen. Von der Schwere her betrachtet, gibt es etwa bei den Hepatitisinfektionen (HAV, HBV, HCV) gleichfalls Langzeiterkrankungen, die ebenfalls – und insbesondere bei Hepatitis C (HCV) – tödlich verlaufen können.

Aber auch eine erweiterte infektionsprophylaktische Sicht öffnet noch immer nicht den Blick für die allgemeine gesundheitliche Lage der Gefangenen und für ihre Bedürfnisse, weil sie sich auf ein spezielles Risikoverhalten beschränkt. Das Ziel der Gesunderhaltung muß sich umfassender auf die gesamten Bedingungen des Lebensumfelds Strafvollzug beziehen: so auf Unterbringung (Zelle, Block, Büro, Arbeitsplatz), Wohnen (Autonomie, Kompetenz), Ernährung (vielseitig, gesundheitsbewußt), Freizeit, Wochenendangebote, Bewegung (Sport), Besuchs- und Ausgangsregelungen, sozialtherapeutische Angebote und die medizinische Versorgung.

In der Infektionsprophylaxe bewegt sich trotz Absichts- und Fürsorgeerklärungen bisher recht wenig. Zwar gibt es in vielen JVA's Beratungs-, Informations- und Aufklärungskonzepte für Gefangene und Fortbildungsveranstaltungen für Bedienstete, doch bestimmte, für unabdingbar erachtete Maßnahmen, wie etwa der HIV-Antikörpertest bei Haftantritt, deuten eher auf kontrollpolitische Motivationen beim Umgang mit der HIV-Infektion bzw. den AIDS-Erkrankungen seitens der Anstalt. Insbesondere in der Primärprävention, bei der

¹ Unter Mitarbeit von Rüdiger Schumacher. Für wertvolle Anregungen danke ich besonders Johannes Feest, Klaus-Jürgen Fritsch, Wolfgang Lesting, Peter Lindlahr, Klaus Kalwoda, Reiner Kaulitzky, Anand Pant und Henning Schmidt-Semisch.

es darum geht, mit personalkommunikativen und instrumentellen Mitteln Neuinfektionen zu verhindern, bestehen erhebliche Defizite: Die Kommunikation über HIV-Übertragungsrisiken – sofern sie denn überhaupt stattfindet und das Phänomen nicht schlicht geleugnet wird – basiert immer noch auf der sich immer stärker als unrealistisch erweisenden Abstinenzforderung² (sowohl in Bezug auf Drogengebrauch als auch auf Sexualität). Die Bereitstellung von HIV-Schutzmöglichkeiten beschränkt sich immer noch auf die vereinzelt Vergabe von Kondomen. Während also für die Hauptbetroffenengruppe der KonsumentInnen illegaler Drogen außerhalb des Strafvollzugs realistische zielgruppenspezifische Aufklärungskampagnen und Infektionsprophylaxe mit dem Ziel eines risikoarmen, schadensbegrenzenden Drogengebrauchs durchgeführt werden und in den letzten Jahren fast in jeder größeren Stadt Spritzenaustauschprogramme und -automaten installiert wurden, die einen leichten, anonymen und jederzeitigen Zugang zu sterilem Spritzbesteck gewährleisten, bleiben diese Hilfen den gefangenen DrogengebraucherInnen verwehrt. Und das, obwohl immer deutlicher wird, daß der Strafvollzug weder eine sexual- noch eine drogenfreie Zone ist³. Drogengebrauch ist für viele Gefangene Alltagsrealität – nur innerhalb einer anderen, eben intramuralen Szene. Das heißt, alle Entwicklungen und Erscheinungsformen des Drogengebrauchs „draußen“ lassen sich im Strafvollzug wiederfinden: Drogentod⁴, Drogennotfall, Zunahme der Zahl der DrogengebraucherInnen, Händlerhierarchien, Schulden, Stoffstrecken, -schwankungen und eben auch HIV-Infektionsrisiken. Diese Risiken potenzieren sich für gefangene i.v. Drogenabhängige, denn sterile Spritzbesteck ist Schmuggel- und damit Mangelware, der Gemeinschaftgebrauch benutzter Nadeln als Hauptübertragungsweg von viralen Infektionen damit um einiges wahrscheinlicher als „draußen“.

Dieser Beitrag untersucht zum einen, warum trotz dieser belastenden Lebens- und Drogenkonsumbedingungen innerhalb der Anstalt keine infektionsprophylaktischen Angebote gemacht werden, die über moralische Appelle hinausgehen und effektive Instrumentarien der Infektionsverhütung bereitstellen. Diese Frage stellt sich um so dringender angesichts der jüngsten Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes, in der die Straflosigkeit der Spritzenabgabe klaggestellt wurde. Welche vollzugsrechtlichen und -praktischen Blockaden und Umsetzungsprobleme bestehen trotzdem noch weiter?

In einem zweiten Schritt werden jenseits sich diametral gegenüberstehender Maximalforderungen (Drogenfreiheitsanspruch vs. Spritzenvergabe) umsetzbare infektionsprophylaktische Angebote vorgestellt. Es geht um das Wie bzw. Wie nicht, denn daß etwas geschehen muß, ist vielen Beteiligten klar: Nach wie vor ist beispielsweise die HIV-Infektion eine irreversible Schädigung und der Ausbruch von AIDS-Krankheitssymptomen früher oder später wahrscheinlich. Dort wo es keine vorbeugende Impfung und keine wirksame Therapie gibt, müssen alle Anstrengungen auf die Infektionsverhütung konzentriert werden.

2 In einem 4-seitigen Informationsblatt, das die Berliner Justizbehörden verteilen, heißt es beispielhaft: „Lassen Sie das Fixen, steigen Sie aus! Unterlassen Sie das Tätowieren und Ohrläppchendurchstechen! Unterlassen Sie Analverkehr!“

3 Dies wird mehr und mehr auch von maßgeblichen Politikern eingestanden: „Drogenfreie Haftanstalten sind eine Illusion“, so wurde der Berliner Jugendsenator Krüger kürzlich im Spiegel (48/92, S. 112), zitiert

4 vgl. etwa Weser-Kurier v. 14.12.92: „Gefangener wurde tot aufgefunden“.

Dies gilt verstärkt für das Gefängnis, wo sich HIV-Übertragungsrisiken in einem geschlossenen System mit erhöhter Kontrolle, Tabuisierung und Heimlichkeit zwangsläufig ergeben.

2. Prävalenz illegalen Drogengebrauchs und viraler Infektionen im Strafvollzug

Betroffen von HIV und AIDS im Strafvollzug sind fast ausschließlich KonsumentInnen illegaler Drogen (REX 1991; MICHELS 1989, 203). Sie stellen einen immer größer werdenden Teil der ca. 60.000 Inhaftierten in der Bundesrepublik Deutschland: Schätzungen schwanken enorm, sind von Anstalt zu Anstalt unterschiedlich. Experten schätzen, daß ca. ein Drittel aller Gefangenen DrogengebraucherInnen sind⁵.

Mehrere Indikatoren⁶ sprechen seit Mitte der 80er Jahre für eine Zunahme der Zahl der DrogenkonsumentInnen außerhalb des Strafvollzugs. Parallel dazu muß auch eine Zunahme der wegen Betäubungsmittel- oder Beschaffungsdelikten verurteilten DrogengebraucherInnen im Strafvollzug erwartet werden⁷. Eine Vielzahl kommt über kurz oder lang mit dem Strafrecht und dem Strafvollzug in Berührung. Das Gefängnis wird im Verlauf der Drogenkarriere tendenziell zur dominanten Lebenswelt des Abhängigen. Jüngere Untersuchungen sprechen von etwa 2/3 der DrogenkonsumentInnen: In der von KOCH/EHRENBERG (1992) durchgeführten Evaluationsstudie „Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften“ (n=660) hatten 60% Haftenerfahrungen (71% der Männer, 41% der Frauen; bestätigend: KLEIBER 1991). Dabei besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Gesamthaftzeit und Dauer der Drogenabhängigkeit: d.h. die Haftzeit steigt mit andauernder Abhängigkeit (SICKINGER 1991, 342ff). Das AMSEL-Forschungsprojekt („Ambulante Therapie und Selbstheilung“) för-

5 Vgl. insbesondere den Brief von Bundesgesundheitsminister Seehofer an die Bundesministerin d. Justiz, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (in diesem Band abgedruckt).

Aus der Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs im Bundesministerium der Justiz, Rainer Funke, v. 5.4.93 auf die Anfrage des CDU/CSU-Bundestagsabgeordneten Roland Sauer (BT-DS 12/4735, S. 13-15) ergibt sich, daß sich nach der letzten Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden am 31.3.1991 lediglich 4.282 Strafgefangene und Sicherungsverwahrte, die wegen Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz verurteilt worden waren, in den JVA's aufhalten (AIDS-Forschung, Sept. 1993, H.9, S. 492). Doch allein die drei Bundesländer (HB, NRW und B. siehe unten) machen bereits die Hälfte der Zahl des Statistischen Bundesamtes aus. Nicht berücksichtigt sind hier ferner die Gefangenen, die aufgrund von Beschaffungsdelikten einsitzen. Das BMJ (Aug. 1993) geht deshalb von einer mehr als doppelt so hohen Zahl, ca. 10.000 drogenabhängigen Gefangenen aus.

Für die Insassen bremischer Strafvollzugsanstalten schätzt man, daß ca. 20-25% „vorerfahren im i.v. Konsum illegaler Drogen“ sind, d.h. ca. 120-150 (vgl. KAULITZKY u.a., (1991, 4). Nach Angaben des Justizministeriums Nordrhein-Westfalen von 1990 sind ca. 10% der männlichen und ca. 30% der weiblichen Gefangenen drogenabhängig, d.h. etwa 1500 Abhängige illegaler Drogen in NRW (vgl. RIEKEN-BRAUCK 1991, 244; vgl. auch: KRUMSIEK 1992). WÜST (1990, 24) schätzt für Berlin, daß von den 2000 Gefangenen im geschlossenen Vollzug der großen Berliner Haftanstalten mindestens 25% BTM-Täter sind, wovon etwa 30% auch in Haft Drogen intravenös konsumieren. Die Anzahl der HIV-Positiven wird auf etwa 300 geschätzt.

Interessant scheint bereits die Selbstangabe zu sein: in einer großen Teststudie über Gefangene in Hamburger JVA's (n= 4155, vgl. ALBOTA 1993) wird bereits in mehr als jeder 5. Eingangsuntersuchung (22%) die Frage nach dem i.v. Drogenkonsum bejaht. Wenn davon ausgegangen werden muß, daß diese Bejahung nur von einem Teil der Gefangenen in Erwartung von diskriminierenden Sonderbehandlungen getroffen wird, muß die Zahl als erstaunlich hoch bewertet werden.

6 Die Zahlen der polizeilich erstmals auffällig gewordenen ErstkonsumentInnen, der Drogentoten, der Beschlagnahmungsmengen sind seit Mitte der 80er Jahre kontinuierlich ansteigend.

7 KRUMSIEK (1992) weist darauf hin, daß sich die Zahl der Drogenabhängigen im Strafvollzug (NRW) innerhalb der letzten 10 Jahre verdoppelt hat.

dert außerdem zutage, daß die Haftzeit stets länger ist als die Therapiezeit (n=324).

Die Erkenntnis, daß der Strafvollzug kein drogenfreier Raum ist, sondern der Drogengebrauch im Strafvollzug von einem großen Teil der einsitzenden Drogengebraucher fortgeführt wird, hat mittlerweile Eingang in die ministerielle gesundheitspolitische Diskussion gefunden: Bundesgesundheitsminister Seehofer schätzt, daß trotz scharfer Kontrollen über 40% der 20.000 DrogenkonsumentInnen in Haft weiter illegale Drogen konsumieren. Mehrere Studien belegen dies eindrucksvoll und weisen gar einen höheren Anteil aus. KOCH/EHRENBERG (1992, 53) fanden bei ihrer Befragung (n=660) heraus, daß die Hälfte der bereits Inhaftierten ihren i.v. Drogenkonsum in Haft fortsetzte, und zwar vorwiegend mit der Hauptdroge Heroin.

Die Existenz von Drogen innerhalb des Strafvollzugs kann heute nicht mehr geleugnet werden: Bei einer Befragung der DEUTSCHEN AIDS-HILFE (D.A.H.) von 117 Gefangenen mit HIV und AIDS aus dem Strafvollzug antworteten 86,3% auf die Frage: „Gibt es in der JVA, in der Sie Ihre Haftzeit verbüßen, Drogen?“ mit Ja. In der gesamten Bandbreite verfügbarer Drogen wurden Marihuana und Heroin am häufigsten genannt (GÄHNER 1992, 22). KOCH/EHRENBERG bestätigen, daß Drogen, die in der Szene erhältlich sind, auch in den Strafvollzugsanstalten verfügbar waren und injiziert wurden: „Die Konsumhäufigkeit wurde von ‚mehrmals am Tag‘ bis zu ‚seltener als 1 Mal pro Monat‘ angegeben. Nachschubprobleme mit Heroin oder Kokain schienen im Strafvollzug kaum zu bestehen.“ (S. 53) Allerdings variiert die Versorgungslage und der Preis von JVA zu JVA und selbst innerhalb der Anstalten von Haus zu Haus. Trotz aller Schwankungen: Eine „Griffnähe“ ist aufgrund geringer Ausweichmöglichkeiten jedoch auch für die Gefangenen vorhanden, die ursprünglich keine illegalen Drogen konsumierten und bei denen sich eine „haftbedingte Sucht“ mit vollzugsspezifischer Kriminalität entwickelt (siehe WESER-KURIER vom 27.11.93 „In der Strafhaft an Heroin geraten“).

2.1 HIV-Infektion

Überträgt man die in mehreren epidemiologischen Studien bestätigte HIV-Prävalenz von etwa 20% (vgl. KOCH/EHRENBERG 1992; KLEIBER 1991), dann kann man auch davon ausgehen, daß jeder fünfte Drogengebraucher im Strafvollzug HIV-infiziert ist bzw. bereits AIDS-assoziierte Symptome aufweist⁸. In absoluten Zahlen hieße das, daß etwa 1.200 HIV-infizierte Gefangene⁹ in den Strafanstalten leben (vgl. auch ähnliche Schätzungen: MICHELS 1989, 52; KREUZER 1990, 171; BMG in einem Schreiben vom 20.07.93).

- 8 LÜTH/PÜSCHEL (1989, 301) stellen für Hamburg fest, daß die für den Strafvollzug gefundene HIV-Prävalenz unter inhaftierten i.v. Drogenkonsumenten (13,8%) in etwa deckungsgleich ist mit der HIV-Prävalenzrate, die außerhalb des Strafvollzuges für Hamburg ermittelt wurde.
- 9 Diese Schätzung wird vom BMJ (Aug. 1993) als zu hoch bestritten. Das BMJ geht in einem Brief an Bundesgesundheitsminister Seehofer v. 17.9.93 (siehe S. 131) von 502 positiven HIV-Untersuchungen im Jahre 1992 aus. Eine Übersicht auf Grundlagen von Angaben der Landesjustizverwaltungen (ohne Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) v. 31.3.93 hat 415 HIV-infizierte Gefangene ergeben. Berücksichtigt werden muß jedoch, daß unterschiedliche Testquoten bei den Gefangenen und unterschiedliche Testpraxis in den einzelnen Bundesländern zugrunde liegen. Während es in Bayern Regeluntersuchungen auf HIV bei der Einganguntersuchung gibt, besteht in Bremen die Politik freiwilliger, anonymer Testungen außerhalb des Strafvollzuges. Testzahlen beider Testpraktiken sind nicht miteinander

Die D.A.H.-Befragung gefangener Menschen mit HIV und AIDS hat ergeben, daß 70% meinen, sich durch gemeinsam benutztes Spritzbesteck angesteckt zu haben; 17% schließlich sind der Auffassung, sich im Strafvollzug infiziert zu haben, wobei Needle-sharing als der dominante Übertragungsweg anzusehen wäre.

Mehrere Studien belegen eine enge Korrelation zwischen dem Aufenthalt im Strafvollzug und der Verbreitung der HIV-Infektion bei Gefangenen. KLEIBER fand in seiner differentiell-epidemiologischen, multizentrischen Studie eine HIV-Prävalenz unter i.v. DrogengebraucherInnen von 19,9% (n = 1.253). Eine Analyse der HIV-Prävalenzraten verschiedener Subpopulationen ergab jedoch eine eindeutige soziale Determination der HIV-Infektion: Die DrogengebraucherInnen ohne Hafterfahrung (n=499) waren zu 10% HIV-AK-positiv (KLEIBER 1991, 35). Diejenigen mit Hafterfahrungen (n = 728, etwa 60%) waren bereits zu 26% HIV-Antikörper-positiv; von denjenigen, die darüber hinaus angaben, auch im Knast gefixt zu haben, waren 33,7% HIV-positiv¹⁰. KOCH/EHRENBERG (1992, 48) bestätigen in ihrer Untersuchung (n = 660) eine doppelt so hohe HIV-Prävalenz bei Befragten i.v. DrogenkonsumentInnen mit Hafterfahrungen (23,7%) gegenüber den Nicht-Hafterfahrenen (12,5%). Die HIV-Prävalenz von Frauen mit Hafterfahrung war sogar dreimal höher als bei Frauen, die nie im Gefängnis waren.

PANT/KLEIBER (1994, 58) vergleichen die langfristigen epidemiologischen Effekte von Gefängnisaufenthalten mit der Rolle von „shooting galleries“ in den angelsächsischen Ländern: „Hier wie dort erfolgen Drogenapplikation und Nadeltausch unter anonymen Bedingungen, die adäquate Risikoeinschätzungen und sinnvolle Partnerselektionsmechanismen, wie sie in vertrauten sozialen (Nadel-)Austauschkontexten für den einzelnen gegeben sind, unmöglich machen.“

der vergleichbar. In Bremen hat es bspw. in den ersten 11 Monaten des Jahres 1993 74 HIV-Antikörper-Tests von Insassen bremischer JVAs gegeben; davon waren (lt. Sozialarbeiter) 16 positiv. Wie viele der nicht-getesteten Gefangenen HIV-positiv sind, und wie sich diese Gruppe von 74 Gefangenen zusammensetzt, bleibt unklar.

Mangelnde Vergleichbarkeit oder Aussagekraft kennzeichnen auch die vierteljährlich erscheinenden statistischen Erhebungen zu AIDS im Strafvollzug der Landesjustizverwaltungen. So mangelt es z.T. an Vergleichsdaten, die diese Statistik erst sinnvoll werden lassen. Das niedersächsische Justizministerium bspw. gibt zwar an, wieviele Gefangene an einem Stichtag in den niedersächsischen JVAs einsaßen (z.B. 5.013 am 31.12.93), und wieviele Gefangene einen positiven Befund hatten (16). Allerdings liegen Zahlen über den Bestand der auf HIV-untersuchten Gefangenen nicht vor (vgl. Nds. Justizministerium 3.2.94; ebenso: Freie und Hansestadt Hamburg 1994). Für Hamburg hingegen existiert eine separate Studie (ALBOTA 1993), die Aussagen zur HIV-Antikörpertestung trifft: Von den untersuchten 4155 Gefangenen haben mehr als Dreiviertel einem HIV-Test zugestimmt. Von den insgesamt 3194 getesteten Fällen sind 69 (2,2%) HIV-AK-positiv. Bei 31 Getesteten lagen keine Angaben zum Testergebnis vor. Diese Zahlen machen also im wesentlichen Aussagen über die Ergebnisse der HIV-AK-Testungen im Strafvollzug. Sie geben kein klares Bild über die epidemiologische Faktenlage im Strafvollzug insgesamt. Ein etwas klareres Bild liefern die statistischen Erhebungen über die Entwicklung von AIDS in den Justizvollzugsanstalten des Landes Hessen: Bestand der Gefangenen (4. Quartal 93): 5.290, Bestand der auf HIV untersuchten Gefangenen: 4.711, Bestand der Gefangenen mit positivem Befund: 69 (Land Hessen 1994).

Das Justizministerium Baden-Württemberg hat in einer speziellen Testreihe 6.255 HIV-Tests durchgeführt und dabei 333 positive Befunde festgestellt.

Für die großen Haftanstalten Berlins mit etwa 2.000 Gefangenen wird mit ca. 300 HIV-Positiven gerechnet (WÜST 1990). Letztlich bleibt es völlig gleichgültig, ob nun 500, 1.000 oder 1.500 Gefangene HIV-AK-positiv sind: Entscheidend bleibt, daß das Virus in den Justizvollzugsanstalten vorhanden ist, und eine Analyse intramuraler Lebens- und Drogenkonsumbedingungen eine Wahrscheinlichkeit der Übertragung nahelegt. Viel deutlicher wird dies bei den Hepatitiden.

- 10 KLEIBER/PANT (1992, 16) zeigen, daß das HIV-Risiko mit mehreren Hafterisoden signifikant ansteigt.

2.2 Hepatitis

Die Beschränkung der Diskussion über Infektionsrisiken auf HIV hat die Hepatitis-Infektionsgefahren fast vollständig ausgeblendet. Dabei kommen alle drei Hepatitiden A, B und C (HAV, HBV, HCV) sehr viel häufiger in JVA's vor als in der Normalbevölkerung. GAUBE u.a. (1993) sprechen von 100-200fach erhöhter Häufigkeit und bezeichnen diese Infektionen deshalb als „desmoterische“, d.h. gefängnistypische Infektionen. Sie berichten über ihre Untersuchung von Strafgefangenen der JVA Wolfenbüttel (Niedersachsen): Von 108 HCV-positiven Gefangenen waren 91 drogenabhängig; vergleichsweise hatten nur 68 von ihnen (=63%) eine Hepatitis B erworben. „Offensichtlich wird also die HC unter Drogenabhängigen durch ‚needle-sharing‘ noch häufiger als die HB übertragen...“ (S. 248). „Der klinische Verlauf der Hepatitis C ist in 30-70% durch einen chronischen Verlauf und in 10-30% durch einen Übergang in die Leberzirrhose gekennzeichnet...“ (RASENACK 1991, 111, vgl. KEPLER in diesem Band). Damit heißt die HCV wesentlich seltener als die B-Hepatitis aus. Die parenterale Infektion gilt als der wahrscheinliche Übertragungsweg. Im Unterschied zur Hepatitis B ist zur Zeit keine aktive Immunisierung möglich (KOCH u.a. 1993). Hepatitis B und C sind als schwerwiegend anzusehen, insbesondere die HCV-Infektion, die eben sehr viel häufiger als die B zu einer chronischen Ausprägung führt und schließlich ein (tödliches) Leberversagen nach sich ziehen kann.

Insgesamt sind die Möglichkeiten, sich vor einer Infektion zu schützen, sehr viel schlechter als in Freiheit: Dies trifft nicht nur auf das Virus HIV, sondern auch auf Hepatitis B und C zu, die ebenfalls über Needle-sharing und ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen werden können und in einigen Gefängnissen besorgniserregend grassieren (ALTHOFF/SCHMIDT-SEMISCH 1992, 24).

2.3 Virale Infektionsgefährdungen im Strafvollzug

Wenn ein großer Teil der intravenös applizierenden DrogengebraucherInnen auch im Strafvollzug weiter Drogen injiziert, dann unter riskanteren Bedingungen als in Freiheit, da im Strafvollzug sterile Einwegspritzen verboten sind und gebrauchte Spritzen bei Zellenrevisionen beschlagnahmt werden (als Indikator für weiter bestehenden Drogenkonsum mit entsprechenden Konsequenzen für Lockerungen und vorzeitige Entlassung). Saubere Spritzen im Strafvollzug sind Schmuggel- und damit Mangelware. Vom legalen Zugang zu sterilen Spritzen abgeschnitten, werden Drogen in der Regel unter riskanten Bedingungen gespritzt: sei es, daß es sehr grobe und unzuverlässige Vorsichtsmaßregeln gibt („Positive spritzen als letzte“), Spritzen unter kaltem oder warmem Wasser ausgespült oder ausgekocht werden (geht praktisch nur dort, wo Tauchsieder zulässig sind), sei es, daß auf diese Vorsichtsmaßnahmen in der spezifischen Dynamik der Situation völlig verzichtet und schlechten Gewissens die „Stationspumpe“ benutzt wird.

Die folgende Schilderung eines Betroffenen beschreibt anschaulich die Situation in vielen Haftanstalten¹¹:

¹¹ vgl. auch die Berichte über Drogen und Infektionsgefahren im Strafvollzug in: Die Zeit v. 18.12.92 („Bloß nicht hinsehen“ v. H.H. Bräutigam), die tageszeitung v. 19.1.93 („Wir teilen uns die Spritzen“ v. T. Stüdingen), Die Zeit v. 15.1.93 („Hinter Gittern“ v. E. Klee)

„Sowohl in Tegel als auch in Moabit gab es immer Stoff. Es gibt mal einen Engpaß, aber irgendeiner hat dann doch immer was....“

Das Problem sind allerdings immer die Pumpen. In der U-Haft Moabit sind ja nur kurze Aufschlußzeiten, und du kannst dir mit keinem zusammen den Druck machen. Dann fragst du einen, von dem du weißt, daß er drückt, nach 'ner Pumpe. Die kriegst du dann. Meistens sind das ganz vergammelte Dinger mit stumpfer Nadel und bestimmt schon fünfzig Mal benutzt. Aber wenn man Heroin hat, dann will man sich auch den Druck machen, und es interessiert dich in dem Moment auch nicht, ob die Pumpe clean ist. Du drückst einfach...

Als ich 1984 im Knast Tegel einsaß, wußten wir ja noch nichts über AIDS. Aber auch da war die Situation so, daß wir monatelang nur eine Spritze hatten, und alle Junkies in dem Haus haben sie benutzt. Das war wohl die Zeit, in der ich mich mit dem Virus HIV infiziert haben muß. Und damit natürlich auch alle anderen, ich schätze ein gutes Dutzend. Einige davon sind inzwischen auch schon tot. Im vergangenen Jahr war ich wieder für einige Monate in Tegel. Es hat sich überhaupt nichts geändert, es wird genauso wie schon 1984 mit einer Spritze für alle rumhantiert“ (MEYER 1989).

Absprachen bezüglich vorhandener Infektionen müssen als unzuverlässig bezeichnet werden; sie vermitteln eine Scheinsicherheit; Reinigungen können zudem nicht mit der erforderlichen Sorgfalt vorgenommen werden (vgl. Gespräch mit einem langjährig hafterfahrenen Drogengebraucher, in diesem Band). Bei der thermischen oder chemischen Desinfektion ist kein sicherer Umgang zu erwarten, denn es gibt in den Strafvollzugsanstalten und bei den Gefangenen in der Regel keine Gebrauchsanweisungen für eine effektive chemische (mit „bleach“¹², d.h. Haushaltsbleicher: Welche Mittel sind wie eingesetzt geeignet, Viren abzutöten?) oder thermische Desinfektion (Auskochen: wie lange mit welchen Spritzen machbar?)¹³.

Ein weiterer Faktor, der bei der Infektionsprophylaxe im Strafvollzug bedacht werden muß, ist die Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung vieler Gefangener darüber, nichts an ihrer Lebenssituation dauerhaft verbessern zu können. Vor diesem Hintergrund werden gesundheitliche Risiken unter Verdrängung der Konsequenzen eher eingegangen als „draußen“.

Ein anderer Drogenabhängiger, ebenfalls aus Tegel und HIV-positiv, beschreibt diese Situation und die seiner Bekannten folgendermaßen:

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

¹² Unter Bleach, das aufgrund des Spritzenabgabeverbots hauptsächlich in den USA in der AIDS-Prävention eingesetzt wird, versteht man Mittel (Lösungen mit mind. 1% Natriumhypochlorit), die – in bestimmter Form verwendet – eine Virus-desinfizierende Wirkung besitzen.

¹³ Daß die Unsicherheit über adäquate Spritzenreinigungsmethoden bei DrogengebraucherInnen allgemein groß ist, wird in mehreren Studien deutlich: bei KOCH/EHRENBURG (1992, 78) gaben nur 15% an, Spritzen adäquat zu reinigen (auskochen). Dieses Ergebnis deckt sich mit dem von KLEIBER/PANT (1991, 32) gefundenen Ergebnis: 80% der Befragten haben hinsichtlich der Verhinderung einer HIV-Transmission ineffektive Methoden angewandt (Durchspülen mit heißem oder kaltem Wasser): „Definiert man nun ‚effektives Reinigungsverhalten‘ als konsequente Reinigung plus effektive Methode (Auskochen, Desinfizieren), dann kann nur noch bei 17,4% (23/123) der aktiven Nadeltaucher von präventionswirksamem Reinigungsverhalten gesprochen werden.“

3. Welche infektionsprophylaktischen Maßnahmen werden für den Strafvollzug diskutiert?

Angesichts der Diskrepanz zwischen weit entwickelten HIV-präventiven Angeboten für i.v. DrogenkonsumentInnen in Freiheit und angesichts des Fehlens jeglicher Infektionsschutzmöglichkeiten für zunehmend mehr gefangene Drogenabhängige, ist von vielen Experten (DROGENBEAUFTRAGTER DER BUNDESREGIERUNG E. LINTNER¹⁴), internationalen Gremien (EUROPARAT¹⁵) und Fachverbänden in mehreren Ländern über die personalkommunikative Vermittlung infektionsprophylaktischer Botschaften hinaus eine instrumentelle Prävention in Form der Spritzenvergabe auch im Strafvollzug gefordert worden (vgl. auch: ARBEITSGEMEINSCHAFT DEUTSCHER AIDS-STIFTUNGEN 1992). Diese Forderung ist lediglich in der Schweiz pilotprojektartig umgesetzt worden. Doch auch unterhalb dieser präventionspolitisch effektivsten Maßnahme ist eine Reihe abgestufter Regelungen denkbar, um eine weitere Ausbreitung der HIV-Infektion unter drogengebrauchenden Gefangenen zu verhindern. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, Regionalbüro Europa) hat als Empfehlung an ihre Mitgliedsstaaten zur effektiven und bedürfnisgerechten AIDS-Prävention im Strafvollzug folgende abgestufte Skala entwickelt:

- „– Maßnahmen zur Verminderung der Zahl der i.v. Drogenkonsumenten
- Maßnahmen zur Verhinderung des Drogenkonsums
- Informieren über die Risiken intravenöser Applikationsformen
- Informieren über die Risiken des Gemeinsamgebrauchs benutzter Spritzen
- Demonstrieren von Desinfektionstechniken, Bereitstellen von Desinfektionsmitteln und Mitteln des hygienischen intravenösen Drogengebrauchs (Alkohol- und Trockentupfer, Pflaster etc.)
- Verteilen von sterilen Spritzen“ (vgl. STÖVER/SCHULLER 1992, 107).

Diese breite Skala von – sich nicht gegenseitig ausschließenden – Maßnahmen sollte den einzelnen Ländern/Bundesländern und Vollzugsanstalten als Handlungsbegründung dienen, überhaupt einen Schritt in Richtung HIV/AIDS-Prävention zu gehen.

Während die beiden erstgenannten Maßnahmen eher mittel- bis langfristig umzusetzen sind und Informationen über Risiken des intravenösen Drogengebrauchs und des Gemeinsamgebrauchs benutzter Spritzen in einigen Anstalten bereits gegeben werden, konzentriert sich eine effektive HIV-Prävention vor allem auf vier – sich wiederum nicht ausschließende – Bereiche:

1. Vergabe steriler Einwegspritzen
2. Demonstration und Verfügbarmachen von Desinfektionsmitteln
3. Safer-use-Training
4. Hepatitis-B-Impfung

14 In einem SPIEGEL-Interview hat LINTNER die Abgabe von Spritzen an drogensüchtige Gefangene gefordert. In: Westfälische Rundschau v. 23.3.93

15 In der Formulierung des Europarates heißt es: „to allow, in the last resort, clean, one-way syringes and clean needles being made available to intravenous drug abusers in prison“ zit. n. JURGENS, R.: HIV/AIDS in Prisons – A working Paper of The Expert Committee on AIDS and Prisons (June 1993)

zu 1.) Vergabe steriler Einwegspritzen

Der Zugang zu sterilem Spritzbesteck für Gefangene wird von einer Vielzahl unterschiedlicher Gremien, von Institutionen und Wissenschaftlern, Praktikern und Politikern als klarste und den Bedürfnissen am besten entsprechende Lösung gefordert (vgl. zur Übersicht: SCHULLER/STÖVER 1989 u. STÖVER/SCHULLER 1991), bzw. empfohlen (WHO). Dies zunächst aus präventionspolitischen Gründen: Die Spritzenvergabe ist anerkanntermaßen die effektivste Form des HIV/AIDS-Infektionsschutzes angesichts der Tatsache, daß der Drogengebrauch für viele DrogengebraucherInnen nicht von heute auf morgen aufgegeben werden kann und nicht ohne weiteres auf weniger riskante Applikationsformen (was auch eine ökonomische Frage ist) ausgewichen werden kann. Aufgrund dieser realistischen Einschätzung sind in vielen Städten und Kommunen der Bundesrepublik Spritzenaustauschprogramme entwickelt worden. Die leichte Zugänglichkeit von sterilem Spritzbesteck ist damit weitgehend gewährleistet – eine Maßnahme, die mittlerweile auch international zum anerkannten fachlichen Standard der HIV/AIDS-Prävention in den AIDS- und Drogen-Hilfen avanciert ist (O'HARE 1992; STÖVER/SCHULLER 1992).

Demgemäß wird eine Spritzenvergabe aus Gründen der Gleichbehandlung von gefangenen und nichtgefangenen Drogenabhängigen gefordert (Harding et al. o.J.). Denn Gefangene sollten im Rahmen der auch in der Anstalt zu gewährenden medizinischen Versorgung und entsprechender Gesundheitsvorsorge nicht schlechter behandelt werden als Nicht-Gefangene¹⁶. Der Ausschluß von effektivem Infektionsschutz bedeutet eine grundlegende Diskriminierung und eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lage der Gefangenen. Bislang gibt es nur in der Schweiz Pilotprojekte: in der Frauenhaftanstalt Hindelbank/Kanton Bern¹⁷ (siehe NELLES u.a. in diesem Band) und in der Solothurner Strafanstalt Oberschöngrün. In letzterer gibt der Gefängnisarzt bereits seit Ende 1992 saubere Spritzen an Häftlinge ab – mit Erlaubnis der kantonalen Sanitätsdirektion¹⁸.

zu 2.) Demonstration und Verfügbarmachen von Desinfektionsmitteln

Die „nächstbeste Lösung“ – Desinfektionsmittel – wird deshalb diskutiert, weil der Spritzenvergabe immer noch erhebliche Bedenken seitens der Justizvollzugsanstalten entgegenstehen. Diese Form der HIV/AIDS-Prävention erkennt zumindest den Drogengebrauch in der intravenösen Form und damit auch die Existenz von Spritzen im Strafvollzug an. Von den Gefangenen wird die Vergabe von „bleach“ jedoch häufig als zu halbherzig und unzulänglich kritisiert. Auch Experten beurteilen diese Maßnahme ablehnend (HOFFMANN 1989) oder als „mikrobiologisch nicht so zuverlässig“ und gesundheitsschädigend (Venenschädigungen durch Entzündungen als Folge unscharfer Nadeln, so LAUFS

16 Im September 1992 fand in Genf eine Konsultation zur Erarbeitung von Richtlinien zum Umgang mit HIV und AIDS in Gefängnissen statt. Einig war man sich darin, daß Häftlinge die gleiche Gesundheitsversorgung erhalten müssen, wie sie den Bürgern der jeweiligen Mitgliedsländer auch außerhalb zur Verfügung stehen (vgl. Neumann 1992, 17).

17 vgl. Schweizer Presseberichte v. 17.5.94: Neue Zürcher Zeitung, Berner Zeitung, Der Bund, Tages-Anzeiger, Berner Tagwacht

18 Nach Auskunft von Anstaltsdirektor Peter Fäh hat man damit bis jetzt positive Erfahrungen gemacht: „Der Anteil der süchtigen Insassen ist nicht größer geworden, aber auch nicht kleiner.“ Unter den 70 Häftlingen werden wöchentlich rund 10 Spritzen abgegeben. Laut Fäh ist es nicht zutreffend, daß durch die Spritzenabgabe mehr Drogen konsumiert würden (vgl. Tages-Anzeiger v. 17.5.94).

1992). Zunächst bleiben Spritzen weiterhin Schmuggel- und Mangelware, d.h. die wenigen Spritzen und vor allem Kanülen, die nun gereinigt von vielen benutzt werden können, werden sehr schnell stumpf und verursachen bei der Injektion o.g. Schädigungen.

Zudem ist die Handhabung, die adäquate und effektive Benutzung dieser Technik nicht leicht vermittelbar und in der Praxis nicht immer „sicher“.

Es muß abgewogen werden: Mit der „bleach“-Vergabe wird ein allererster Schritt hin zu einer Anerkennung von Infektionsschutzbedürfnissen getan, gleichwohl um den Preis eines nur schwer zu vermittelnden sorgfältigen und sicheren Umgehens mit „bleach“. Zudem bergen die „bleach“-gereinigten Spritzen zusätzliche gesundheitliche Gefahren. Schließlich bestehen nur wenige fachlich fundierte Gebrauchsanweisungen für eine effektive chemische Desinfektion: Welche Mittel sind wie eingesetzt geeignet, Viren abzutöten?

Aufgrund dieser Abwägung scheint dies – zumindest für den Strafvollzug – keine geeignete Form der Infektionsprophylaxe zu sein und wird deshalb nicht weiter verfolgt.

zu 3.) Safer-use-Training

Unter Safer-use-Training versteht man die Vermittlung von Kenntnissen zum „sicheren“ Gebrauch von Drogen. Risiken beim intravenösen Gebrauch wie zusätzliche Gesundheitsschädigungen durch unsachgemäße Injektion¹⁹ und Vorsichtsregeln für eventuellen Drogengebrauch nach Verlassen des Strafvollzugs, sowie Hygienevorkehrungen etc. sollen dabei thematisiert werden. Tabus werden aufgebrochen, so z.B. über Drogengebrauch zu reden, ihn zu akzeptieren, um weitere zusätzliche und unnötige, weil nicht drogen- oder suchtspezifische Schädigungen zu vermeiden²⁰ (vgl. Übersicht: HEUDTLASS, J.-H.; STÖVER, H.; WINKLER, P. 1994).

zu 4.) Hepatitis-B-Impfung

Bei den noch nicht mit Hepatitis-B Infizierten und denjenigen, die keinen ausreichenden Impfschutz mehr besitzen, sollte die Impfung, die aus drei zeitlich versetzten Teilimpfungen besteht, begonnen werden und eventuell nach Verbüßung der Straftat draußen bei Gesundheitsämtern oder niedergelassenen Ärzten vervollständigt werden.

4. Infektionsprophylaxe für DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug: Was wird gemacht und warum wird was nicht gemacht?

Nimmt man den Strafvollzug als Gradmesser der Glaubwürdigkeit und Effektivität von AIDS-Präventionspolitik in Deutschland schlechthin, dann hat diese versagt! Eine instrumentelle HIV/AIDS-Prävention (die Verteilung von sterilem Spritzbesteck und/oder „bleach“) ist bis heute trotz allgemein anerkannter dringender Notwendigkeit im Strafvollzug nicht erfolgt. Auch die personal-

19 Dies scheint möglicherweise anmaßend, doch: „Das vermeintliche Expertenwissen der Drogenkonsumenten sowohl bezogen auf HIV-Prophylaxe als auch auf Maßnahmen der ersten Hilfe und des Schutzes vor Verelendung durch risikoreichen Konsum ist wirklich gering“ (Heudtlass 1991, 156).

20 Beispielhaft ist dieses Safer-use-Training im Drogenentzug von CLEANOK (vgl. Heudtlass 1991, 155).

kommunikative Vermittlung HIV/AIDS-präventiver Botschaften ist nur in wenigen Anstalten erfolgt und beschränkt sich oft darauf, auf die Risiken des i.v. Drogengebrauchs und des Needle-sharing allgemein hinzuweisen. Indem sie jedoch diesen relevanten Verhaltensbereich für die Haftanstalten systematisch ausblendet, bleibt sie lebensweltfremd und, schlimmer, ungläubwürdig.

4.1 Problembereich HIV-AK-Regeltestung

In vielen Anstalten werden HIV-Massentestungen Neuinhaftierter im Rahmen der medizinischen Eingangsuntersuchung durchgeführt²¹. Zwar wird in manchen Anstalten von den Gefangenen eine schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt, deren freiwilliger Charakter jedoch dadurch infrage gestellt wird, daß vielfach die Ablehnung eine Behandlung als HIV-Infizierter – mit allen stigmatisierenden Nachteilen – zur Folge hat²². Bis auf wenige Ausnahmen gibt der allergrößte Teil der Gefangenen folglich seine Einwilligung zum Test²³. Dies um so eher, als der Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung der denkbar schlechteste für überlegte Entscheidungen ist (Entzugserscheinungen, Angst vor Isolation in einer Beobachtungszelle).

Dieses in den meisten Anstalten verbreitete Vorgehen macht jedoch aus HIV-präventiver Sicht keinen Sinn. Die Kenntnis des HIV-Status bietet keine Gewähr für risikobewußtes Verhalten oder gar gesünderes Leben²⁴ im Strafvollzug. Im Gegenteil ist anzunehmen, daß ein positives HIV-Antikörpertestergebnis zu erheblicher Irritation und Depression führen kann²⁵. Dies ist um so wahrscheinli-

21 Der HIV-Antikörpertest wird entsprechend einem Beschluß des Strafvollzugausschusses der Länder v. 17.10.1985 allen Gefangenen bei der Aufnahmeuntersuchung angeboten, in Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein Gefangenen, die einer der Hauptbetroffengruppe zuzurechnen sind, nachdrücklich empfohlen. Die Konsequenzen für die Gefangenen bei Ablehnung eines Test sind unterschiedlich: Berlin, Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und das Saarland lehnen Zwangstests ab. Bayern hat in einer Verwaltungsvorschrift festgestellt, daß bei Angehörigen von Hauptbetroffengruppen die zwangsweise Blutentnahme zur Durchführung des Tests nach § 101 StVollzG zulässig sei. Schleswig-Holstein hat theoretisch dem Anstaltsarzt das Recht zugebilligt, auch gegen die Einwilligung des Gefangenen einen Test vorzunehmen. In der Praxis wird von dieser Verwaltungsvorschrift dem Vernehmen nach kein Gebrauch gemacht.

Testverweigerer werden in den Bundesländern unterschiedlich behandelt: in Berlin, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz haben sie keine negativen Konsequenzen zu erwarten. In Hessen und im Saarland behandelt man sie wie HIV-Infizierte; in Baden-Württemberg und Bayern nur dann, wenn sie einer Hauptbetroffengruppe zuzurechnen sind, in Schleswig-Holstein wird individuell nach den im Einzelfall vorliegenden Erkenntnissen unter Einschaltung des Anstaltsarztes entschieden (vgl. Enquête-Kommission 1990, 283). Hier wird zurecht darauf hingewiesen, daß die Freiwilligkeit der Tests bezweifelt wird. „Es falle immerhin auf, daß sich sehr viel weniger Gefangene testen lassen, wenn der Test, wie in Bremen, anonym durchgeführt werde“ (ebenda).

22 vgl. etwa für Hamburg: Raschke/Ritter 1991, 190ff. Die WHO hat in ihren „Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons“ Zwangstests als unethisch und ineffektiv bezeichnet, die verboten werden sollten (siehe Übersetzung in diesem Band).

23 vgl. allgemein: AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages 1990, 283f; für Hessen: Schäfer 1991, 181 und Rex 1991

24 „Eine gesonderte Versorgung der getesteten infizierten Häftlinge mit Zusatzkost, mehr Duschmöglichkeiten und Hofgang leuchtet zur Begründung eines Eingangstests nicht ein. Denn auch die Inhaftierten, die sich erst kurz vor Haftantritt oder in der Haft infiziert haben, die folglich trotz eines Tests nichts von ihrer Infektion wissen, haben einen Anspruch auf ein gesundes Leben in der Haftanstalt. Außerdem ist wenig einzusehen, warum nicht allen Häftlingen gleichermaßen eine vitamin- und eiweißreiche Nahrung, genügend Hofgang und Duschmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, damit sie alle ein Leben führen können, das ihr Immunsystem nicht beeinträchtigt.“ (Raschke/Ritter 1991, 194)

25 „Der Glaube, DrogenkonsumentInnen verarbeiten ein positives Testergebnis aufgrund ihrer bekanntermaßen hohen Verdärgungsleistungen leichter als andere Menschen, entlarvt sich vielmehr als ein unhaltbares Klischee in der Drogenarbeit. In den wenigen, besonders analysierten Einzelfällen haben alle

cher, als die „draußen“ entwickelten Methoden der Testvor- und Nachbereitung und der psychischen Bewältigungshilfen im Vollzug nicht angeboten werden. Wie die D.A.H.-Befragung von 117 Gefangenen mit HIV und AIDS ergab, wurde das Testergebnis zu 90% vom Anstaltsarzt mitgeteilt²⁶. Die AIDS-ENQUETE-KOMMISSION (1990, 285) stellte ebenfalls fest: „Zu einer weitergehenden umfassenden Betreuung sind die Ärzte schon aus zeitlichen Gründen nicht in der Lage. Dasselbe gilt wohl auch für die Anstaltspsychologen. Deshalb liegt die psychosoziale Betreuung der infizierten Gefangenen meist in den Händen der Sozialarbeiter und der Anstaltsgeistlichen. Sie erfordert einen hohen zeitlichen und persönlichen Aufwand und setzt entweder eine spezielle Schulung oder doch zumindest eine eingehende Beschäftigung mit der Problematik voraus. Diese Voraussetzungen sind nicht immer gegeben“.

Ali dies muß auch vor dem Hintergrund gesehen werden, daß der größte Teil der Gefangenen (88,3%, GÄHNER 1992) nicht an die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht glaubt und weiterhin erhebliches Mißtrauen und Vorbehalte gegenüber der medizinischen Versorgung im Strafvollzug hat. Diese Tatsache wiegt um so schwerer, als die Gefangenen mit Erkrankungen aufgrund von HIV bis hin zum Vollbild AIDS dem medizinischen Dienst „ausgeliefert“ sind.

Die AMSEL-Studie führt aus, daß neben der bisherigen Biographie der Aufenthaltort bei einem positiven HIV-Testergebnis von wesentlicher Bedeutung ist: „Eine aktive Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion setzt voraus, daß der Betroffene das Gefühl hat, damit den Verlauf beeinflussen zu können. Wie gering das subjektive Kontrollerleben sein kann, um gerade noch Motivationsgrundlage für eine aktive Bewältigung zu sein, hängt neben Ausmaß und Intensität der sozialen Unterstützung von der psychischen Struktur des Betroffenen ab. (...) Ein großer Teil der hier interviewten HIV-positiven Drogenabhängigen neigt im Falle des erlebten Kontrollverlustes vor allem zu Verdrängung mittels Drogen.“ (KINDERMANN 1987).

Der Knast ist also im Hinblick auf soziale, gesundheitliche und psychische Unterstützung und – daraus folgend – für das subjektive Gefühl der Beeinflussbarkeit des Infektionsverlaufs die denkbar schlechteste Umgebung zur Bewältigung des positiven Testergebnisses. Aufgrund dieser fehlenden Unterstützung und mangelnder Bewältigungschancen sind HIV-AK-Tests innerhalb der Anstalt unter Androhung von Sanktionen bei Verweigerung wenig sinnvoll, ja eher kontraproduktiv und sollten daher unterbleiben²⁷ (vgl. auch AMSEL-Studie).

Der Verdacht liegt nahe, daß HIV-AK-Massentests eher dem Informationsinteresse der Bediensteten – zu wissen, wer Virusträger und ggf. -überträger sein könnte – genüge tun als den Bedürfnissen der Gefangenen. RASCHKE/RITTER

DrogenkonsumentInnen unmittelbar nach Bekanntgabe des Ergebnisses, innerhalb oder außerhalb der Haftanstalten, Kurzschlußhandlungen begangen. Entweder sind sie ‚abgehauen‘, haben sich eine besonders hohe Dosis gespritzt, oder sie haben in den Haftanstalten verdeckte Formen des ‚Ausklinkens‘ entwickelt, um nicht aufzufallen (z.B. Versuche der Selbstverstümmelung, die wie ein Unfall aussehen sollten, z.T. begingen sie Sachbeschädigungen, in der Hoffnung, wenigstens ihre Ursache zu verbergen).“ (Raschke/Ritter 1991, 195).

26 Die AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen könnten frühzeitig als TestberaterInnen einbezogen werden. Ggf. könnte der Gefangene den Arzt auch von der Schweigepflicht entbinden, was eine Test-Nachbetreuung verbessern könnte.

27 Anders verhält es sich mit freiwilligen und anonymen HIV-Tests möglichst außerhalb der Anstalt (für Bremen: siehe Kaulitzky u.a. 1991). Die Kenntnis der Infektion kann eine gewinnbringende medizinische Überwachung und Teilhabe am „bescheidenen medizinischen Fortschritt“ i.S. der Frühbehandlung etwa mit „Retrowir“ bedeuten (vgl. Rex, R. 1991, 242).

(1991, 193) weisen darauf hin, daß diese Tests ganz im Gegenteil eher eine Scheinsicherheit bei den Bediensteten erzeugen, „die sie glauben läßt, sie wüßten, wer infiziert sei und wer nicht. Dadurch entsteht aber die Gefahr, daß sie allgemeine Hygienevorschriften eher vernachlässigen und sich bei der Versorgung von Verletzungen der Insassen in falscher Sicherheit wiegen“. HIV-Infektionen können sich nämlich gerade im Strafvollzug ergeben; von daher hat der HIV-AK-Test bei der Eingangsuntersuchung lediglich einen beschränkten Aussagewert. „Zugleich kann das Regeltesten bei dem Personal den Eindruck erwecken, als sei es für ihre alltägliche Arbeit in der Anstalt ganz besonders wichtig zu wissen, wer infiziert ist und wer nicht. Dies wiederum leistet einer Überängstlichkeit der MitarbeiterInnen in den Haftanstalten Vorschub, die sie in ihrer Arbeitssituation unnötig belastet.“ (1993). Einer „normalisierenden“ Haltung gegenüber AIDS und der HIV-Infektion wird damit entgegengewirkt. Die beiden Szenarien für eine HIV-Exposition der Bediensteten (Anwendung körperlicher Gewalt, Erste-Hilfe) werden als Legitimation für die Kenntnis des HIV-Status der Gefangenen herangezogen. LINDLAHR (1991) weist darauf hin, daß bestehende Ängste und psychische Belastungen der Bediensteten es einerseits im Wechselprozeß erleichtern, „bestimmte Regelungen in den ministeriellen Erlassen, die sich auch rechtlich als fragwürdig erwiesen haben, aufrechtzuerhalten. Die subjektive Ansteckungsangst der Bediensteten muß aber andererseits auch als Argument herhalten, wenn es um die Zumutbarkeit innovativer (und von der Justiz nicht gewünschter) AIDS-präventiver Ansätze wie Spritzenabgabe in den Anstalten geht“ (S. 27). Es scheint, daß Überwachung und Kontrolle – im falsch verstandenen Präventionsinne – sich wie selbstverständlich auch auf den gesundheitlichen Status der Gefangenen erstrecken könnten.

4.2 Leugnung des i.v. Drogenkonsums, des Ansteckungsrisikos durch Needlesharing, sowie einer nachweisbaren HIV-Infektion im Strafvollzug

Eine Rechtfertigungsstrategie dafür, keine HIV/AIDS-präventiven Maßnahmen einzuleiten, ist die schlichte Leugnung des Bedarfs, d.h. des intravenösen Heroingebruchs im Gefängnis, eines Ansteckungsrisikos durch den Vielfachgebrauch unsterilen Spritzbestecks, sowie auch nur einer einzigen nachgewiesenen HIV-Übertragung im Vollzug.

Die Leugnung (nach der nicht sein kann, was nicht sein darf) wird allerdings mehr und mehr zu einer Minderheitenposition, weil die Indizien für einen Drogenkonsum immer offensichtlicher werden. Ironisch wird im Endbericht der AIDS-ENQUETE-KOMMISSION des Deutschen Bundestages (1990, 281) festgehalten: „Nach Mitteilung des Justizministers des Landes Nordrhein-Westfalen soll es dem Justizvollzug dieses Landes gelungen sein, ‚das Einbringen von Rauschgift nahezu ausschließlich auf Haschisch in geringen Mengen zu begrenzen. Heroinfunde waren äußerst selten!“. Vollzugspraktiker und Gefangene gehen jedoch davon aus, daß Verfügbarkeit und Konsum spritzbarer Drogen (zumindest) in den großstädtischen Anstalten oft parallel zur Entwicklung der Szene „draußen“ verlaufen.

Von Gegnern wird vehement vorgetragen, daß es ja noch nicht zu einer nachweisbaren HIV-Infektion im Strafvollzug gekommen sei (BEST 1993, 10; vgl. auch LEUTHEUSSER-SCHNARRENBERGER in diesem Band). BEST (1993, 10) sieht

die „zwischenzeitlich erfolgte Aufklärung“ als Grund dafür an, daß intravenöse Drogenabhängige zunehmend davon absehen, gebrauchte Spritzen zu benutzen. Diese Perspektive steht nicht nur im Gegensatz zu vielen Berichten gefangener Drogenabhängiger; die hohe Hepatitis-Verbreitung in vielen Anstalten ist in aller Regel mit dem Needle-sharing zu erklären.

4.3 Dominanz des Abstinenzparadigmas als Hinderungsgrund für effektive Infektionsprophylaxe

Nach wie vor wird in den Anstalten die Drogenfreiheit als einzig legitimes (Vollzugs-)Ziel aller Hilfsmaßnahmen postuliert. Dabei wird davon ausgegangen, daß Drogenkonsumenten gerade im Strafvollzug eine Drogenverzichtsberatung entwickeln. Doch dies ist offensichtlich eine Wunschvorstellung: MEYER-FEHR (1983) beispielsweise hat bei 248 Opiatabhängigen keine drogenfreie Zukunftsorientierung festgestellt. Versuche, Sonderstationen für den Entzug und ein drogenfreies Leben innerhalb des Strafvollzugs einzurichten, müssen als gescheitert betrachtet werden (vgl. QUENSEL 1983). Auch die Versuche, Gefangene in die Therapie überzuleiten, führen nur dazu, daß Gefangene sich absensieren und selten in der Therapieeinrichtung ankommen. Eine Maßnahme wie die Vergabe von sterilen Spritzen oder „bleach“ kollidiert mit dem Abstinenzparadigma und scheint es zu unterminieren. Allerdings wird in diesem Modell die Realität des täglichen und auch abhängigen i.v. Drogenkonsums in der Anstalt schlichtweg ausgeblendet: Das berechtigte Bedürfnis der Gefangenen, ausreichende Infektionsschutzmöglichkeiten instrumenteller Art zu erhalten, um das Gefängnis ohne gesundheitlich irreversible Schäden (wie eine HIV-Infektion) wieder verlassen zu können, wird dem Drogenfreiheitsanspruch untergeordnet. Von dieser bloßen Aufforderung zum Drogenkonsumverzicht kann keine zeitstabile Verhaltensänderung erwartet werden; das würde die psychische und emotionale Lage, in der sich viele Gefangene befinden, völlig verkennen: „Isolierte AIDS-Warnungen und ‚schwarze Pädagogik‘ bringen – allemal im Strafvollzug, wo die Gefangenen Privatsphäre bewahren wollen und Resistenz gegen Warnungen, Drohungen, Verbote entwickeln – nichts.“ (Kaulitzky u.a. 1991, 88).

Eine Politik, die die Tatsachen ignoriert und Enthaltsamkeit als besten Infektionsschutz propagiert, muß als weltfremd und gesundheitspolitisch sehr bedenklich bezeichnet werden. Diese Aufklärungspolitik mit realitätsfernen Botschaften kann bei den Gefangenen nur den Eindruck einer doppelten Diskriminierung verstärken: sie werden wegen der Drogenabhängigkeit bestraft, und gleichzeitig werden ihnen HIV-Schutzmöglichkeiten versagt.

Die Nichtakzeptanz existentieller gesundheitlicher Bedürfnisse entspricht mit einer Zeitverzögerung von etwa 5-8 Jahren der Situation „draußen“: Eine Spritzenabgabe zur HIV/AIDS-Prävention wurde etwa Mitte der 80er Jahre noch von Fachverbänden in der Drogenhilfe infrage gestellt: „Grundsätzlich ist der beste Schutz gegenüber diesen Risiken die Überwindung der Abhängigkeit“, hieß es 1985 in einer ablehnenden Stellungnahme der DEUTSCHEN HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN, ferner: Drogenberater würden zu „Komplizen der Sucht“²⁸. Die Bedenken des Strafvollzugs werden von WERDENICH (1989, 62)

28 Diese Einschätzungen wurden nach einigen Jahren revidiert

formuliert: „Ich halte den freien Zugang zu Spritzen prinzipiell für nicht unlösbar, mir ist es aber unbehaglich, wenn in einer relativ gut kontrollierbaren Situation systematisch Doppelbödigkeit installiert wird, indem die Drogen illegal bleiben, aber die Utensilien legalisiert werden.“ Diese Einschätzung gegenüber der Abgabe sterilen Spritzbestecks deckt sich mit der außerhalb des Vollzugs etwa um 1985 (HECKMANN in: SCHULLER/STÖVER 1989).

4.4 Ausdrückliche Ablehnung einer Vergabe von sterilen Einwegspritzen an i.v. Drogenkonsumenten als HIV/AIDS-Prävention

Rechtliche Bedenken werden durch eine klarstellende Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) im § 29, Abs. 1, Satz 2 ausgeräumt: „Die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige stellt kein Verschaffen von Gelegenheiten zum Verbrauch im Sinne von Satz 1 Nr. 10 dar“ (Bundesgesetzblatt 1992). Betäubungsmittelrechtliche Bedenken bezüglich einer Spritzenabgabe im Strafvollzug waren jedoch auch vor der BtMG-Novellierung kein Hinderungsgrund (LESTING 1990). Mehrere Justizverwaltungen haben sich mit vollzugspraktischen Argumentationen ausdrücklich gegen die Vergabe von sterilen Spritzen gewandt und haben dies ausführlich begründet. Im folgenden sollen die Ablehnungen Bremens²⁹ (Senator für Justiz und Verfassung 1988) und Berlins³⁰ (Senatsstellungnahme 1992) in ihrer Argumentation genauer untersucht und kritisch diskutiert werden. Weniger vollzugsrechtliche als vollzugspraktische Bedenken werden geäußert; vor allem zwei Ablehnungsgründe tauchen immer wieder auf:

Erstens: „Verfügbarkeit von Spritzen erleichtert den Drogenkonsum“

Diese Annahme geht davon aus, daß das Vorhandensein des sterilen Injektionsgeräts (denn gebrauchtes ist in den meisten Anstalten bereits vorhanden) bisher nichtdrogenkonsumierenden Gefangenen als Signal dient, in die anstaltspezifische Drogensubkultur einzutreten. In der Bremer Ablehnungsbegründung wird gar von „Anfixen‘ bisher nicht-drogenabhängiger Gefangener“ gesprochen. Diese Annahmen verkennen anstaltsinterne Dynamiken und Identifikationsprozesse von Gefangenen, die das Eintreten in bestimmte Subkulturen eher erklären: so die räumliche Unausweichlichkeit, das Vorhandensein psychotroper Substanzen, gegebenenfalls den als lukrativ eingeschätzten Handel mit Drogen. Der Zugang zu sterilem Spritzbesteck dürfte kaum ein weiteres Motiv für die Aufnahme eines intravenösen Drogengebrauchs bieten; ebenso wenig wie übrigens die Kondomvergabe zu homosexuellen Verkehrsformen beitragen dürfte. Spritzbesteck wird außerdem nicht deshalb zugänglich gemacht, um hedonistischen oder abhängigkeitsbedingten Motiven der Gefange-

29 Ablehnende Stellungnahme zu einem Antrag der Fraktion „Die Grünen“ in der Bremer Bürgerschaft v. 3.12.87 „Bessere Hilfen für HIV-infizierte und aidskranke Bürger“, der u.a. vorsah: „Aufhebung der Verfügung, bei Spritzenfunden Strafanzüge zu erstatten, Strafgefangenen an frei zugänglichen Orten Spritzen und Kondome durch Automaten zur Verfügung zu stellen.“

30 Ablehnende Stellungnahme zu einem Antrag der Fraktion „Bündnis 90/Grüne (AL/UEV)“ im Berliner Abgeordnetenhaus v. 4.3.1992 (DS 12/1224) „Über Vergabe von Kondomen und Einwegspritzen an Gefangene zur Aids-Prophylaxe“, der u.a. „Vergabe von sterilen Einwegspritzen“ und „Start eines Pilotprojektes in Zusammenarbeit mit einem freien Träger“ vorsieht

nen zu folgen, sondern aus Gründen der Infektionsprophylaxe, was zumindest die Injektion von Drogen in einen existentiellen Gefährdungs- und Problemzusammenhang stellt. Der Begriff des „Anfixens“³¹ suggeriert ohnehin ein passives, anscheinend wehrloses Opfer skrupelloser Dealer oder anderer drogengebrauchender Insassen. Die Aufnahme eines auch intravenösen Drogenkonsums gestaltet sich im Gefängnisalltag sicherlich komplexer: Sie ist durchaus vorstellbar als bewußte, selbstbestimmte Entscheidung von Gefangenen im Rahmen einer Risikoabwägung: gesundheitliche Risiken vs. besseres Ertragen des Gefängnisalltags. Diese Entscheidung findet allerdings vor dem Hintergrund völlig eingeschränkter Wahlmöglichkeiten bezüglich der Bewältigung des Anstaltsalltags statt.

Zweifellos wird denjenigen, die ohnehin Drogen spritzen, der Drogenkonsum erleichtert in dem Sinne, daß zusätzliche, nicht drogen- oder suchtspezifische, sondern situationsspezifische Risiken des Drogengebrauchs (das Vorhandensein ganz weniger Spritzen) vermieden werden können. Dies kann im Sinne der Gesunderhaltung der Gefangenen nur gefördert werden. Man kann nicht voraussagen, inwieweit die Häufigkeit des Injizierens von der Verfügbarkeit von sterilem Spritzbesteck abhängig ist, oder inwieweit mit der Verfügbarkeit auch andere Substanzen (Medikamente) überhaupt oder gegebenenfalls häufiger injiziert werden. Ausgehen sollte man jedoch von der Tatsache, daß jetzt bereits Spritzen im Strafvollzug existieren und keine grundsätzlich neue Situation geschaffen wird. Eine Risikoabwägung („Anfixen“ versus Vermeidung von HIV-Infektionen) kann dem Risiko „Anfixen“ keine höhere Priorität zubilligen. Und selbst wenn allein durch die Tatsache der Verfügbarkeit von sterilen Einwegspritzen bisher nichtdrogenkonsumierende Gefangene sich dazu verleiten lassen sollten, erstens Drogen zu nehmen und zweitens diese Drogen zu injizieren, vollzieht sich das wenigstens mit sterilen Spritzen.

Zweitens: „Verunsicherung der Bediensteten“

Als Träger einer abstinenzorientierten Perspektive und gleichzeitige Bremser einer HIV/AIDS-Prävention via Spritzenvergabe werden immer wieder die Bediensteten herangezogen: „Die Justizvollzugsbediensteten sind verpflichtet, der Verbreitung von Drogen im Vollzug entgegenzuwirken. Den Bediensteten könnte es nur mit großen Schwierigkeiten verständlich gemacht werden, daß im Falle der Ausgabe von Einwegspritzen nunmehr Hilfsmittel für den Drogenkonsum zur Verfügung gestellt werden. Die Ausgabe von Einwegspritzen würde von den Bediensteten und den Gefangenen als Schritt zur Legalisierung der Lage verstanden werden.“ (SENATOR FÜR JUSTIZ UND VERFASSUNG BREMEN 1988, 11; ähnlich: SENATSSTELLUNGNAHME BERLIN 1992, 2). Offenbar traut man den Anstaltsbediensteten keine Lernfähigkeit und kein Differenzierungsvermögen zwischen Strafbarkeit des Besitzes von Betäubungsmitteln und gesundheitlichen Maßnahmen zur Verhinderung einer HIV-Infektion zu. Prinzipiell besteht dieser Widerspruch etwa auch für Polizisten „draußen“. Daß dieses Differenzierungsvermögen erst geschaffen werden muß durch Informationen und Schulungen, ist wiederum Aufgabe der Anstaltsleitung; ebenso muß die

31 vgl. die Argumentation im Drogenhilfeplan des Senats der Hansestadt Bremen, S. 32, verabschiedet 1994

Anstaltsleitung regeln, wie bei Zellenrevisionen mit dem Spritzenfund umgegangen werden soll: Ob dies toleriert werden kann, oder ob Spritzen beschlagnahmt und (bei gebrauchten) auf Betäubungsmittelanhaftungen untersucht werden müssen?

Mehrdeutigen und z.T. widersprüchlichen Anforderungen sind die Bediensteten in ihrer täglichen Arbeit in vielerlei Hinsicht ausgesetzt. Manche Widersprüche werden opportunistisch im Interesse eines „funktionierenden Vollzugs“ aufgelöst: Cannabisgebrauch etwa, vor Jahren noch Gegenstand strafrechtlicher Sanktionierung, wird in mehreren Anstalten mehr oder weniger geduldet – im Interesse der Vollzugsruhe. Mehrere Anstalten, z.B. in Niedersachsen und Bremen, lassen Urinkontrollen (UKs) labortechnisch nicht mehr auf THC (Cannabiswirkstoff) untersuchen³². Durch die lange Nachweisbarkeit von THC hatte man vor Jahren Befürchtungen, daß Gefangene – um Vollzugslockerungen durch positive UKs nicht zu gefährden – auf harte Drogen umsteigen, die sehr viel kürzere Nachweiszeiten aufweisen.

Vollzugsbedienstete müssen also auch nach dem Opportunitätsprinzip handeln; dies erleichtert ihre Arbeit zugegebenermaßen nicht gerade. Mit den praktisch erlebbaren, alltäglichen Widersprüchen und Unzulänglichkeiten – die Durchsetzbarkeit des Drogenverbots und angemessenen Umgang mit Infektionen betreffend – werden die Bediensteten jedoch im wesentlichen alleingelassen. Ihre Handlungsunsicherheit ist Ausdruck allgemeiner Verunsicherung, wie mit Drogen, Infektionskrankheiten und -gefährdungen gerade im Mikrokosmos „Knast“ überhaupt umgegangen werden kann. Vor diesem Hintergrund mit dem Anliegen von Spritzenaustauschprogrammen an die Bediensteten heranzutreten, muß unweigerlich auf Ablehnung stoßen. Das Gefühl der Überforderung in einem widersprüchlichen Handlungsfeld mit vielen neuen Fragen wird weiter verstärkt.

4.5 Methadon- statt Spritzenabgabe?

Die Vergabe von Methadon an Gefangene löst bei den Bediensteten nicht weniger Irritationen aus als die Abgabe steriler Spritzen. Trotzdem wird sie vermehrt durchgeführt. Mehrere Ziele werden mit der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug verfolgt: zum einen werden „draußen“ begonnene Substitutionsbehandlungen im Strafvollzug fortgesetzt (zum großen Teil mit einem Abdosieren), zum anderen werden sie auch im Strafvollzug aufgenommen, um eine gesundheitliche Stabilisierung herbeizuführen sowie um Vollzugslockerungen und 2/3-Entlassungen zu begünstigen (FRITSCH/STRAUBE 1993, 130).

Die Substitutionsbehandlung wird allerdings auch als eine Form der alternativen Infektionsprophylaxe im Strafvollzug³³ betrachtet. Dabei geht man davon aus, daß durch die orale Applikation und die Blockade des „Heroinhungers“ durch das synthetische Opiat der Konsum anderer, v.a. spritzbarer Drogen nachläßt. Dies ist allerdings insofern problematisch, als zum einen immer noch

32 vgl. Best 1993, 7: In Niedersachsen werden im sog. kleinen Drogen-screening Urinproben lediglich auf Heroin, Morphin, Methadon, Amphetamine usw., nicht aber auf Cannabisprodukte untersucht. „Die entsprechenden Untersuchungen müssen eigens gesondert über das Justizvollzugs Krankenhaus angefordert werden.“ (Best, 1993, 7).

33 vgl. dazu: Drogenhilfeplan der Hansestadt Bremen (1993, 32): „Zur Zeit werden in Bremen ca. 60 Gefangene substituiert, was unbestreitbar als aidsprophylaktische Maßnahme zu werten ist.“

wenig Anstaltsärzte dazu bereit sind, mit Methadon zu substituieren. Zum anderen ist eine Substitution in Haft in aller Regel an die restriktiven NUB-Bedingungen³⁴ (vgl. BOSSONG/STÖVER 1992, 49ff) angelehnt, um eine Anschlußsubstitution nach der Entlassung zu gewährleisten. Damit besteht ein enger Indikationsbereich, der nur wenige Gefangene in den „Genuß“ einer Substitutionsbehandlung kommen läßt. Methadonvergabe allein schützt allerdings nicht vor weiterem intravenösen Drogenkonsum. Wegen der Hochschwelligkeit der Substitutionsbehandlungen kann man von den meisten übrigen Gefangenen keinen Verzicht auf intravenösen Drogenkonsum mit allen infektionsrelevanten Risiken im Strafvollzug erwarten (vgl. auch KAULITZKY u.a. 1991, 85).

Damit stellt die Substitutionsbehandlung nur sehr beschränkt eine Alternative zu anderen infektionsprophylaktischen Maßnahmen dar. Die Annahme, allein mit Methadon könne der Drogengebrauch der Gefangenen substituiert werden, basiert auf einem eher technischen Verständnis von Prävention, wie es häufig bei der „Medizinisierung“ abweichenden Verhaltens beobachtet werden kann. Die Gefängnisrealität mit dem Bedürfnis der Gefangenen, „dem Vollzug einen Tag zu stehlen“, wird dabei ausgeblendet.

4.6 *Statt entweder – oder: sowohl als auch!*

Alternativ zur instrumentellen oder auch personalkommunikativen Prävention werden immer wieder verstärkte Anstrengungen auf dem Gebiet der vollzuglichen Drogensozialarbeit mit traditioneller Drogenfreiheitsperspektive gefordert. Diese Anstrengungen sind jedoch nicht in einem Feld des „Entweder – oder“, sondern im „Sowohl – als auch“ zu diskutieren. Da der Vollzug sich zur Behandlung der Drogensucht nicht eignet, ist es unter den gegebenen Bedingungen auch weiterhin nötig, die Voraussetzungen für eine Aussetzung, Unterbrechung oder Zurückstellung der Strafvollstreckung oder für eine Aufhebung des Haftbefehls zu schaffen. Darin kann sich die Hilfe für „suchtgefährdete oder -kranke Gefangene“ aber nicht erschöpfen. Parallel müssen infektionsprophylaktische Maßnahmen ergriffen werden, um irreversible Schädigungen zu vermeiden.

4.7 *Infektionsprophylaxe und Gesunderhaltung im Strafvollzug – eine Machtfrage!*

Haben freie Träger der Drogen- und AIDS-Hilfe ab 1984 – zunächst durchaus im rechtlichen Graubereich handelnd – sich in der HIV/AIDS-Prävention engagiert und Spritzenaustauschprogramme initiiert, so sind sie, was dieses Engagement im Strafvollzug betrifft, nicht handlungsfähig. Politikstrategien des „just-doing-it“ können hier (zumindest offiziell) nicht umgesetzt werden – souverän und einzig Handelnde sind die Strafvollzugsbehörden bzw. die Justizministerien. Der Konflikt, zunächst offenbar auf der fachlichen Ebene angesiedelt, entpuppt sich angesichts der erdrückenden Notwendigkeit zum sofortigen Handeln in punkto instrumenteller Infektionsprophylaxe jedoch mehr und mehr als

³⁴ Das Betäubungsmittelgesetz erlaubt auch unabhängig von den NUB-Richtlinien die Substitution, diese regeln lediglich die Finanzierbarkeit bei bestimmten Indikationen. Für die Dauer der Haftzeit kann Methadon jedoch im Rahmen einer normalen Krankenbehandlung verschrieben werden.

ein politischer. In einer Mischung aus Kontrollverlustängsten und schlichter Ignoranz gesundheitlicher Bedürfnisse der Gefangenen wird der zwingende Handlungsbedarf auf diesem Gebiet Jahr um Jahr verschoben, bis sich „Trägheitseffekte“ einstellen³⁵. Oder aber man geht seitens der Justizbehörden offensiv mit dem Widerspruch um (und richtet sich ein): „Die Praxis des ‚needle-sharing‘ bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Einerseits lehnen wir die Vergabe von sterilen Einwegspritzen im Vollzug ab, andererseits ist das needle-sharing auch im Vollzug eine Realität. Wir wissen, daß sich ein Teil der suchtgefährdeten Insassen von der Angst vor einer HIV-Infizierung von dieser Praxis abschrecken läßt. Gerade bei dieser Klientel müssen wir durch behutsame Erkundungsformen unsere Handlungsspielräume für eine AIDS-Prophylaxe einerseits und für die Betreuung Drogenabhängiger und drogenabhängiger HIV-Infizierter andererseits finden“ (HARTWIG 1991, 221). Welche „Erkundungsformen“ hier gemeint sein könnten, bleibt nebulös, die Ablehnung instrumenteller HIV/AIDS-Prävention dagegen unmißverständlich – ein Zustand „institutioneller Selbstlähmung“ (A. PANT).

Als eine Form der Beschwichtigungspolitik werden von den Behörden immer wieder neue Arbeitskreise eingerichtet, Hearings einberufen, „Prüfungen“ angeboten, deren Ergebnisse – sofern welche existieren – nicht veröffentlicht werden: „Zur Zeit wird geprüft, ob das Desinfektionsmittel Aethanol in kleinen Mengen an stark Drogenabhängige ausgegeben werden kann“ (SEN. F. JUSTIZ U. VERF. BREMEN 1988, 12) – ohne Ergebnis. Oder: „Der Einsatz von Bleichmitteln zur Durchspülung von Spritzbestecken erscheint praktikabler (als thermische Desinfektion, H.S.), ist aber hygiene-wissenschaftlich nicht unumstritten. Diese Möglichkeit wird von der Senatsverwaltung für Justiz derzeit erneut geprüft“ (SENATSTELLUNGNAHME BERLIN 1992, 3). Das weist auf eine Verzögerungspolitik hin, die angesichts eines von außen entwickelten Legitimationsdrucks flexibel mit scheinbaren Zugeständnissen reagiert, um öffentlichem Druck zu begegnen. Dabei gewinnt die Frage der Spritzenvergabe eine Symbolwirkung für die Legitimation des Gefängnisses, das als geschlossenes, drogenfreies System aufgegeben werden muß zugunsten eines offensiven Umgehens mit diesem Scheitern und akzeptierender, lebensweltnaher und gesundheits-schützender Hilfen.

Darüber hinaus scheint man – immer noch in Ausblendung der gesamten Infektionskrankheiten im Strafvollzug – mit geringen Zahlen HIV-infizierter, bzw. AIDS-erkrankter, offenbar bekannter Gefangener zu kalkulieren, die eine Kontrollierbarkeit des Problems suggerieren und keinen weiteren Handlungsbedarf begründen.

Schließlich fehlt der kontinuierlichen Forderung der Gefangenen die politische Lobby: Die Forderungen können nur noch „gebetsmühlenartig“ wiederholt, sie können jedoch nie mit praktischen – und seien es auch nur exemplarischen – Aktionen³⁶ verknüpft werden, was ihre politische Durchsetzbarkeit möglich erscheinen ließe.

³⁵ Die „Offenen Briefe“ der Fachöffentlichkeit für eine Spritzenzuganglichkeit bzw. überhaupt eine Bewegung der Behörden erhalten – dem Welt-AIDS-Tag ähnlich – rituelle Bedeutung, nämlich: „überhaupt etwas getan zu haben“ (zumindest für Bremen).

³⁶ Einmal abgesehen vom „Throw-In“ des Vereins KOMMUNALE DROGENPOLITIKVEREIN FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT in Bremen, der 1988 Spritzen über die Gefängnismauer warf und dabei von Gefangenen aus dem Gefängnis unterstützt wurde.

5. Was könnte und müßte getan werden?

Grundsätzlich stehen sich zwei Maximalforderungen unversöhnlich und lähmend gegenüber: die nach Verhaltensänderung und Drogenfreiheit der Gefangenen und die nach einer Vergabe steriler Einwegspritzen. Beide Forderungen scheinen in keiner Strafvollzugsanstalt bislang eingelöst. Angesichts der Dynamik und des Charakters der Infektionskrankheiten HIV und HBV/HCV (bis auf HBV keine vorbeugende Impfung, keine wirksame Therapie möglich) ist es das primäre Ziel, Neuinfektionen zu verhindern. Für den Strafvollzug bietet allein die Vergabe steriler Spritzen Aussicht auf Erreichen dieses Ziels. Das wissenschaftlich begleitete Pilotprojekt in Hindelbank (siehe NELLES in diesem Band) und die bereits seit anderthalb Jahren stattfindende Spritzenabgabe in Solothurn haben bereits Ergebnisse gezeitigt, die von anderen Anstalten zur Grundlage eigener Planungen gemacht werden können.

Überlegungen der Arbeitsgruppe „AIDS-Prävention im Gefängnis“ aus Basel ziehen noch weitergehende Konsequenzen aus der im besonderen Rechtsverhältnis begründeten Fürsorgepflicht der Anstalten gegenüber ihren InsassInnen: Analog den Gassenzimmern „draußen“ soll in der Strafanstalt ein Ort eingerichtet werden, in dem steriles Spritzbesteck zur ausschließlichen Benutzung unter Sicht und zur sicheren Entsorgung zur Verfügung gestellt wird (siehe SCHUMACHER in diesem Band). Der i.v. Drogenkonsum erfolgt unter Aufsicht des Arztes/Gesundheitsdienstes. Ziel ist es, damit entstehende Möglichkeiten für psychosoziale Betreuung, für Gespräche und für den Zugang zum Patienten zu nutzen. Diese Überlegungen sind von einer politischen/praktischen Umsetzung noch weit entfernt.

Damit die Infektionsprophylaxe aus ihrer Erstarrung gelöst wird, sollten schnell umsetzbare, handhabbare Zwischenlösungen entwickelt werden, wie sie von vielen Gremien (AIDS-ENQUETE-KOMMISSION 1990; DEUTSCHE AIDS-HILFE 1992) und Experten seit langem gefordert werden. Eine dieser Übergangslösungen stellt die „Persönliche Taschenapotheke für Gefangene“ dar, die in der Kantonalen Strafanstalt Regensdorf, Zürich, allen Gefangenen ausgehändigt wird (BOLLI 1992). Die Tatsache der Aushändigung an alle Gefangenen wie auch der Inhalt zeugen von einem „normalisierenden“ Interesse dahinter: Die Apotheke enthält sowohl Ratschläge und Hilfsmittel für Erste Hilfe als auch für die AIDS-Prophylaxe (Watte, Pflaster, Zellstofftupfer, Kondome und Natriumhypochloridhaltige Lösung (1%), seit neuestem auch Beta-isodona zur Desinfektion von Spritzen und ein Merkblatt als Gebrauchsanweisung; siehe BOLLI in diesem Band). Diese Maßnahme stellt sich der Tatsache des Vorhandenseins von Drogen, von Drogengebrauch und Spritzen im Strafvollzug. Allerdings müssen solche Maßnahmen schnell in die Wege geleitet werden, um endlich den Faktor Zeit zu berücksichtigen. Dabei müssen keine eigenen „Versuche“ mit längerfristiger Auswertung unternommen werden³⁷; diese Maßnahme muß rasch jedem Gefangenen Infektionsschutz anbieten.

Dort, wo die Gefangenen Tauchsieder benutzen können, sollte die Sicherheit über die Zeit des Auskochens benutzter Spritzen gewährleistet werden (15 Minuten, vgl. NEWMAYER 1988, 154).

³⁷ Dies klingt im Interview der Frankfurter Rundschau mit Berlins neuer Justizsenatorin Peschel-Gutzeit vom 28.5.94 an.

Ein weiteres offensives und die o.g. Maßnahmen ergänzendes Herangehen an HIV/AIDS-Prävention besteht in der Durchführung von Safer-use-Trainingsprogrammen, die intensiv und fachkundig, d.h. möglichst von „Ehemaligen“ durchgeführt, Risiken im Zusammenhang mit i.v. Drogengebrauch im Strafvollzug und kurz nach der Entlassung ansprechen, die weniger risikoreiche Wege des Umgangs mit Drogenkonsum aufzeigen und die das individuelle Verantwortungsbewußtsein stärken (vgl. beispielhaft auch: KAULITZKY u.a. 1991, 7). Dabei wird klar, daß alle kommunikativen Mittel der Prävention ohne gleichzeitiges Verfügbarmachen von Instrumentarien zum Infektionsschutz oft nur Schuldgefühle beim Versagen mit sich bringen.

Schließlich ist es verkürzt und isoliert, ausschließlich auf „Verhaltensprävention“, d.h. eine Veränderung riskanter Verhaltensweisen zu setzen. Eine „Verhältnisprävention“ hätte grundsätzlicher an den Lebensbedingungen von DrogengebraucherInnen v.a. in der Haft anzusetzen: an einer Normalisierung des Strafvollzugs (LESTING 1988), an einer Aufgabe der doppelten Stigmatisierung, d.h. kriminell und drogenabhängig zu sein mit allen damit verbundenen diskriminierenden Sonderregelungen und Sonderbehandlungen, die den drogenabhängigen Gefangenen das Gefühl ihres sozialen Ausschlusses innerhalb der totalen Institution Gefängnis und die Zuweisung ihrer „Lebensführungsschuld“ (die zur Krankheit führte) vermitteln (QUENSEL 1989). Dieses Gefühl kann nur Verzweiflung und Ausweglosigkeit erzeugen, jedoch wenig vorausschauende Verantwortlichkeit gegenüber sich selbst und der eigenen Gesundheit.

5.1 Erste Überlegungen zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug – ein zeitlich begrenzter Modellversuch „Spritzenabgabe im Strafvollzug“³⁸

Die Vorbeugung vor lebensbedrohlichen viralen (HIV/HBV/HCV) und bakteriellen Infektionen muß innerhalb der Gesundheitsversorgung und der besonderen Lebenslage der Gefangenen diskutiert werden. Neben bereits vorhandenen Angeboten der Gesundheitsvorsorge müssen speziell zum Schutz vor viralen Infektionen neue Angebote entwickelt werden. Dies sollte auf drei Ebenen erfolgen:

1. Spritzentausch
2. Safer-use-Aufklärung der Gefangenen zur Vermeidung von viralen Infektionen, Drogennot- und -todesfällen, Hepatitis-B-Impfung
3. Bedienstetenaufklärung und -schulung

zu 1.) Spritzentausch

Im folgenden wird zunächst auf den Spritzentausch eingegangen, obwohl eine effektive HIV/AIDS-Prävention im Strafvollzug auf allen drei Ebenen gleichzeitig entwickelt werden muß.

In den letzten Jahren wurden mehrere Modelle der Spritzenabgabe im Strafvollzug diskutiert. So hat z.B. die AIDS-Beratung des Hauptgesundheitsamtes (HGA) Bremen in einer Stellungnahme bereits im Jahre 1990 vorgeschlagen, in einem Mischmodell eine Spritzenabgabe zunächst über den anstaltsärztlichen Dienst und danach über andere Fachdienste vorzunehmen.

³⁸ Entwickelt wurde dieses Konzept von den Bremer Vereinen KOMMUNALE DROGENPOLITIK/VEREIN FÜR AKZEPTIERENDE DROGENABREIT (H. Stöver) und AIDS HILFE BREMEN (Rüdiger Schumacher)

Bei der Erstaussgabe durch den anstaltsärztlichen Dienst war eine Eingangsberatung mit einem orientierenden Gespräch zur Abklärung der Suchtproblematik, der persönlichen Situation und gangbarer Wege in die Drogenfreiheit vorgesehen. Die weitere Vergabe steriler Einwegspritzen sollte über andere Fachdienste als den anstaltsärztlichen Dienst erfolgen.

Denkbar wäre auch die weitere Vergabe über externe Gesundheitsdienste (Gesundheitsamt im Rahmen von bereits vorhandenen Beratungsgesprächen und Untersuchungsterminen). Durch vertrauensvolle, Anonymität wahrende Arbeit würde dies die Akzeptanz unter den Gefangenen erhöhen.

Ein anderes Modell haben mehrere freie Träger der Drogen- und AIDS-Hilfe in einem Brief an den Justizsenator im Jahre 1990 vorgeschlagen. Danach sollte der Spritzenumtausch durch externe Mitarbeiter durchgeführt werden. Der Vorteil läge in der Möglichkeit eines Vertrauensverhältnisses und der Anonymität. Der Nachteil läge in der mangelnden Übersicht, Transparenz und Kontinuität.

Beiden letztgenannten Modelle ist gemeinsam, daß die Gesundheitsvorsorge, wozu auch der Schutz vor viralen Infektionen zählt, eine Regelaufgabe des Strafvollzugs und des anstaltsärztlichen Dienstes ist.

Im folgenden wird das o.g. Modell des Hauptgesundheitsamtes Bremen favorisiert und näher ausgeführt, allerdings mit der Einschränkung, einen Spritzenumtausch ausschließlich über den anstaltsärztlichen Dienst – eventuell in Zusammenarbeit mit anderen Fachdiensten – zu organisieren. Mehrere Gründe sprechen für diese Option.

Zunächst soll die Erstaussgabe steriler Einwegspritzen erst nach einem Eingangsgespräch mit dem Arzt möglich sein. Dieses kann bei Neuzugängen bereits bei der Zugangsuntersuchung stattfinden. In diesem Gespräch kann der Arzt über die bereits oben genannten Themen (Abklärung der Suchtproblematik und der gegenwärtigen persönlichen Situation, Möglichkeiten drogenfreier Therapien) hinaus vor allem auch auf bereits existierende Behandlungsangebote im Gesundheitsdienst der JVA hinweisen (z.B. Methadonbehandlung in Verbindung mit psychosozialen Hilfsangeboten). Hier bietet sich ferner die Möglichkeit, auf Risiken des intravenösen Konsums aufmerksam zu machen und spezielle Gefahren bei dieser Applikationsform anzusprechen, um zusätzliche Risiken zu vermeiden. Schließlich wäre ein weiteres Ziel die Risikoreduktion und das Hinwirken auf andere als intravenöse Applikationsformen.

Die weitere Ausgabe steriler Einwegspritzen sollte als Umtausch im Verhältnis 1:1 „alt gegen neu“ von MitarbeiterInnen des anstaltsärztlichen Dienstes vorgenommen werden. Hier wird zu fragen sein, ob Hilfskräfte des anstaltsärztlichen Dienstes eine qualifizierte Beratung zur Infektionsprophylaxe und Versorgung leisten können. Gegebenenfalls müßten MitarbeiterInnen der Fachdienste im Justizvollzug Anschubhilfe oder weitere Fortbildung leisten.

Im „Pilotprojekt HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank“, in dessen Rahmen ab Juni 1994 u.a. sterile Einwegspritzen abgegeben werden (vgl. NELLES in diesem Band), werden Spritzenumtauschautomaten eingesetzt, um eine anonyme Zugänglichkeit zu gewährleisten. Dadurch wird möglicherweise das Anonymitätsproblem gelöst. Zu fragen ist aber, ob nicht eine Kontrolle, Dokumentation und Begleitung der Spritzenabgabe sinnvoller erscheint.

Die Obergrenze bei den hier vorgestellten Überlegungen liegt bei drei Spritzen pro Tag und Person, die im Umtausch gegen alte Spritzen ausgehändigt

werden sollen. Drei Spritzen und nicht eine aus zwei Gründen: Einige Drogengebraucher benötigen mehr als eine Kanüle für eine Injektion; desweiteren die Anzahl von drei Spritzen, falls doch noch eine Spritzenweitergabe stattfinden sollte an Gefangene, die nicht am Spritzenumtausch teilnehmen, weil sie sich nicht als Drogenabhängige zu erkennen geben wollen (aus welchen Gründen auch immer). Dann würde zumindest die Möglichkeit bestehen, sterile Spritzen weiterzugeben.

Ist allerdings dieses Phänomen der Angst vor einem Offenbaren des eigenen Spritzenbedarfs verstärkt zu beobachten, müssen die Bedingungen der Spritzenabgabe überdacht werden, denn sie sind von entscheidender Bedeutung für die Annahme des Angebots. Besteht gar ein Schwarzhandel mit Spritzen, sind notwendige Bedingungen wie Anonymität und Aufklärung nicht gewährleistet.

Die Spritzenabgabe soll sich an der Praxis außerhalb der Justizvollzugsanstalten orientieren, d.h. es sollten beispielsweise verschiedene Kanülengrößen vorgehalten werden und weitere risikomindernde Materialien und Informationen zur Prävention („Wegweiser“) verteilt werden. Der Tausch sollte zu festen Zeiten auch an Wochenenden organisiert werden.

Die Spritzenabgabe innerhalb des anstaltsärztlichen Bereichs bietet entscheidende Vorteile, nämlich daß

- fachkundig auf riskante und auffällige Gebrauchsmuster reagiert und eine Vermeidung von viralen Infektionen erreicht werden kann;
- eine weitgehende Anonymität gewährleistet wird;
- eine fachgerechte Entsorgung sichergestellt wird;
- durch eine große Reichweite viele Konsumenten erreicht werden;
- eine Dokumentation des Umtausches erreicht werden kann (eine statistische Auswertung unter Wahrung der Anonymität ist anzustreben);
- schließlich immer wieder auf Alternativen hingewiesen werden kann.

Die Bediensteten sollen auch weiterhin alle Spritzen konfiszieren dürfen, die über das erlaubte Maß von drei Spritzen pro Person hinausgehen (eventuell müßte man die in der Anstalt ausgegebenen Spritzen kennzeichnen, um einen Überblick zu erhalten). Auch Drogen werden weiterhin bei Zellenrevisionen beschlagnahmt werden. Das gilt auch für bereits in Spritzen aufgezogene Drogen. Auch wenn es für manche ein schwer nachvollziehbarer Spagat sein sollte: Der Drogenkonsum soll mit diesem Programm nicht legalisiert werden. Die eindeutige Botschaft lautet: Spritzen unter gewissen Umständen ja – Drogen nein. Die Installation eines Spritzenaustauschprogramms für Gefangene sollte nicht als Signal für einen tolerierten intravenösen Drogengebrauch mißverstanden werden.

zu 2.) Safer-use-Aufklärung der Gefangenen zur Vermeidung von viralen Infektionen, Drogennot- und -todesfällen, Hepatitis-B-Impfung

Wie bereits oben beschrieben, sollen Gefangene gegebenenfalls durch externe Gruppen, aber auch durch den anstaltsärztlichen Dienst über gesundheitliche Gefahren beim Drogenkonsum informiert werden. V.a. die intravenöse Gebrauchstechnik birgt erhebliche Risiken in sich, die hauptsächlich aus unsachgemäßer Anwendung und mangelnden Hygienevorkehrungen resultieren. Um zusätzliche Schäden zu vermeiden oder zu minimieren, sollen Safer-use-Informationsveranstaltungen angeboten werden, auf denen Risiken angesprochen werden.

zu 3.) Bedienstetenaufklärung und -schulung

Eine Weiterqualifikation der Vollzugsbediensteten würde zu einer Versachlichung insbesondere der Problematik der Infektionskrankheiten führen. Diese könnte auch für die MitarbeiterInnen der sozialen Dienste hilfreich sein. Zentraler Punkt der Auseinandersetzung wird die Ambivalenz für die Bediensteten sein: einerseits Drogenverkehr zu unterbinden, andererseits die Spritzenabgabe zu tolerieren. Hier muß deutlich gemacht werden, daß es aus infektionsprophylaktischen Gründen z.T. irreversiblen Schädigungen vorzubeugen gilt, die im Extremfall tödlich verlaufen oder chronifiziert lebenslange Beeinträchtigung bedeuten.

Wenn eingangs über Gesundheitsförderung, v.a. Prävention bei den Gefangenen gesprochen wurde, dann muß dies auch im Hinblick auf die Bediensteten gelten. Wie können sich Bedienstete vor Stichverletzungen durch herumliegenden Spritzen schützen? Eine Möglichkeit besteht darin, die technischen Schutzvorkehrungen für die Beamten zu verbessern (Handschuhe, Aufbewahrung der Spritzen in sicheren Behältnissen).

Spritzenfunde dürfen nicht zur Grundlage für die Sperrung von Vollzugslockerungen gemacht werden. D.h. Nichteignungsvorbehalte für Vollzugslockerungen dürften auch nicht mit der Teilnahme am Spritzenaustausch oder mit angeordneten Urinkontrollen vor Ausgang begründet werden. Dies beinhaltet auch, daß Drogenanhaltungen an gebrauchten Spritzen – labortechnisch analysiert – nicht als Grundlage zur Eröffnung von BtM-Verfahren benutzt werden dürfen.

Ein weiteres Problem liegt in der Gewährleistung der Anonymität. Begibt sich jemand täglich zum ärztlichen Dienst und ist nicht bekannt, daß er sich in einer Substitutionsbehandlung befindet oder daß er an einer sonstigen täglich zu behandelnden chronischen Krankheit leidet, dürfte Bediensteten und Abteilungsleitern rasch klar sein, daß sich der Gefangene zum Spritzenaustausch in die Räume des ärztlichen Dienstes begibt. Um die Anonymität besser gewährleisten zu können, besteht alternativ zum täglichen Angebot des Spritzenaustauschs die Möglichkeit einer wöchentlichen Vergabe bei der Visite. Diese Lösung reflektiert auch die Tatsache, daß nur wenige Gefangene täglich intravenös konsumieren.

Auch bei diesen ersten Überlegungen werden offene Fragen deutlich:

- Kann ein Gefangener aus dem Spritzenaustauschprogramm ausgeschlossen werden, wenn er z.B. die Spritze als Waffe zur Bedrohung von Bediensteten einsetzt?
- Aus welchen Gründen kann der Arzt die Teilnahme am Spritzenaustausch verweigern, beispielsweise weil die Anamnese keine Suchtvergangenheit erbracht hat?
- Kann man jenseits einer Gesamtlösung pilotprojektartig mit der Umsetzung der Spritzenabgabe in kleineren Organisationseinheiten überhaupt (oder sogar eher) beginnen (Wohngruppen, Frauenvollzug)?
- Wird der Spritzenaustausch ein Signal für bisherige Nicht-User sein? Welche flankierenden Maßnahmen sind notwendig? Wie kann das Image der Prävention einer lebensgefährlichen Infektion bei den nicht-konsumierenden Gefangenen verankert werden?

- Schließlich muß evaluiert werden, wie sich die Spritzenabgabe auf die Drogenzufuhr, die gängigen Applikationsformen, die Suchtprobleme ganz allgemein und die Methadonvergabe im Strafvollzug auswirkt. Eine wissenschaftliche Begleitung ist daher anzustreben.

6. Literatur

„Amsel“-Forschungsprojekt, Projektgruppe Rauschmittelfragen, Abschlußbericht Bd. 1. Jugendberatung und Jugendhilfe, Frankfurt: (Selbstverlag)

AIDS-Enquête-Kommission (1989): Stenographisches Protokoll der 54. Sitzung v. 16.6.89. Einziger Punkt der Tagesordnung: Öffentliche Anhörung zum Themenbereich: „Bereichsspezifische Prävention“. Teilbereich: „AIDS in Justizvollzugsanstalten“. Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode

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

Albota, M. (1993): Erhebung zur HIV-Prävalenz intravenöser Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug. Hamburg (Ms.)

Althoff, M.; Schmidt-Semisch, H. (1992): Methadon-Substitution im Strafvollzug. Kritische Überlegungen zwischen Theorie und Pragmatismus. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 15, Nr. 1/92, S. 23-28

Arbeitsgemeinschaft deutscher AIDS-Stiftungen (1992): Hearing: Menschen mit HIV und AIDS im Justizvollzug. Dokumentation des Hearings v. 18.5.1992 in Hannover

Best, Nds. Justizministerium (1993): Betäubungsmittelmißbrauch in den Justizvollzugsanstalten. Hannover (Ms.)

Bolli, K. (1992): AIDS-Prophylaxe und Betreuung delinquenter Drogenabhängiger im Regensdorfer Strafvollzug. (Ms.)

Bossong, H.; Stöver, H. (1992): Zur Praxis der Substitutionsbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bossong, H., Stöver, H. (Hrsg.): Methadonbehandlung: ein Leitfaden. Frankfurt; New York: Campus Verlag, S. 43-67

Bundesgesetzblatt 1993, Teil I, Nr. 42 (1992): Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, ausgegeben zu Bonn am 15.9.1992

Diskus 70 – Gefangenenzeitschrift der Bremer Justizvollzugsanstalten (1994): Im Knast sterben die Leute! Aug. I/März 1994

Freie und Hansestadt Hamburg, Justizbehörde, Strafvollzugsamt (19.1.1994): AIDS im Strafvollzug – hier: Austausch statistischer Erhebungen. Hamburg: Brief an alle Landesjustizverwaltungen

Gähner, M. (1991): Drogen, Prostitution, AIDS. AIDS-Prophylaxe im Strafvollzug unter besonderer Berücksichtigung der Subkultur. In: Drogen-report, H. 3/91, S. 27-31

Gähner, M. (1992): AIDS im Strafvollzug: Ergebnisse der Befragung. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin (Ms.)

Gaube, J. et al. (1993): Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. In: Gesundheitswesen 55, S. 246-249

Harding, T.-W.; Manghi, R.; Sanchez, G. (o.J.): Zusammenfassung der Studie „Le SIDA en Milieu Carceral“. Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern

Harms, C. et al. (1987): Risk Factors for HIV Infection in German i.v. Drug Abusers. In: Klin. Wochenschr. 65, S. 376-379

Hartwig, J. (1991): Kurzbericht über das Bremer Modell „AIDS im Justizvollzug“. In: Busch, M.; Heckmann, W.; Marks, E. (Hrsg.): HIV/AIDS und Straffälligkeit. Eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe. Bonn: Forum Verlag, S. 213-230

Heckmann, W. et al.: Drogennot- und -todesfälle. Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen, Hamburg, Drogennotfälle in Bremen und Hamburg (Ms.) 1993

Heudtlass, J.-H. (1991): Binnendifferenzierte Ansätze zum Drogenentzug und zur Drogenabstinenz im Drogenhilfesystem. In: akzept (Hrsg.): Leben mit Drogen. Dokumentation des 1. Kongresses des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V., Berlin: (akzept-Selbstverlag)

Heudtlass, J.-H.; Stöver, H.; Winkler, P. (1994): Weniger Risiko beim Drogengebrauch – Theorie und Praxis einer verbraucherorientierten Drogenhilfe. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag (im Druck)

Hoffmann, E. (1989): Stellungnahme zur öffentlichen Sachverständigen-Anhörung der AIDS-Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages am 16.6.89

Justizministerium Baden-Württemberg (21.2.94): AIDS-Prävention bei i.v.-drogengefährdeten Gefangenen. Stuttgart: Brief an die Leiter der Justizvollzugsanstalten

Kaulitzky, R.; Richter, A.; Siemon, R. (1991): Modellversuch AIDS im bremischen Justizvollzug. Endbericht. Bremen, Dez. 1991

Kindermann, W. (1987): Individuelle Bewältigungsformen gegenüber der AIDS-Bedrohung bei Drogenabhängigen. In: Jugendwohl, H. 6/1987, S. 254ff

Kleiber, D. (1990): AIDS-Prävention mit Drogenabhängigen. Vortrag gehalten am 6.2.1990 in Münster/Westf. bei der Tagung „Youth-worker-Modell NRW“ (Ms.)

Kleiber, D. (1991): Die HIV/AIDS-Problematik bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung der Situation halterfahrener Drogenabhängiger. In: Busch, M.; Heckmann, W.; Marks, E. (Hrsg.): HIV/AIDS und Straffälligkeit. Eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe. Bonn: Forum Verlag, S. 25-40

Kleiber, D.; Pant, A. (1991): HIV-Prävalenz, Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenkonsumenten: Ergebnisse einer sozialemidologischen Studie. Berlin: spi-Selbstverlag

Kleiber, D.; Pant, A. (1992): HIV – Needle-Sharing – Sex. 2. Zwischenbericht. SPI-Berlin (AIDS-Forschung: Arbeitsberichte Nr. 25)

Koch, H. et al. (1993): Hepatitis C-Infektionsrisiko – Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung in einer gastroenterologischen Klinik. In: Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst (Abstracts)

Koch, U.; Ehrenberg, S. (1992): Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): AIDS und Drogen II, AIDS-Forum D.A.H., Bd. IX, Berlin: (Selbstverlag), S. 27ff

Kreuzer, A. (1990): Besonderheiten von AIDS und Drogenabhängigkeit. In: Prittwitz, C. (Hrsg.): AIDS, Recht und Gesundheitspolitik. Berlin: Ed. Sigma Bohn, S. 171

Krumsiek, R. (1992): Das Drogenproblem im Strafvollzug. In: ZfStrVo 5/92

Land Hessen (o.J.): Statistische Erhebungen über die Entwicklung von AIDS in den Justizvollzugsanstalten des Landes Hessen. (Ms.)

Laufs, R. (1992): Stellungnahme zur Desinfektion von Spritzen süchtiger Personen mit Bleach-Lösung. Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg, 8.9.1992

Lesting, W. (1989): Normalisierung im Strafvollzug. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlag

Lesting, W. (1990): Die Abgabe von Einwegspritzen im Strafvollzug zur AIDS-Prävention – strafbar oder notwendig. In: Strafvverteidiger, S. 225-230

Lesting, W. (1992): Rechtliche und tatsächliche Probleme der Spritzenvergabe im Strafvollzug. Vortrag auf der Tagung des Nds. Frauenministeriums „Drogenabhängige Frauen: Welche Hilfen brauchen sie innerhalb und außerhalb des Strafvollzuges?“ Hannover, 16.11.92

Lindlahr, P. (1991): Fortbildungsveranstaltungen für Bedienstete im nordrhein-westfälischen Strafvollzug zum Bereich HIV-Infektion und AIDS. Köln: (AIDS-Hilfe NRW)

Meyer, T. (1989): Alles läuft so, als gäb's das Virus nicht. In: laz 30.3.89

Meyer-Fehr, P.; Zimmer-Höfler, D. (1983): Compliance und institutionelle Sozialisation in der Behandlung von delinquenten Heroinabhängigen. Kriminolog. Bulletin, 9, S. 1

Michels, I.I. (1989): „...nehmen wir einmal an, da fließt viel Blut.“ Soziale Normkontrolle im Gewand der „helfenden Beziehung“ – Bewährungshilfe unter der Metapher AIDS. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): Chancen und Risiken aktueller Präventions- und Behandlungsansätze am Faktor AIDS bei Drogengebrauch und Abhängigkeit. Berlin: (Selbstverlag), S. 203

Michels, I.I. (1989): Stellungnahme. In: Bereichsspezifische Prävention. Teilbereich: AIDS in Justizvollzugsanstalten. 54. Sitzung der Enquête-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ v. 16.6.1989 in Bonn

Michels, I.I. (1990): Testfall Knast. In: D.A.H.-Aktuell, Jan./Febr. 1990, S. 18

Nds. Justizministerium (3.2.94): AIDS im Strafvollzug – hier: Statistische Erhebungen. Hannover: Brief an alle Landesjustizverwaltungen.

Neumann, J. (1992): Zurückhaltendes Agieren. In: D.A.H.-Aktuell, Nov. 1992, S. 17

Newmeyer, J.A. (1988): Why Bleach? Development of a Strategy To Combat HIV Contagion Among San Francisco Intravenous Drug Users. In: Battjes, R.J.; Pickens, R.W. (ed.): Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives. Rockville (NIDA Research Monograph 80)

O' Hare, P.A. et al. (eds.) (1992): The Reduction of Drug-Related Harm. London, New York: Routledge

Pant, A.; Kleiber, D. (1994): HIV-Epidemiologie und Risikoverhalten bei iv Drogenkonsumenten – Ergebnisse aus der Forschung. In: Stöver, H. (Hrsg.): Die Fortbildungsarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe im Bereich AIDS und Drogen (1990-92). Berlin (D.A.H.-Selbstverlag), S. 47-60

Püschel, R.; Lüth, K. (1989): HIV-1-Antikörperprävalenz, Infektionsmodus und Risikofaktoren i.v. Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug. In: AIDS-Forschung, H. 6, S. 300-303

Quensel, E. (1989): AK StVollzG § 56 Rz. 4

Quensel, St. (1993): Endstation Drogenknast – Sondereinrichtungen als Konsequenz heutiger Drogenpolitik? In: Bachmann, U. u.a. (Hrsg.): Drogenabhängige im Strafvollzug. Sondereinrichtungen? Biel: SFA-Lausanne, S. 31-48

Raschke, P.; Ritter, C. (1991): Eine Großstadt lebt mit Aids. Strategien der Prävention und Hilfe am Beispiel Hamburgs. Berlin: Ed. Sigma Bohn

Rasenack, J. (1991): Hepatitis C. In: Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst Bd. 6, S. 111ff

Rex, R. (1991): Zur Lage der drogengebrauchenden Menschen in Haft. In: akzept e.V. (Hrsg.): Leben mit Drogen. Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik. Berlin: (Selbstverlag), S. 238-243

Riekenbrauck, W. (1991): Drogenkonsum und Haft. In: akzept e.V. (Hrsg.): Leben mit Drogen. Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik. Berlin: (Selbstverlag), S. 244-249

Schäfer, K.-H. (1991): AIDS: Ansätze zu einer Problembewältigung auf der Ebene von Landesjustizverwaltung und Parlament. In: Busch, M.; Heckmann, W.; Marks, E. (Hrsg.): HIV/AIDS und Straffälligkeit. Bonn: Forum Verlag

Senator für Justiz und Verfassung (1988): Drogen- und AIDS-Problematik in der Justizvollzugsanstalt Bremen-Oslebshausen

Senatsstellungnahme (1992): Stellungnahme des Senats zu dem Antrag der Fraktion Bündnis 90/Grüne (AL)/UFV über Vergabe von Kondomen und Einwegspritzen an Gefangene zur AIDS-Prophylaxe. Berlin (Ms.)

Sickinger, R. (1991): Therapie oder Strafe? Zu den Auswirkungen auf den Weg aus der Drogenabhängigkeit. In: Forschungsprojekt „Amsel“, Projektgruppe Rauschmittelfragen, Abschlussbericht Bd. 1. Jugendberatung und Jugendhilfe, Frankfurt. (Selbstverlag), S. 237ff

Stöver, H.; Schuller, K. (1991): Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige: Untersuchung über die Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedsstaaten der Europäischen Region. Kopenhagen: (WHO-Selbstverlag)

Stöver, H.; Schuller, K. (1992): Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedsstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): AIDS und Drogen II, AIDS-Forum D.A.H., Bd. IX, Berlin: (Selbstverlag), S. 101ff

Wüst, G. (1990): Die Arbeit der Berliner AIDS-Hilfe mit Gefangenen. In: D.A.H.-Aktuell, Jan./Febr. 1990, S. 24ff

GESPRÄCH MIT EINEM LANGJÄHRIG HAFTERFAHRENEN DROGENGEBRAUCHER

**„...dann hat man ihm halt die eigene Nadel gegeben – das war normal.“
Innen- und Außenansichten über Strafvollzug, Drogen, Infektionsgefahren
und Verbesserungen der gesundheitlichen Lage von Gefangenen**

H.: Ich habe von 1983 bis 1986 als ehrenamtlicher Vollzugshelfer in der JVA Bremen-Oslebshausen gearbeitet. Unser Verein Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit hat damals eine sog. BTM-Gruppe unterhalten – eine Gruppe von Gefangenen mit einer Drogenvorgeschichte. Dich habe ich in dieser Gruppe kennengelernt. Ziel der Gruppe war es zunächst, einen Rahmen für Selbstverständigung und -organisation herzustellen und der zusätzlichen Diskriminierung als sog. BTMer entgegenzuwirken. So waren die Gefangenen auf einer sog. BTM-Liste zusammengefaßt, die jedem Beamten zugänglich war, und mit der man Sonderregelungen usw. rechtfertigte. Wieviele Gefangene waren auf dieser Liste?

M.: Ich glaube 200 Leute.

H.: Also 200 sogenannte BTMer. Dagegen haben sich die Gefangenen natürlich gewehrt, und es gab Sonderbesuchszeiten...

M.: ... Sonderbesuchszeiten, für alle Sonderregelungen, arbeitstechnische Sonderregelungen usw. Besondere Maßnahmen gab es auch für die Lockerungen; wir wurden so behandelt wie zum Beispiel Sexualstraftäter und Räuber – schwere Räuber -, die für Vollzugslockerungen eine besondere senatliche Genehmigung brauchten und bei denen das gesondert überprüft werden mußte – zu diesen Leuten sind wir dann auch mit dazu gerechnet worden. Wir mußten uns ebenfalls erst durch x Kommissionen kämpfen, mit den vielen dazugehörigen UKs (= Urinkontrollen) und so weiter; es war praktisch unmöglich, da Urlaub zu kriegen.

H.: Es gab also Sonderbedingungen zuhauf für die BTMer im Strafvollzug.

M.: Alle BTMer waren in einem Haus zusammengesperrt, dazu alle Ausländer und aus den anderen Häusern die sog. Vollzugsstörer. Die wurden alle in einem 200-Mann-Haus, Haus II, zusammengefaßt.

H.: Bevor wir auf diese Zeit um 1984 kommen, würde ich von dir ganz gerne einmal hören, wie die Situation ab 1979 war; du hast ja 1979 schon einmal in der JVA Bremen-Oslebshausen gesessen. Wie war das damals mit Spritzen? Gab es da überhaupt schon Dope?

M.: Damals war das noch extremer. Es gab weniger Gift (= Heroin), es gab noch nicht so einen Markt, daß es ständig etwas zu kaufen gab, wie das seit ungefähr Mitte der 80er Jahre ist. Da gab es eher sporadisch etwas. Das war auch noch teurer, das spielte natürlich auch eine Rolle, und die Versorgung mit Pumpen war auch ganz schlecht. Damals war der Besuch noch schärfer reglementiert. In Haus 2 lagen ungefähr 200 Leute, und es gab vielleicht 3 oder 4 Pumpen für das ganze Haus, uralte Teile, die sahen total derbe aus. Damals wurde mehr gefilzt, alles war schärfer. Also haben wir die Pumpen immer eingewickelt in Plastikfolie und sie dann in den Toiletten, unter den Toilettenbecken, gebun-

kert. Dadurch waren die schon völlig versifft und verunstaltet und – was weiß ich noch alles – geflickt. Und dann haben manche die auch gar nicht mehr eingewickelt, manchen war das dann sowieso schon egal. Die haben die Pumpen gar nicht mehr in Plastik, sondern einfach nur in Toilettenpapier gewickelt und sie so unter den Toilettenrand gelegt. Und in den Becken war natürlich alles drin, da haben schon seit ewigen Jahren die Gefangenen reingeschissen; nicht jeder macht das sauber, das war richtig derbe. Damals gab es ja auch schon Medinox und dergleichen, manche Leute haben sich auch so etwas geknallt, und die Pumpen waren wirklich eine Zumutung. Man hat sich mit ihnen richtige Löcher und Schmerzen zugefügt. Das ging die ersten 2 Jahre so, von 1979 bis 80. Es wurde erst langsam besser mit den sog. AIDS-Ausgängen, als die Leute mit einem positiven HIV-Test ein paarmal raus durften zum Gesundheitsamt. Das war aber schon 1984 oder 85. Ab da hatte die Gruppe ab und zu eine Plastiktüte voller Spritzen, und es wurde dann besser; aber bis 1983/84 war gar nichts und die Pumpen waren auch nicht besser. Als es die BTM-Liste gab und eben auch Spezialbesuch mit anschließendem Filzen, war es nicht drin, daß irgendein Besuch Pumpen mit reinbringen konnte. Außerdem gab es keinen Urlaub.

H.: Und derjenige, der eine Spritze hatte, konnte der am Druck teilnehmen?

M.: Ja, klar. Die Spritze wurde vererbt, wenn er entlassen wurde. Dann stand schon Wochen vorher fest, wer die kriegt. Das war normal, daß derjenige etwas gekriegt hat, dem die Spritze gehörte.

H.: Ich war Vollzugshelfer und ich habe mehrmals 100er-Boxen mit Spritzen in die BTM-Gruppe mitgebracht, auch mit Kanülen; ich habe die im wesentlichen dir gegeben, weil du für mich die Vertrauensperson warst. War das blauäugig oder naiv?

M.: Nee.

H.: Hattest du damit Wertsachen in der Hand oder wurden die verteilt?

M.: Es war ja nicht so, daß wir alleine das wußten; das wußte der Rest der Gruppe ebenfalls, zumindest die meisten. Es kann zwar schon einmal vorgekommen sein, daß wir das einem nicht gesagt haben. Und wenn ich mit irgendwelchen Leuten Streß hatte, habe ich denen natürlich keine Spritze abgegeben. So war das schon, aber ich habe die nicht verkauft. Ich habe mich auch nicht irgendwie feiern lassen oder die Pumpen etwa rationiert. Ich habe am Tag nach dem Erhalt jedem, der kam, eine gegeben; am Abend waren die immer weg. Ich habe mir natürlich selber 5 Stück davon eingesteckt, das ist auch normal. Das haben die anderen Gruppenmitglieder ja auch. Aber es waren nur ein oder zwei Leute, die von mir keine gekriegt haben, weil ich sie nicht abkonnte. Und die haben dann halt von Horst oder von irgendjemand anderem eine gekriegt. Es war nicht so, daß die dann überhaupt nichts hatten; das waren ja schon die besseren Zeiten, in denen 100er-Schachteln hereingekommen sind. Da war dann das Elend in dieser Beziehung nicht mehr so groß.

H.: Wir haben das dann irgendwann aufgegeben, weil wir Angst hatten, die Gruppe damit auf's Spiel zu setzen.

M.: Ja.

H.: Wenn wir gefilzt worden wären, wäre wahrscheinlich die Gruppe geschlossen worden und deswegen haben wir die Regelung getroffen, daß nur noch der Besuch – wenn wir extern Besuch reinbekommen haben – oder Referenten

oder wer auch immer die Spritzen mit hereinbrachte. Aber das war dann auch eine Zeit, in der es irgendwann auch knapper wurde.

M.: Ja, vor allen Dingen war man dann gewohnt, daß alle paar Wochen etwas lief, und darauf hatte man sich auch eingestellt. Wenn z.B. eine Kanüle stumpf war, hat man sie weggeschmissen. Und dann ist es dadurch natürlich auch wieder knapp geworden, und man mußte sich erst einmal wieder umstellen. Man mußte sich wieder dahingehend umstellen, sich seine eigene Pumpe zu besorgen und zuzusehen, daß man die dann auch für sich behält. Damals kam das ja auch gerade auf mit AIDS, und das ganze hat dadurch natürlich eine ganz andere Qualität gekriegt. Vorher war das einfach nur widerlich, wenn ich mir mit jemandem die Pumpe teilen mußte; aber dann war das plötzlich gefährlich.

H.: War Gilb (Gelbsucht/Hepatitis) nie eine Gefahr für euch? Wie war es mit Hepatitis B?

M.: Nein, bis auf Hepatitis nicht unbedingt, denn alle anderen Gelbsuchtformen, bei denen du halt gelb wirst, sieht man ja auch. Wenn jemand irgendwie gelb ausgesehen hat, dann hat man sich vielleicht nicht gerade mit dem eine Pumpe geteilt. Das war klar, aber an und für sich war Needle-sharing normal. Früher war es aus Zwangsgründen normal und später – so von 83 bis 85, bis die AIDS-Übertragung richtig klar geworden ist – war das auch normal. Warum auch nicht? Man hat zusammen gesessen, und wenn der andere nicht ein Typ war, der irgendwelche Krankheiten gehabt hat oder der tausendmal reinstechen mußte, dann hat man ihm halt die eigene Nadel gegeben – das war normal.

H.: Und gab es damals irgendwelche Sicherheitsvorkehrungen, die ihr getroffen habt oder war es zum Teil so, daß ihr die Spritze voll aufgezogen und die Streifen geteilt und weggedrückt habt?

M.: Das war eher früher, daß alles aufgeköcht wurde und dann jeder einen Teilstrich oder fünf Teilstriche bekam. Das war dann schon nicht mehr so, als es mehr Nadeln und mehr Pumpen gab. Von früher kenne ich das schon: vier Leute, die entsprechende Menge auf dem Löffel, dann wurde das zusammen aufgezogen, jeder hat ganz kurz angezogen, daß nicht soviel Blut reinkam, hat zusehen, daß er sein Blut mit reindrückt; aber wenn das mal ein bißchen rosa war, hat das auch nicht weiter gestört.

H.: Das war ja nun sozusagen die ideale Basis für eine Übertragung?!

M.: Ja, ich glaube, daß sich dabei auch sehr viele Leute angesteckt haben in dieser Zeit. Aus der Zeit sind auch schon x Leute gestorben, nicht unbedingt an AIDS-Folgeerkrankungen, aber Leute, von denen man halt wußte, daß sie positiv sind. Und warum soll das nicht damals passiert sein? Das wäre ein Wunder. In diesen Zeiten haben von 200 Leuten vielleicht 80 gedrückt. Und die 80 haben natürlich höchstens mit vier Pumpen gedrückt und das über Wochen. Da gab es zwar auch nicht jeden Tag Gift, aber es gab auch höchstens alle paar Monate eine neue Pumpe.

H.: Als das klar war mit AIDS, hat man die Spritzen dann mit Wasser durchgespült oder wie machte man das dann?

M.: Dann wurden erst einmal die Leute ausgegrenzt, die positiv waren, die sich als Positive zu erkennen gegeben hatten, R. zum Beispiel, der das auch jedem erzählt hat und auch offen damit umgegangen ist. Da haben dann sehr viele Leute gesagt, mit so einem AIDS-Typ wollen wir hier nicht mehr..., auch keine

Pfeife mehr zusammen rauchen oder so etwas. Und anderen Positiven ging es genauso. Und dann haben es halt viele verschwiegen. Ich wußte es damals noch nicht, ich war damals auch noch gar nicht positiv. Es wurde dann vorsichtiger damit umgegangen, weil Sachen durchgedrungen sind, jeder zwar etwas anderes erzählte, aber es doch einige Hinweise gab; so gab es damals in Oslebs die Besonderheit, daß die Leute, die sich im Vollzug hatten testen lassen und positiv waren, fünfmal zum Gesundheitsamt nach draußen gehen durften, fünf Ausgänge dafür hatten, um sich quasi mit ihrer Krankheit abzufinden und um sich beraten zu lassen und psychologisch und trallalla... Das haben die sich da oben irgendwann einmal so ausgedacht, warum sie darauf gekommen sind, weiß ich auch nicht mehr. Das betraf ja nun einmal zum größten Teil Junkies, und so hatten die auf einmal alle Ausgang, den sie sonst nie gehabt hätten; es sind auch viele nicht wiedergekommen. Das hatte damals sogar eine Art Exzeß-Auswirkung gehabt: Ich weiß von zwei Fällen – und das ist keine Spinnerei –, daß Leute absichtlich infiziert werden wollten, damit sie Ausgänge kriegen. Das fand ich ja schon ganz schön bedenklich, wenn man das macht, um so ein paar Ausgänge zu kriegen. Und dann sind viele Leute auf Flucht gegangen. Das wurde dann geändert, und dann ist jemand vom Gesundheitsamt jede Woche in die Anstalt gegangen und hat Vorträge gehalten. Danach sind einige vorsichtiger geworden, andere haben so weiter gemacht wie bisher – teilweise auch nur, weil sie die eigene Pumpe nicht zur Hand hatten. Das ist jetzt auch nicht mehr so. Ich meine, man kann sich seine eigene Pumpe schon leisten, aber Leute, die ständig auf der Jagd sind und nichts haben, die tauschen irgendwann ihre Pumpe auch für einen kleinen Pickel ein oder auch für ein kleines Piece. Es gibt ja keine Spritzenautomaten, man ist darauf angewiesen, daß man jemanden hat, von dem man die herkriegt, auch heute noch. Vor eineinhalb Jahren war ich noch einmal in Oslebs, und es ist immer noch so dort, auch jetzt im neuen Vollzug mit diesen Wohngruppen; es ist noch genauso.

H.: Noch einmal zur Konsumsituation: Als ich Vollzugshelfer war, wie gesagt Mitte der 80er Jahre, da hatte ich nicht das Gefühl, daß Leute kontinuierlich Drogen gebrauchen, vielleicht sogar mehrmals am Tag. Ich hatte eher das Gefühl, daß auch Leute aus der Gruppe, die draußen als gute Dealer bekannt waren, Nachschubprobleme hatten. XY war erst zum Ende der Haftzeit, als Lockerungen bestanden, richtig „drauf“. Ist das jetzt anders? Draußen merkt man ja an vielem, daß sich die Versorgungssituation geändert hat, z.B. an den Zahlen der Drogentoten, an der Beschaffungskriminalität usw., das steigt seit Mitte der 80er Jahre alles an. Ist das im Knast auch so gewesen?

M.: Ja, das ist total anders geworden. Mitte der 80er war es so, daß es aufgrund der BTM-Liste keinen Urlaub gab, keinen Ausgang, nicht umsonst sind die Leute so verzweifelt gewesen, sich über so einen Weg wie die absichtliche Infizierung mit HIV einen Ausgang zu verschaffen. Es gab keinerlei Ausgänge, es gab keinerlei Urlaube, da war kaum einer, der richtig drauf war; der hätte schon richtig kernigen Besuch haben müssen und das jede Woche... und das hatten ganz wenige. Es waren vielleicht drei Leute in einem Haus, die kontinuierlich drauf gewesen sind und die haben auch immer gewechselt. Mehr war nicht drin. Jeden Tag konsumiert haben wir in den seltensten Fällen. Das ging vielleicht einmal über ein paar Monate, wenn es lief mit Besuch, aber nicht während der ganzen Haftdauer. Jetzt ist es ja sehr viel lockerer geworden, jetzt

gibt es Urlaub, jetzt gibt es Entlassungsvorbereitungen, meist erkauft durch Polamidon – also im Zusammenhang mit Pola –, es gibt halt alles und dementsprechend viel kommt auch rein. Nicht nur auf's Pola bezogen, auch andere Leute kriegen leichter Urlaub, es gibt keine BTM-Liste mehr, ein BTMer kriegt genauso Urlaub wie jeder andere auch, wenn er keine groben Sachen baut.

H.: Wenn er im Pola-Programm ist oder auch so?

M.: Ja, auch so, er muß dann halt mit UKs rechnen, wobei nicht mehr nach THC (Cannabis) untersucht wird; er darf bloß keine Opiate oder Pillen im Urin haben, aber dann kann er unter Umständen auch Urlaub kriegen. Also wenn er ein alter Bekannter ist, dann muß er vielleicht 2-3 mal UKs abgeben und sich gefallen lassen, daß sie ihn ein bißchen genauer angucken während dieser Zeit; aber den Urlaub würde er genauso kriegen. Mit Pola ist es natürlich wesentlich leichter, mit Pola ist es überhaupt kein Problem mehr. Wenn du Pola nimmst, wissen sie, du kommst wieder, denn du mußt ja wiederkommen, wenn du nicht das ganze Ding riskieren willst; da geht auch kaum einer auf Flucht. Und je lockerer es geworden ist, desto mehr Gift ist natürlich auch da. Du kannst heute in Oslebs zu jeder Zeit etwas kaufen.

H.: Tatsächlich?

M.: Ja, das ist aber auch schon seit ein paar Jahren so; es ist kontinuierlich Heroin da.

H.: Koka nicht?

M.: Koka nicht so viel, nein. Das läuft mehr mit gezielten Bestellungen. Wenn einer rausgeht, sagst du: „Bring mir mal etwas mit“. Aber das Heroin, das Gift zum Verkaufen, kostet inzwischen 20,- DM pro Päckchen, und es gibt auch kleine für einen 10er, so billig ist es geworden. Damals hat es erst 50,- DM, später 30,- DM gekostet. Und jetzt geht es also um so einen kleinen Druck... Ich habe die Menge gesehen. Also ich habe mir zwar nichts geholt, weil ich ja schon Pola genommen habe, aber jetzt gibt es auch so kleine Portionen, daß man davon eben nicht voll drauf ist, man aber doch schon etwas merkt, und das für 10,- DM. Es ist eben so, weil es auch draußen billiger geworden ist.

H.: Gibt es im Knast eigentlich funktionierende kleine soziale Netze, Verbindlichkeiten, Beziehungen oder Freundschaften, die über den Austausch oder überhaupt über Tausch nach dem Prinzip: bringst du mir..., bring ich dir... zustandekommen? Ist das im Lauf der Zeit gleich geblieben oder hat es sich verändert?

M.: Das ist schwer zu sagen. Ich könnte mir denken, du willst darauf hinaus, daß es damals, als wir alle mehr in einem Boot saßen, vielleicht besser gewesen sei. Das habe ich nicht so empfunden. Ich fand, es war immer schon gleich im Knast, irgendwie achtet jeder erst einmal vordergründig auf sich selbst; und mit korrekten Leuten war es damals korrekt und mit korrekten Leuten kann es heute noch korrekt sein. Heute ist es halt nur leichter, weil es leichter ist, Drogen reinzukriegen und drinnen mit Drogen etwas zu machen. Es ist nicht mehr so kontrolliert und man wird nicht mehr als etwas Besonderes behandelt, wie es damals in den 80ern und in den 70ern der Fall war. Da waren wir wirklich die Buhmänner für alles, für sämtliche Repressalien. Wenn irgendetwas war, hieß es immer gleich: die BTMer sind es gewesen; die sind schuld, wenn jetzt für alle früher Einschluß ist. Man hörte oft den Spruch: Bedankt euch doch bei denen. Entsprechend war auch die Stimmung.

H.: Meinst du, du hast dich im Knast angesteckt?

M.: Ich denke, daß ich mich im Knast angesteckt habe, ja. Ich kann es dir nicht hundertprozentig sagen, aber ich gehe davon aus. Ich bin Ende des Jahres rausgekommen und habe kurz vor Ostern einen Test gemacht; da war ich noch negativ und drei Monate später war ich positiv. Es kann also auch in der letzten Knast-Zeit passiert sein. Draußen habe ich im übrigen mehr aufgepaßt. Draußen kann ich es mir nur durchs Bumsen geholt haben, das wäre der einzige Weg gewesen. Da kämen auch nur zwei Gelegenheiten in Frage. Dagegen habe ich mir im Knast noch mit anderen Leuten gedrückt. Von daher ist es wahrscheinlich, daß es beim Needle-sharing passiert ist.

H.: Es gibt ja Kritiker, die sagen, das wäre ja alles gar nicht nachgewiesen, z.B. Dr. Best vom Niedersächsischen Justizministerium!:

„Die Gefahr einer Ansteckung durch Needle-sharing im Justizvollzug ist nicht zu konkretisieren. Bisher bestehen keine Anhaltspunkte, daß die oben genannten Infektionen durch den Vielfachgebrauch von Spritzen im Justizvollzug übertragen werden. In Folge der zwischenzeitlich erfolgten Aufklärung sehen intravenös-Drogenabhängige zunehmend davon ab, gebrauchte Spritzen zu benutzen“.

Das ist exakt auch die Argumentation des Bundesjustizministeriums. Dort sagt man nämlich, es gibt keinen einzigen nachgewiesenen Fall. Gibt es...?

X.: ... zwei allein in Berlin weiß ich schon; da läuft auch eine Anklage.

H.: Tatsächlich?

X.: Ja, die haben sich testen lassen im Knast und waren dann irgendwann positiv.

Y.: In Nordrhein-Westfalen, da weiß ich das mindestens von einem ganz sicher.

H.: Die gängige offizielle Argumentation ist aber: Es gibt nichts Nachgewiesenes, etwa: Test in Haft, Arztstempel drauf, drei Monate nach dem Test noch eine negative Untersuchung, dann Infektion, dann Feststellung der Infektion – und das ganze ohne Ausgang zwischenzeitlich.

Z.: Wird nicht auch so argumentiert, daß das genauso gut über Sexualkontakt passiert sein könnte?

H.: Aber selbst das stellen sie doch in Abrede, obwohl eigentlich klar ist: AIDS im Strafvollzug ist meistens – oder sagen wir zu 99% – ein Problem für Drogengebraucher; ungeschützter Geschlechtsverkehr ist kaum als relevanter Übertragungsweg im Knast diskutiert worden.

Z.: Bei uns war es eine Frau, die mehrfach in Fröndenberg war, die die ganze Zeit kontinuierlich im Knast war; die war am Anfang immer negativ und plötzlich war sie positiv.

H.: Wie sind denn Mitgefängene mit Positiven umgegangen? Solchen, die draußen waren beim Gesundheitsamt, und eine Woche später das Testergebnis gehabt haben...

M.: Nein, Gefangene sind ja nur rausgekommen bei einem positiven Testergebnis. Der Test hat im Knast stattgefunden. Und wenn sie ein positives Testergebnis hatten, dann konnten sie fünfmal zum Gesundheitsamt. So war das.

H.: Ja gut, aber an den fünf Terminen kannst du ja nicht deine ganze existentielle Bedrohung aufarbeiten?!

M.: Ja, viele haben eine Biege gemacht beim ersten, zweiten, dritten, vierten, fünften Mal, so daß der Urlaub natürlich etwas damit zu tun hatte, sie haben

sich halt zugeknallt, jetzt erst recht viel reingeknallt, alles mögliche, Pillen, haben es als Vorwand genommen. Gerade im Knast haben viele so reagiert: „Jetzt ist es auch egal und jetzt erst recht!“ und „Alles Scheiße“.

H.: Wie wurde euch das denn bekannt, sind die Leute selber damit herumgegangen oder habt ihr das auf anderen Wegen erfahren?

M.: Nein, auf anderen Wegen nicht. Das muß man sagen: Mit dem Datenschutz hin oder her, jeder Beamte kann sich im Latz (Knast) informieren, ob einer negativ oder positiv ist, aber es ist nicht so, daß mit den Informationen um sich geworfen würde. Das kann ich nicht sagen. Das wird bestimmt einmal passiert sein, aber das ist auf jeden Fall nicht die Regel. Die Leute, von denen ich es wußte, haben es mir selber gesagt oder Mitgefängene haben es mir erzählt. Von Beamten habe ich so etwas nie gehört. Das muß man ja auch sagen. In Niedersachsen habe ich das anders erlebt, in Wolfenbüttel. Da war ich auch vor kurzer Zeit noch, kurz bevor ich nach Bremen gekommen bin, und da war das anders. Da haben sie öfter mal einen Spruch losgelassen, z.B. wenn einer Zoff hatte mit einem anderen, dann konnte es schon mal heißen: „Du AIDS-Typ“; oder wenn er schon draußen war, dann hieß es: „Was will der denn da, der AIDS-Typ?!“. So etwas kam schon vor. In Bremen habe ich das nicht erlebt oder auch nicht gehört.

H.: Und du meinst, die Mehrzahl der Gefangenen sei mit dem Ergebnis in Haft so umgegangen, daß sie gesagt haben: „Jetzt erst recht“?

M.: Ja, das habe ich damals so empfunden. In letzter Zeit kann ich das nicht mehr so sagen. Als ich letztes Mal in Oslebs war – das war vor knapp zwei Jahren, da war ich auch nur kurz da –, habe ich auch nicht so viel mitgekriegt. Ich hatte auch keine große Lust, mich da groß mit anderen Leuten über AIDS auszutauschen. Da waren auch nicht viele Leute, mit denen ich etwas zu tun hatte oder zu tun haben wollte. Das waren mehr oberflächliche Sachen.

H.: Wenn du das jetzt noch einmal rekapitulierst, den Aufenthalt vor kurzem und den Mitte der 80er Jahre, hat da AIDS Spuren hinterlassen in dem Sinn, daß die Leute vorsichtiger geworden sind mit spritzen und tauschen? Es sind ja fast acht oder zehn Jahre dazwischen!

M.: In Oslebs habe ich es nicht mehr mitgekriegt, weil ich da sofort auf Pola gekommen bin. In Niedersachsen habe ich nicht genug geballert, da habe ich kaum einen Unterschied gesehen im Vergleich zu der Zeit vor zehn Jahren. Die Leute haben einmal kurz die Spritze ausgespült. Solche ganz groben Sachen wie: jeder nimmt fünf Striche aus der Pumpe, so etwas hat es wohl nicht mehr gegeben, aber auch nur, weil sie da immer nur diese komischen Insulinpumpen hatten; die haben sie einmal kurz kalt ausgespült, und schon war der nächste dran.

H.: In Oslebs gibt es ja auch Tauchsieder, da hat jeder Gefangene einen Tauchsieder. War das denn irgendwie eine Methode der Reinigung?

M.: Du meinst zum Auskochen?! Das habe ich in Oslebs oft gesehen – in Wolfenbüttel nicht, da weiß ich es nicht so genau. Ganz komisch: da schien die das nicht interessiert zu haben. Ich habe da ab und zu mal etwas gehabt und habe das den Leuten auch gesagt, ist ja klar. Ich habe mir dann den ersten Druck gemacht und habe gesagt: „Warte so zehn Minuten“, und einige haben das gemacht; einige haben es auch nicht gemacht, obwohl sie das wußten. Ich habe gesagt: „Hier, ich bin positiv, warte“. Nach zwei, drei Minuten waren sie halt so schußgeil, daß sie gesagt haben: „Ja, ist schon gut jetzt, ist schon nichts mehr

drinne, ich habe gut ausgespült“ oder so ähnlich. Ich habe denen die Pumpe ja auch nicht weggenommen, das müssen sie selber wissen.

Y.: Hat sich denn etwas zum Positiven geändert im Umgang unter den Gefangenen?

M.: In Oslebs, fand ich, ja. In Niedersachsen nicht. Früher war das so, daß die Leute eher ausgegrenzt wurden, als AIDS bekannt geworden war, also vor acht oder zehn Jahren. Da wurden die Leute irgendwie eher schräg angeguckt. Wahrscheinlich auch, weil die Angst einfach größer war, weil das noch irgendwie unbekannt war. Jetzt in Oslebs, die Sanis wußten doch, daß ich positiv bin. Aber ich habe da nie irgendwie etwas gespürt, von den Mitgefangenen auch nicht. Vielleicht hinter meinem Rücken, das weiß ich nicht, aber ich habe nichts gehört. Also ich fand schon, daß sich da etwas gebessert hat.

Y.: Und wie ist die Ausrufpraxis, rufen die aus zur AIDS-Beratung?

M.: Nee, es gibt eine extra AIDS-Beraterin in der Anstalt, die hat ein kleines Zimmerchen im Latz. Da kommt der Schließer zu dir und sagt: „Hier, die Frau, die will dich sehen“. Dann gehst du rüber, wenn du ein Date mit ihr hast; sonst kannst du dich dahin melden. Es ist also so, daß Beamte es wissen, sie erfahren es, weil du ja auch auf den Antrag schreiben mußt, du möchtest die Frau Soudso sprechen. Und die Beamten wissen es auch aus dem (...), also sie wissen es jedenfalls von denen, wo sie es wissen wollen. AIDS-Kranke und Positive gibt es ja nicht so viele, da wissen die schon, wer infiziert ist und wer nicht. Also ich habe nicht gehört, daß sie mit diesem Wissen Scheiße gebaut hätten.

H.: In Bremen-Oslebs gab es 1993 74 HIV-Antikörper-Tests, davon waren 16 positiv, nur bis November. Das sind ja etwa 20%, eine Rate, die auch ungefähr für i.v.-Drogengebraucher draußen in mehreren Untersuchungen bestätigt worden ist. Da sind jetzt nur 74 zum Test gegangen: Kann es sein, daß bei den anderen gar nichts vorliegt, also daß nur bestimmte Leute zum Test gehen, die schon eine Vorahnung haben?

M.: Nein, also von den 74 sind bestimmt 20 oder noch mehr dabei, die sich eigentlich hätten vorher ausrechnen können, daß sie nicht positiv sind. Das sind halt besonders gesundheitsbewußte Menschen, die vielleicht irgendwann einmal eine Infusion gekriegt haben; das sind Leute, die auf so einem Trip sind – und noch lange nicht jeder Junkie läßt sich da untersuchen. Ich denke, daß ein ganz großer Teil Nicht-Junkies dabei ist. Es gibt ja keine Zwangstests, der Arzt sagt dir halt: „Gehen sie am besten zum Test, damit sie Bescheid wissen“, aber du wirst ja nicht gezwungen und du hast auch keine Nachteile, wenn du nicht zum Test gehst. Ich kenne einen Haufen Leute, die haben gesagt, daß sie es nicht wissen wollen, daß sie überhaupt noch nie einen Test gemacht hätten, davon gibt es auch jetzt noch eine Menge. Dann gibt es welche, die sagen: „Ich bin negativ, ich habe mich vor vier Jahren testen lassen und seitdem habe ich immer aufgepaßt, also ich kann gar nicht positiv sein, dann brauche ich nicht morgens um sieben aufzustehen“. Und dann gibt es welche, die sagen: „Ich bin eh positiv und ob ich nun tausend Helferzellen habe oder fünfhundert, das interessiert mich nicht“. Man kann jedenfalls schlecht sagen, wer die 74 sind, aber ich tippe, daß viele Nicht-Junkies dabeigewesen sind. Und von daher finde ich die Zahl von 16 Positiven ganz schön hoch. Ich kann mir gut vorstellen, was für Leute zum Test hingehen. Da sind einige dabei, denen hätte ich vorher schon sagen können, daß sie negativ sind.

Z.: Besteht im Knast auch die Möglichkeit eines anonymen Tests?

H.: Ja, das ist in Bremen so. Das ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich, aber in Bremen ist es tatsächlich so, daß man den Test anonym im Gesundheitsamt machen läßt, und auch das Ergebnis bekommt man durchaus in anonymisierter Form wieder.

M.: Ja, aber dann wird es aufgeschrieben, dann kommt es in die Krankenakte.

H.: Nur, wenn du das dem Anstaltsarzt gegenüber äußerst, nicht automatisch.

M.: Das glaube ich aber doch.

H.: Ich meine nicht. So wie ich auch zum Test beim Gesundheitsamt gehen würde, würde ich das Ergebnis unter irgendeinem Decknamen erhalten, und könnte es an sich für mich behalten. Deswegen: Die Zahlen stammen auch nicht aus dem medizinischen Bereich, sondern vom Sozialdienst. Das ist jemand aus dem Modellprojekt „AIDS im Justizvollzug“; die haben eigentlich einen ziemlich guten Draht zu den Leuten, die wissen von den Ausgängen und damit eben auch von den Ergebnissen.

M.: Ich meine, es wäre andersherum: Wenn du zum Test gehst im Rahmen eines Ausgangs, dann läuft das so, mit diesen Nummern oder Decknamen. Aber wenn du dir direkt im Latz Blut abzapfen läßt, dann kommt das sofort in die Krankenakte.

H.: Klar, das ist etwas anderes, das geht in die Krankenakte.

M.: So meine ich das auch, ja. Aber es ist ja nicht jeder ausgangsberechtigt, es kann nicht jeder einen anonymen Test draußen machen lassen; viele haben in der Anfangszeit ihrer Haft keine Lockerungen; wenn sie dann einen Test machen wollen, können sie das nur auf dem offiziellen Wege und dann kommt das in die Krankenakte.

H.: Sie kriegen jetzt keine Lockerung ausdrücklich für diesen Besuch im Gesundheitsamt?

M.: Ich weiß nicht, ich glaube nicht. Die Regelung mit den fünf Ausgängen gibt es ganz bestimmt nicht mehr. Das war damals ein Sonderangebot des Gesundheitsamts. Aber wenn einer beim Gesundheitsamt anruft, er möchte eine AIDS-Beratung, dann kriegt er natürlich einen Termin. Und wenn der Knast mitspielt, dann kriegt er auch Ausgang dafür oder einen Begleitausgang. Das ist individuell verschieden.

H.: Gibt es selbstgebasteltes Spritzbesteck?

M.: Es gibt so Kugelschreiberaktionen, ja. Das habe ich selbst nicht gemacht, ich habe es gesehen gelegentlich: also direkt mit Kugelschreiber und reinpusten. Das gibt tierische Löcher, und ich habe sowieso schlechte Venen, für mich wäre das nicht in Frage gekommen. Was ich noch kenne, sind Zeiten, in denen wir halt diese Insus (Insulinspritzen) von Zuckerkranken benutzt hatten. Da gab es auch keine Pumpen, auch ganz frühe Zeit. Wir hatten zwei alte Opas, die zuckerkrank waren und immer ihre Insulinspritzen gekriegt haben. Die haben eine ganz kurze Nadel und so ganz lange Dinger und sind sehr dünn; es sind eigentlich Einmal-Spritzen, aber nicht so stabil wie die normalen Einweg-Spritzen, diese zwei-Meter-Spritzen. Und da geht vorne das Gummi kaputt, da muß man mit Plastikfolie verschweißen und selber zusammenbauen und später bricht dieses Ding ab; dann muß man das wieder mit Feuer zusammenschweißen oder etwas dazwischensetzen, also das sind schon herbe Dinger gewesen, völlig verkohlt und so; ein normaler Mensch hätte sich die nicht in die Haut gesteckt. Aber das ist

halt so gewesen damals. Wenn es Gift gab, dann waren das kleine Mengen, man hatte nicht viel zu sniefen oder auch zu rauchen. Da war halt nur ein kleiner Druck für jeden drin, und man mußte daraus das Effektivste herausholen.

H.: Und das ist spritzen?

M.: Und das spritzen, ja. Spritzen ist am effektivsten bei einer kleinen Menge, effektiver, als wenn man snieft.

H.: Jetzt sagen ja einige, wenn dort nicht täglich oder abhängig konsumiert wird, warum dann überhaupt Spritzenabgabe?

M.: Weil das jetzt nicht mehr so ist; wir haben über die Situation von vor zehn Jahren gesprochen, jetzt ist das durchaus so, daß die Leute voll drauf sind. Jetzt ist es so, daß Leute täglich konsumieren und auch Entzug haben, wenn sie nicht konsumieren; teilweise konsumieren sie noch neben dem Pola, haben manchmal selbst mit Pola noch einen Entzug. Es gibt einige Leute, die immer mit irgendetwas am machen sind und sich jeden Tag ihre zwei Drucks machen. Das gibt es nach wie vor noch. Es gibt ja auch nach wie vor Junkies, die – weil sie halt ballern wollen –, auf Pola und entsprechend leichten Urlaub und Ausgang verzichten, die sich anderweitig versorgen können und dann da eben ballern. Das gibt es nach wie vor, es nehmen ja nicht alle Junkies Pola. Die meisten...

H.: Warum nicht? Das Angebot, jedenfalls so der Anstaltsarzt, wird ja allen gemacht. Es gibt ca. 150-200 BTM-Gefangene, und 60 kriegen Methadon im Rahmen der Entlassungsvorbereitung; also die kriegen extra Methadon, auch wenn sie vorher clean waren; Methadon, um tatsächlich in diese Entlassungsvorbereitung reinzukommen und auf 2/3-Strafe rauszukommen. Warum nehmen das denn nicht alle?

M.: Es sind vor allem die Jüngeren, die es nicht nehmen. Ich hätte vor zehn Jahren auch nichts mit Methadon anfangen können, weil ich da noch drücken wollte, ich wollte da noch breit sein, ich wollte da noch meine Kicks haben – und das alles hast du nicht mehr mit Methadon. Mit Methadon kannst du ein normales Leben führen, alles schön und gut, hast keine Suchtspannungen, was Opiate betrifft und bist ausgeglichen. Nach einer langen Sucht ist es, für mich jedenfalls, etwas Gutes. Ich komme gut damit klar, habe keinen nennenswerten Beigebrauch, Pola ermöglicht mir jetzt ein gutes Leben. Aber vor zehn Jahren hätte ich das auch nicht gut gefunden, weil ich da noch etwas merken wollte, da wollte ich noch Heroin schießen. Und das verträgt sich halt nicht mit Pola, dann merkst du nichts mehr vom Heroin, oder nur noch sehr wenig.

H.: Koka würde man eher dazunehmen.

M.: Koka könnte man dazunehmen, ja. Aber das ist nichts für mich, ich war immer auf Opiate fixiert.

Y.: Es kriegen ja auch gar nicht alle Pola, weil es darauf ankommt, wer entlassen wird. Solange das Strafmaß ein Jahr überschreitet, werden die Leute – selbst wenn sie vorher Pola gekriegt hatten – ausgeschlichen und später wieder eingestellt wegen der Resozialisierung. Insofern stimmt das nicht, daß das Angebot für alle gelten würde.

H.: Sprich: für sechs Monate vor Entlassungstermin, vor 2/3-Termin, glaube ich.

M.: Ja, mindestens. Ich meine, sogar noch ein bißchen eher, zumindest für HIV-Leute, die können auch eher hingehen. Wenn ich mir also zwei Jahre fange und habe vielleicht 4-5 Monate U-Haft rum, dann denke ich, daß ich als HIVler sofort Pola kriegen würde und nicht erst sechs Monate vor der Entlassung.

M.: In Bremen ist es nicht unbedingt so. Da halten sie sich auch nicht so an die Zeiten, die allgemein als Richtwerte gelten. Da kriegt das nicht jeder unbedingt nur zur Entlassung. Ich habe das aus anderen Bundesländern auch schon gehört, daß Leute, die draußen Pola-dosiert oder substituiert waren, in den Knast reingekommen sind und runterdosiert wurden, auch ausgeschlichen wurden, und ein paar Monate später – vor der Entlassung – konnten sie wieder anfangen. Das ist ja auch so ein Shit.

Y.: Gang und gäbe ist bislang in den Anstalten erst einmal das Ausschleichen.

M.: Das ist absolut gesundheitsschädlich, als Infizierter so einen Entzug fahren zu müssen und das dann noch im Knast: das ist unmöglich!

Y.: Ich denke, da muß auch noch viel mehr laufen. Das hängt alles am Ministerium. Die sagen, der Bedarf sei nicht da...

M.: Wenn die das sagen, dann stimmt das auch.

Y.: Dann stimmt das trotzdem nicht.

H.: Gut. Wir können ja mal die Gegenargumentation gegen eine Spritzenvergabe diskutieren, hier beispielhaft die von Dr. Best (siehe Anmerkung 1). Da wird gesagt:

„Es liegen zuverlässige Erkenntnisse darüber vor, daß Spritzbestecke im Besitz von Gefangenen zweckentfremdet werden. Fixer sind bereit, auch andere Rauschmittel intravenös zu spritzen, wenn Opiate oder Kokain nicht zur Verfügung stehen. Medikamente, hauptsächlich Beruhigungs- und Schmerzmittel, stehen dabei im Vordergrund. Eine besonders hohe Gefahr ergibt sich aus den Dosierungsproblemen, da Medikamente, die für den oralen Konsum vorgesehen sind, bei Injektionen ein Mehrfaches ihrer sonstigen Wirkung entfalten. Durch die Überdosierung bringen sich die Spritzenbenutzer in akute Lebensgefahr.“ (S. 10)

M.: Ja, es gibt schon einen gewissen Prozentsatz, der fixt alles, was irgendwie flüssig zu machen ist. Das war schon immer so, das wird es immer geben, aber das ist kein Argument gegen die Spritzenvergabe. Dieser Prozentsatz macht das ja sowieso, der macht das mit alten verbogenen, verseuchten Teilen und der würde es dann auch mit neuen machen; bloß mit neuen wäre gleichzeitig den anderen Leuten geholfen, die eben nur reine Opiatgebraucher sind. Und diese Leute fixen jetzt auch. Also würde sich im Grunde durch neue Pumpen gar nicht groß etwas ändern: Es wird jeder weiterhin drücken, wie er bis jetzt gedrückt hat, bloß eben nicht mehr so gefährlich, bloß nicht mit der ständigen Gefährdung durch eine Infizierung.

H.: Ein weiteres Gegenargument lautet (S. 10f):

„Die Ausgabe von Spritzen im Vollzug dient zwar nicht der Ermöglichung, wohl aber der Erleichterung und jedenfalls der Enttabuisierung des Drogenmißbrauchs. Von dieser Entwicklung dürfte nicht nur der Kreis der manifest Süchtigen, sondern insbesondere die Zielgruppe der suchtgefährdeten Gefangenen betroffen sein. Es steht zu befürchten, daß unter den besonderen Bedingungen des Vollzuges ein größerer Teil der Gefangenen Drogen und Medikamente injiziert, wenn die Spritzbestecke als technische Mittel zur Verfügung stehen.“

Die Bereitschaft zu riskanten gesundheitlichen Verhaltensweisen ist im Vollzug besonders hoch, nicht nur wegen der eingeschränkten Lebensbedingungen. Die subkulturellen Einflüsse, der psychische und physische Druck auf Mitgefangan-

gene, sowie die Flucht in die Illegalität erhöhen das Suchtpotential. „Hierzu zählt eine erhebliche Anzahl von Gefangenen, die persönlichkeits- und insbesondere situationsbedingt durch Deprivation, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und depressive Verstimmung einerseits, aus Erlebnishunger und unter kollektivem Druck andererseits zu besonderem Risikoverhalten neigen. Eine generelle Spritzenvergabe durch den Strafvollzug kommt der Risikobereitschaft dieser Gruppe von Gefangenen entgegen und bringt sie in erhebliche Versuchung (Berlin).“

M.: Sie sagen also, der Frust, den sie mit dem Knast produzieren, könnte die Leute dazu bringen, daß sie jetzt plötzlich zu fixen anfangen. Wer wirklich anfangen will zu fixen, der kann sich das auch so ermöglichen. Wenn ich nicht völlig mittellos bin und jemanden kenne, dann besteht ja auch die Möglichkeit, daß der einem eine Spritze verschafft. Die ist nicht immer zur Hand, aber kriegen kann man die irgendwann schon. Ich rede jetzt von Bremen, wo das nicht so furchtbar schwierig ist. Und wenn jemand anfangen will zu ballern und sagt: „Ich will eine saubere Pumpe haben“, dann kriegt er die auch so. Andersherum: Jemand, der nicht drücken will, der wird auch nicht anfangen, weil da jetzt zufällig eine Spritze liegt. Und ganz abgesehen von all dem, die meisten Einstieger fangen nicht mit der Spritze an, sondern mit rauchen oder mit in die Nase ziehen.

H.: Im Knast ist das ja besonders unökonomisch, vom Blech zu rauchen?

M.: Das ist auch nicht mehr unbedingt so, weil es eben billiger geworden ist. Das, was wir vorhin gesagt haben, hat die Situation von vor zehn Jahren beschrieben, wo es halt weniger gab. Inzwischen kostet ein kleiner Druck zehn Mark, und das kann sich eigentlich jeder leisten. Und wer ballern will, der hat es schon längst gemacht, und wer nicht ballern will, der wird das auch nicht machen; auch wenn er sich leicht eine Spritze verschaffen könnte, wird er deswegen nicht anfangen zu schießen.

H.: Du siehst also das Argument, daß eine Spritzenausgabe als Signal zum ballern mißverstanden werden könnte, nicht?

M.: Nein, das sehe ich nicht. Das habe ich vorhin schon gesagt, es wird sich überhaupt nichts ändern an der Praxis.

Y.: Glaubst du, daß Leute im Knast überhaupt erst anfangen mit Drogen?

H.: Ja.

Y.: Auch mit dem Spritzen?

M.: Der Frust fördert das natürlich, ganz klar. Aber dazu kommt auch noch eine andere Sache. Es ist ja z.B. im Süden so, daß immer noch Haschisch mit Heroin gleichgesetzt wird, bei euch ist es vielleicht anders gelaufen. Bei uns ist es jedenfalls auch so gewesen in der Zeit, vielleicht auch noch etwas später. Ich habe das öfter beobachtet in der Zeit von 1987 bis 88, als ich in Oslebs war. Da haben viele Kiffer angefangen, sich plötzlich Gift reinzutun; Hasch ist nämlich so unhandlich, ist immer teurer geworden, es gab auch Scheißqualitäten. Und Gift gab es immer mehr, weil das handlicher und besser reinzubringen ist als ein dickes Piece.

X.: Und noch ein anderer Aspekt: Es werden sehr viele UKs bei uns gemacht und THC ist eben sehr lange und die Opiate nur kurzfristig feststellbar.

M.: Ja, so war das damals auch, genau. Damals wurde auch auf THC untersucht, das war auch noch ein Aspekt. Und das hat viele, die nur Kiffer waren und wegen irgendetwas im Knast saßen, zu Junkies gemacht. Ich kenne einige Leute,

die früher nur gekiffert hatten und plötzlich im Knast mit Heroin angefangen haben, weil sie eben ihr Rauschmittel nicht mehr gekriegt haben; deshalb sind die dann umgestiegen.

H.: Ist das denn jetzt allen klar, daß nicht mehr auf THC untersucht wird?

M.: Ja, das wird allgemein gesagt. Das sagt einem der Arzt nicht, aber das ist allgemein bekannt und anerkannt, und es wird eben auch nicht mehr gemacht. Auch nicht bei mißliebigen Leuten, daß da plötzlich, wenn sie nichts anderes finden, der THC-Befund aus der Ecke geholt wird. Das habe ich nicht erlebt in den letzten Jahren, seit nicht mehr auf THC untersucht wird, also seit ungefähr 4 bis 5 Jahren.

H.: Dadurch werden einerseits die UKs etwas billiger, andererseits kennt man bei den Leitern und auf der Brücke sehr wohl den Effekt von THC bzw. Marihuana, nämlich ein bißchen Beruhigung in die ganze Sache reinzubringen...

M.: THC ist die Lieblingsdroge der Schließer, weil dann alle gut drauf sind, keinen Alarm machen, nicht rennen, nicht ausflippen, wie sie das auf Pillen tun, wo sie wie die Affen rumrennen. Da haben sie alle Bock drauf. Da sagt auch kaum einer was. Wenn da einer den Kopf durch die Zellentür steckt und du ziehst gerade deinen Blubber, dann kannst du schon mal hören: „Mach mal weiter, ich komme nachher nochmal wieder“, so ungefähr. Das berührt heute keinen mehr. Ist ja auch logisch. Wenn die wissen, der Beweis in der UK wird sowieso weggeschmissen, was sollen die dann reinschreiben?!

Y.: In xyz werden noch THC-UKs gemacht. Die Ärzte geben die Ergebnisse zwar nicht weiter an die Schließer. Die Schließer werden manchmal selbst aktiv, dann weitet sich das ein bißchen aus. Die Ärzte gehen eigentlich ganz locker damit um, aber die Schließer nicht.

H.: Und die Schließer können UKs anordnen, anregen oder wie?

Y.: Nein, das nicht, aber wenn die jemanden kiffen oder ein Piece oder eine Pfeife sehen, dann gibt es entsprechende Maßnahmen.

M.: Doch, doch. Die können anordnen. Die können abends ins Dienstbuch schreiben: „Hier auffälliges Verhalten“ oder so und dann ist am nächsten Morgen UK.

Y.: Aber wenn der Arzt dieses UK-Ergebnis nicht weitergibt, dann nützt das ja auch nichts.

M.: Ja, ja.

H.: Bleiben wir mal bei den Bediensteten, weil es diesbezüglich wieder ein Gegenargument gibt. So lautet das sechste Argument von Dr. Best:

„Für die Bediensteten könnten sich im Falle der Ausgabe von Spritzen an Gefangene unauflösbare Widersprüche ergeben. Der Vollzug als 'totale Institution' mit einer Vielzahl von systemeigenen Widersprüchen bedarf klarer Zielvorgaben. Eine klare Zielvorgabe ist es (bisher), Suchtmittel und Suchthilfsmittel nicht an die Gefährdeten heranzulassen. Es ist für den einzelnen Vollzugsbediensteten kaum nachvollziehbar, einerseits jegliche Vorkehrungen gegen das Einbringen von Suchtmitteln treffen und jeden Suchtmittelbesitz von Gefangenen verhindern zu müssen, andererseits die Verteilung von Suchthilfsmitteln, die hier auf gegenwärtigen oder zukünftigen Suchtmittelbesitz hinweisen, dulden zu sollen.“

M.: Ja, dieses Argument, daß die Schließer mit dieser Situation nicht umgehen können, ist durchaus irgendwo verständlich, da ist auch etwas dran. Das setzt

natürlich voraus, daß die Beamten sich zu der Haltung durchringen, daß sie an der Situation sowieso nichts ändern können; daß sie mit ihren Mitteln niemand von der Droge wegbringen können und in einer solchen Umgebung schon gar nicht. Es stellt sich nur die Frage: Fixen mit sauberen Pumpen oder Fixen mit schmutzigen, lebensgefährlich verseuchten Pumpen? Das ist die einzige Frage, das ist die Wahl, die sie treffen können. Sie können ja sowieso nichts daran ändern, daß gefixt wird. Das müssen sie jetzt endlich einsehen nach 20 Jahren oder was weiß ich wie lange. Und die einzige Wahl ist: Sollen die Leute den Preis bezahlen, sich eventuell anzustecken mit so einer Krankheit oder mit einer Vielzahl von Krankheiten, oder soll man dann in Gottes Namen sagen: okay, wenn man sowieso nichts machen kann, dann sollen sie sich eben menschenangemessen ihre Sachen machen können. Das wäre schon Voraussetzung, daß die zu so einer Haltung kommen. Deshalb ist das auch ein guter Weg, meine ich, denen andere Sachen vorzuführen, so wie das jetzt auch geplant ist.

H.: Habt ihr anderen noch weitere Eindrücke? Die Angst, Verunsicherung und potentielle Bedrohung der Bediensteten wird in der Diskussion stets als zentrales Hemmnis ins Feld geführt.

Y.: In Tegel sieht es so aus, daß eine Überbelegung droht und die Bediensteten sagen, daß sie eine Resozialisierung, wie sie das nun eigentlich vorhaben, sowieso nicht mehr machen bei AIDS-Kranken, weil der Knast aus allen Nähten platzt. Insofern ist der Widerspruch sowieso schon im Knast vorhanden. Oder sie sagen: „Wir können das, was wir machen wollen, gar nicht durchziehen“. Zudem ist ihnen klar, daß es da auch Drogen gibt. Der Widerspruch ist da, ihn auszublenden ist auch eine gewisse Form von Realitätsverdrängung. Man muß fragen: „Um welche Widersprüche geht es eigentlich?“. Geht es um den Widerspruch: Es sind Drogen im Knast, und das darf nicht sein, oder geht es um den Widerspruch durch den justiziellen Auftrag. Einer bleibt sowieso übrig, und dann muß man die Frage stellen, welchen Widerspruch übrigzulassen sinnvoller ist. Dann würde ich den gesundheitsfördernden Widerspruch wichtiger finden als den justiziellen Auftrag.

Z.: Außerdem ist die Frage, ob es bei den Bediensteten wirklich so ist. Ich würde ganz gerne einmal eine repräsentative Zahl von Bediensteten fragen, ob sie das denn genauso sehen. Ich denke, es ist tendenziell nicht so. Wir hatten im vergangenen Jahr bei der AIDS-Hilfe eine Info-Veranstaltung in einer Anstalt Duisburgs und da ging die Tendenz in eine ganz andere Richtung. Und das waren jetzt nicht besonders interessierte JVA-Bedienstete, die sozusagen sowieso schon gut drauf waren, was ihre Einstellung zur Spritzenvergabe oder Polamidon-Substitution im Knast angeht, sondern wirklich ein guter Querschnitt. Und da ging das tatsächlich in die Richtung, daß sie das befürworten. Gut, das ist jetzt ein kleiner Ausschnitt, aber wer weiß, wie es bei der Gesamtheit ist?

M.: Ich habe gerade darüber nachgedacht, ob das für Bremen auch gilt; da würde ich das eher so fifty-fifty einschätzen und wenn es da eine Tendenz gibt, dann sehe ich die eher zur anderen Seite gehen, weil auch viele schon mit dem Pola ihre Schwierigkeiten haben. Das hört man morgens auch an den Sprüchen: „Komm, Stoff abholen“ und so. Und bei Pumpen sind die noch empfindlicher. Ich denke, wenn es eine Tendenz gibt, dann ist die in die andere Richtung.

Y.: Ja, das glaube ich auch eher. In vielen Anstalten habe ich den Eindruck, daß wesentlich mehr Bedienstete gegen Spritzenvergabe sind; das Wort darf man

erst gar nicht in den Mund nehmen. Aber es sind auch welche dabei, die das durchaus befürworten, und ich denke, denen muß der Rücken gestärkt werden.

Z.: Das passiert auch nicht einfach so. Ich denke schon, daß man eine Erhebung machen könnte und später, nachdem zwei, drei Diskussions- oder Info-Veranstaltungen für die Bediensteten durchgeführt worden sind, noch einmal eine Erhebung. Ein bißchen mehr Wissensvermittlung oder auch einfach Arbeit auf dieser emotionalen Schiene kann vielleicht auch schon etwas bewirken.

Y.: Ja und ich denke, die haben relativ gute Ausreden. In Nordrhein-Westfalen ist 1992 oder 93 eine Stellungnahme der ÖTV herausgekommen, die sich massiv gegen Spritzenvergabe im Knast ausspricht. Solange die sich darauf berufen können, sehe ich keine Chance, schneller voranzukommen. Da muß auch eine Änderung herbeigeführt werden.

H.: Das nächste Gegenargument ist wieder beispielhaft:

„Die Ausgabe von Spritzen im Vollzug läßt einen Anstieg der organisierten Rauschgiftkriminalität befürchten. Wo die Spritze als technisches Hilfsmittel vorhanden ist, ist der Weg für die 'Ware' geradezu vorprogrammiert. Der Vollzug wird als 'Absatzmarkt' noch größere Bedeutung als bisher erlangen.“

M.: Das ist lächerlich. Ich kann das nur wiederholen: Es wird sich überhaupt nichts ändern, die Leute, die bereits jetzt fixen, werden weiterfixen, die Leute, die bis jetzt noch nicht gefixt haben, werden auch nicht einsteigen; jedenfalls nicht zu einem höheren Prozentsatz, als sie das auch ohne irgendwelche Maßnahmen gemacht hätten. Wer drauf ist, gibt sowieso sein Maximum, sein ihm zur Verfügung stehendes Geld fürs Gift aus, also wird sich da auch kein neuer Absatzmarkt auftun. Wer da fixt so viel, bis er genug hat, das ist nicht abhängig von einem größeren Markt.

H.: Ein weiteres Gegenargument lautet:

„Auch die Reaktion der Öffentlichkeit muß bedacht werden. In der Öffentlichkeit könnte der Eindruck erweckt werden, im Vollzug werde der Betäubungsmittelkonsum noch gefördert, die Belange von Sicherheit und Ordnung dagegen vernachlässigt.“ (S. 13)

M.: „Hotel-Vollzug“, ja. Ich denke, da ist genauso etwas dran wie an der Sache mit den Bediensteten. Da tut Aufklärung not, da muß informiert werden. Ich denke, tendenziell wird das auch eher abgelehnt, aber es gibt welche, die dafür sind und die müssen dann um so mehr gestärkt werden. Das ist eine Informationssache. Ich denke, wenn man das vernünftig erklärt, so wie es ist und die Argumente dagegen entkräftet, dann wird es auch die Öffentlichkeit verstehen – genauso wie die Bediensteten. Man kann das rüberbringen, denke ich.

Y.: Mir geht es noch einmal um die Überdosierung mit Pillen. Die sind für die orale Einnahme vorgesehen, und nun heißt es, daß die Leute mit Aufkommen der intravenösen Einnahmeform sich angeblich überdosieren, weil die Wirkung halt schneller kommt. Dazu ist zu sagen, daß Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre der polytoxikomane Gebrauch zugenommen hat und insofern die Leute jede Menge Erfahrungen haben mit den Mengen von Rohypnol oder Medinox, die sie vertragen können. Von daher ist dieses Argument auch unreal, weil sich das rumspricht; man weiß, wieviel Stoff man nimmt und wie es wirkt.

H.: Auch im Mischgebrauch?

M.: Ja, natürlich. Das sind ja die Tips, die heißen Tips, die dann in der Szene gehandelt werden. Es werden ja nicht die Nebenwirkungen diskutiert, sondern es

werden die Wirkungen und die Mengen diskutiert. Und insofern ist den Leuten genau dieser Aspekt sehr wohl bekannt: Wieviel man nehmen muß, um etwas zu merken, und wieviel man nehmen kann, bis es kritisch wird. Was würdest du dazu sagen?

M.: Ja, das sehe ich auch so.

H.: Das ist ja nun Gebrauchsinformation untereinander, also: Wenn du dir einen Druck gemacht hast, kannst du dir nach zwei Stunden dieses und jenes oben drauf nehmen.

M.: Ja. Aber das sind ja die Leute, die das sowieso schon machen und die das auch weiter machen werden. Es ist bloß die Frage, ob mit sauberen oder mit dreckigen Nadeln. Und wer auf Pillen, auf Gift, auf allem Möglichen ist, der gehört meist zu den Härtesten, die schon wissen, was sie abkönnen. Und die vertragen das auch. Das ist nicht gefährlich, das machen sie ja sowieso schon; die drücken sich ja sowieso schon die Pillen; aber bloß eben mit verseuchten Nadeln.

Das Gespräch fand statt anlässlich einer D.A.H.-Perspektivtagung zur AIDS-Prävention im Drogenbereich am 19.4.1994. Es wurde geführt von folgenden Personen:

Martin Funk, JES-Bremen

Elisabeth Hoffmeister, AIDS-Hilfe im Kreis Unna

Fredi Lang, Berliner AIDS-Hilfe

Helga Rattay, Braunschweiger AIDS-Hilfe

Andreas aus Tegel

Monika Schremsalama aus Duisburg

Heino Stöver, Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit, Bremen

Vielen Dank an Alexandra Austin, Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit, Bremen, für die Transkription der Tonbandaufnahmen.

Anmerkung

1 Betäubungsmittelmißbrauch in den Justizvollzugsanstalten. Niedersächsisches Justizministerium, Hannover (Manuskript)

TIM DÄUMEL FÜR JES
(JUNKIES, EHEMALIGE, SUBSTITUIERTE)

LASST DIE MENSCHEN ENDLICH FREI!

Die Situation der inhaftierten Drogengebraucher in der Bundesrepublik Deutschland ist im Hinblick auf die tatsächliche Bedrohung in den JVs absolut inakzeptabel.

Vorwiegend junge Menschen, die sich in ihrer natürlichen Entwicklung mit gesellschaftlichen Normen auseinandersetzen, benutzen nichtakzeptierte Substanzen zur Rollenfindung und zur Entwicklung tragfähiger Lebensperspektiven. Der Gesellschaft fällt dazu nichts Besseres ein, als dies mit Gefängnis zu bestrafen und so Normerfüllung zu erzwingen. Diese unglaubliche Intoleranz, die an die dunklen Zeiten der Inquisition erinnert, führt jedoch zu schweren Schäden an Leib und Seele dieser Menschen, die in keinem Verhältnis zu der ihnen vorgeworfenen „Tat“ stehen.

Menschen werden durch Vorstrafen lebenslanglich stigmatisiert, die Bestrafung geht nach der Entlassung weiter: Es gibt keine Jobs, keine Wohnungen...

Junge Menschen, die niemanden schädigen außer vielleicht sich selbst – wie Millionen Fettleibiger, Rauchender, Trinkender auch, ohne daß diese sich jedoch in irgendeiner Form dafür verantworten müßten –, werden für den Rest ihres Lebens gebrandmarkt!

Darüber hinaus ist die psychische/seelische Folter unerträglich, die einem jungen Menschen zugefügt wird, der unter der Wirkung einer Droge steht und in eine dunkle, schmutzige Zelle geworfen wird – ohne irgendwelche Betreuung und Zuwendung. Politiker, die immer noch behaupten, dies wäre ein heilsamer Schock, beweisen nur mangelnden Sachverstand und unmenschlichen Zynismus.

In der Haft, in der die Versorgung mit harten Drogen in aller Regel möglich ist, erfüllt der Staat seine Obhutspflicht nicht; im Gegenteil: Durch die Verweigerung steriler Spritzbestecke wird Infektionen mit zum Teil tödlichem Verlauf – wie HIV und verschiedenen Hepatitis-erkrankungen – Vorschub geleistet. Es kann der Verdacht aufkommen, daß Methode dahintersteckt, denn: Ein toter Abhängiger macht keinen Ärger mehr, verursacht keine Kosten!

Das bundesweite Selbsthilfenetzwerk JES fordert die sofortige Freilassung aller inhaftierten Drogengebraucher!

Da bei aller Hoffnung auf gesellschaftliche Vernunft diese Forderung in naher Zukunft Utopie (eine gute!) bleibt, fordern wir

- die Gleichstellung aller Menschen innerhalb und außerhalb der Gefängnisse;
- freie Arztwahl;
- Verfügbarkeit steriler Spritzen unter Wahrung der Anonymität;
- Substitution nach Wunsch ohne Auswirkung auf Vergünstigungen wie Urlaub usw.;
- die (Wieder-) Einführung von Vernunft in die Diskussion, denn:

Kein funktionierender Knast ohne verfügbare Drogen!

– HIV-Positive müssen sofort ohne Wenn und Aber aus der Haft entlassen werden!

JES fordert die sofortige Entkriminalisierung aller Drogen! Der Staat hat nicht das Recht, den Konsum psychoaktiver Substanzen zu verbieten, die nicht gefährlicher oder sogar weniger gefährlich für die „Volksgesundheit“ sind als andere, gesellschaftlich akzeptierte Drogen.

Alle Drogengebraucher in Haft wurden und werden ihrer Bürgerrechte und ihrer Menschenrechte beraubt! JES fordert alle Menschenrechtsorganisationen auf, sich für die Befreiung dieser unterdrückten Menschen einzusetzen. Gefängnis ist die höchste Form gesellschaftlicher Intoleranz.

Oldenburg, im Mai 1994

WOLFGANG LESTING

WARUM EIGENTLICH NICHT? DIE ABGABE VON EINWEGSPRITZEN IM STRAFVOLLZUG

Gesundheitspolitisches Postulat

Die Forderung zahlreicher Wissenschaftler¹, auch im Strafvollzug aus gesundheitspolitischen Gründen Einwegspritzen für Gefangene zugänglich zu machen, ist bislang von den zuständigen Behörden zurückgewiesen worden. Die von einigen Justizministerien der Länder, allen voran Berlins, immer wieder zugesagten „Überprüfungen“ des eigenen Standpunkts endeten stets mit dem gleichen ablehnenden Ergebnis. Dabei liegt angesichts neuerer Entwicklungen und Erkenntnisse das Aufgeben des bisher eingenommenen Standpunkts durchaus nahe. So hat die in immer größerem Umfang durchgeführte Spritzenvergabe außerhalb des Strafvollzugs keine der zuvor geäußerten Befürchtungen bestätigt und sich längst als unverzichtbarer Bestandteil AIDS-präventiver Gesundheitspolitik erwiesen. Außerdem sind durch neuere Untersuchungen die Infektionen mit Hepatitis B und C als weitere gravierende Infektionskrankheiten neben HIV erkannt worden². Beide werden ebenfalls durch Needle-sharing übertragen, und ihre Verbreitung hat in einigen Gefängnissen ein besorgniserregendes Ausmaß angenommen. Schließlich ist der Bann mangelnder praktischer Erprobung auch offiziell gebrochen: Seit kurzem wird in der schweizerischen Strafanstalt für Frauen in Hindelbank mit durchaus positiver Presseresonanz ein Pilotprojekt zur Infektions- und Drogenprävention mit integrierter Spritzenabgabe durchgeführt³. Anlässlich des Projektbeginns war bekannt geworden, daß in der Solothurner Haftanstalt Oberschöngrün der Gefängnisarzt mit Erlaubnis der kantonalen Sanitätsdirektion Spritzen an Gefangene abgibt, wodurch nach Angaben des Anstaltsleiters weder der Anteil der Süchtigen noch der Umfang des Konsums zugenommen habe⁴. Dies entspricht der – außerhalb des Strafvollzugs belegten – Erfahrung, daß die Abgabe von Spritzen keinen Einfluß auf den Umfang des Drogenproblems hat.

Das Projekt in Hindelbank war 1994 begonnen worden, nachdem das schweizerische Bundesamt für Justiz in einem Rechtsgutachten für das Bundesamt für Gesundheitswesen die Abgabe steriler Spritzen für zulässig erklärt und im Sinne einer verantwortungsbewußten Gesundheitspolitik empfohlen hatte⁵. Das Projekt legt dabei folgende Hypothesen zugrunde:

- Drogenkonsum und Infektionsrisikoverhalten sind in der betreffenden Vollzugsanstalt von großer Bedeutung.
- Drogenberatung und Infektionsprävention sind geeignet, die Einstellung der Insassinnen zum Drogenkonsum und zum Infektionsrisikoverhalten zu verändern.
- Drogenberatung und Infektionsprävention (einschließlich Spritzenabgabe) sind auch unter Vollzugsbedingungen durchführbar. Der Drogenkonsum und

die Zahl der Neueinsteigerinnen nehmen nicht zu. Für Anstaltspersonal und Insassinnen ergeben sich keine neuen Bedrohungslagen.

Ausgangspunkt des Projekts ist die Überlegung, daß entsprechend dem gesundheitspolitischen Konsens die anerkannten und in einer breiten Öffentlichkeit als wirksam erachteten Präventionsmaßnahmen auch auf die Institution des Gefängnisses übertragen werden müssen.

Das Prinzip der Äquivalenz

Die Überlegung, daß im Strafvollzug grundsätzlich die gleichen Präventionsmittel Anwendung finden müssen wie in Freiheit, läßt sich für den Bereich der Bundesrepublik auch strafvollzugsrechtlich begründen. Das den Strafvollzugsbehörden bei der Auswahl medizinischer Präventionsmaßnahmen eingeräumte Ermessen ist durch den Angleichungsgrundsatz des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) beschränkt⁶. Der Angleichungsgrundsatz in § 3 Abs. 1 StVollzG („Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen werden“) stellt eine Handlungsanweisung an die Vollzugsbehörden dar und verpflichtet sie, die Unterschiede zwischen den Lebensbedingungen „drinnen“ und „draußen“ so gering wie möglich zu halten und aktiv zum Ausgleich vorhandener Unterschiede beizutragen. Bei der hier interessierenden Fragestellung bedeutet er für die Vollzugsbehörden, sich im Bereich ihrer Gesundheitsmaßnahmen an den Entwicklungen der allgemeinen Gesundheitspolitik zu orientieren. Dies gilt um so mehr, als den Vollzugsbehörden durch die §§ 56ff StVollzG die Pflicht zur Gesundheitsfürsorge für die Gefangenen auferlegt worden ist, da diese aufgrund der Inhaftierung in ihrer eigenen Gesundheitsvorsorge behindert sind. Der hiergegen gerichtete Einwand der Vollzugsbehörden, die Besonderheiten des Strafvollzugs und die gravierenden Unterschiede zwischen „drinnen“ und „draußen“ ließen eine Übertragung der außerhalb der Gefängnisse anerkannten Präventionsmaßnahmen nicht zu, vermag nicht zu überzeugen.

Besonderheiten im Strafvollzug?

Der Rückzug auf die „Besonderheiten des Strafvollzugs“ ist schon deshalb notwendig geworden, weil eine ganze Reihe von Einwänden, die (auch) von Justizministerien und Strafvollzugsverwaltungen benutzt wurden, durch langjährige Erfahrungen mit der Spritzenvergabe außerhalb des Strafvollzugs widerlegt sind. Zweifel an der Geeignetheit der Spritzenabgabe, weil die gemeinsame Benutzung von Spritzbestecken durch eine Ritualisierung im Drogenmilieu bedingt und deshalb eine Verhaltensänderung nicht erreichbar sei, sind ebenso ausgeräumt wie die pauschale Behauptung, durch die Abgabe von Einwegspritzen werde nicht nur die Art und Weise des Konsums beeinflusst, sondern dessen Menge gesteigert und die Zahl der Konsumenten erhöht⁷.

Bei ihrer Behauptung, die Situation im Strafvollzug sei unvergleichbar mit der Situation außerhalb der Gefängnisse, beziehen sich die Vollzugsbehörden entweder auf tatsächliche oder rechtliche Besonderheiten:

1) Ausgangspunkt für die Behauptung tatsächlicher Besonderheiten ist die Annahme, daß im Strafvollzug intravenös zu konsumierende Drogen nur in geringerem Ausmaß verfügbar seien. Infolgedessen sei der nach Art und Umfang nicht genauer zu konkretisierende Drogenkonsum im Strafvollzug jedenfalls geringer als außerhalb der Anstalten. Eine derartige Argumentation spielt das Problem bewußt herunter und nimmt Neuinfektionen im Strafvollzug billigend in Kauf. Selbstverständlich ist der exakte Umfang des Drogenkonsums in den Gefängnissen ebenso unbekannt wie die Häufigkeit des Fixens mittels unsteriler Spritzen und die Anzahl der Neuinfektionen im Strafvollzug. Aber unabhängig davon, daß diese Unkenntnis eine Untätigkeit nicht rechtfertigen würde und die Schilderungen zahlreicher Gefangener über vorhandene Drogen und Infektionen im Strafvollzug zumindest Anlaß zur Besorgnis geben sollten, belegen inzwischen mehrere Studien die enge Korrelation zwischen Inhaftierung und Verbreitung der HIV-Infektion⁸. Nach zwei neueren Untersuchungen⁹ setzten die Hälfte bzw. ein Drittel der i.v. Drogenkonsumenten ihren Konsum im Strafvollzug fort. Auch das Pilotprojekt der Anstalten in Hindelbank ging auf eine (nicht wissenschaftlich konzipierte) Untersuchung zurück, die ein solches Ausmaß des Austauschs benutzter Spritzen dokumentierte, daß von keiner Seite (Leitung, Personal, Insassinnen) der Handlungsbedarf geleugnet wurde¹⁰.

Daneben werden von den Landesjustizverwaltungen besondere Mißbrauchsgefahren und anstaltstypische Risiken hervorgehoben. Angesichts der Situation im Strafvollzug könne ein zweckentfremdeter Gebrauch von Spritzbestecken durch Gefangene kaum ausgeschlossen werden. Mit der Gefahr eines Einsatzes von Spritzbestecken als Waffe gegen Bedienstete oder zur Injektion von Medikamenten muß aber schon heute gerechnet werden. Das durch die Abgabemodalität zu beeinflussende Bedrohungspotential stellt jedenfalls a priori keinen ausreichenden Grund für das Verbot der Spritzenabgabe dar¹¹. Über seinen Gehalt sollte nicht spekuliert werden; unerwartete Ergebnisse (erhöhte Anzahl von Überdosierungen und Krankheitsfällen, Zunahme der Bedrohungssituationen usw.) sollten vielmehr zu konzeptionellen Änderungen, notfalls zur Beendigung des dringend erforderlichen Pilotprojekts führen.

Auch die Befürchtung, daß eine Spritzenabgabe wegen des vorhandenen Suchtpotentials und der eingeschränkten Lebensbedingungen in den Strafanstalten zu einer Ausweitung der Drogenszene führen würde, sollte empirisch überprüft werden. Außerdem kann es nicht richtig sein, die bestehende Infektionsgefahr beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzbestecken zur Durchsetzung der Abstinenzforderung einzusetzen¹².

2) Soweit sich die Behörden bei der Begründung ihrer ablehnenden Position auf die rechtlichen Besonderheiten des Strafvollzugs beziehen, sehen sie durch eine Spritzenvergabe vor allem das Vollzugsziel gefährdet. In der Tat erscheint es zunächst merkwürdig und widersprüchlich, Gefangenen, deren Inhaftierung auf Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz oder Beschaffungskriminalität zurückzuführen ist, während des Strafvollzugs Hilfsmittel für einen (gefahrloseren) fortgesetzten Drogenkonsum zur Verfügung zu stellen. Bei offizieller Aufrechterhaltung des Abstinenzparadigmas könnte

eine Maßnahme, die nicht lediglich den Drogengebrauch bekämpft, sondern die Art und Weise des Konsums zu beeinflussen sucht, als Tolerierung mißverstanden werden¹³. Wäre ein solches Mißverständnis, das außerhalb des Strafvollzugs in Kauf genommen wird, unter Berücksichtigung der Vielzahl von Widersprüchlichkeiten und Dilemmata, mit denen der Strafvollzug sowieso leben muß, noch tolerabel?

Die Strafvollzugsbehörden haben die Aufgabe, im Vollzug der Freiheitsstrafe den Gefangenen zu befähigen, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (§ 2 Satz 1 StVollzG). Der Vollzug muß also auf eine Verringerung der Rückfallrisiken hinwirken, wobei häufig schon eine Reduzierung von Rückfallhäufigkeit und -schwere als Erfolg zu verbuchen ist. Für die Gruppe der drogenabhängigen Gefangenen bedeutet dies vor allem, auf eine Verringerung, wenn möglich sogar auf eine Beendigung ihrer Abhängigkeit hinzuwirken. Doch welche Maßnahmen im einzelnen zur Erreichung des Vollzugsziels dienlich sind, ist gerade bei dieser Gefangenenengruppe vielfach unklar. Am erfolgversprechendsten dürfte es auch hier sein, dem Gefangenen im Vollzug der Freiheitsstrafe Angebote unterschiedlichster Art zu machen, die geeignet sein könnten, Straftaten, Verurteilungen und Gefängnisaufenthalte in Zukunft zu vermeiden¹⁴. In diesem Sinne war die bisherige, vorwiegend auf Repression und abschreckende Aufklärung angelegte Drogenpolitik der Anstalten völlig unzureichend. Die repressive Vollzugsgestaltung förderte unter den drogenabhängigen Gefangenen oftmals nur subkulturelle Strukturen, statt Therapiemotivation zu schaffen und Drogenfreiheit zu erreichen. Dabei soll nicht verkannt werden, daß die Zielkonflikte zwischen Resozialisierung, Strafvollstreckung und medizinischer Behandlung der Drogenabhängigkeit die Anstalten häufig vor nahezu unlösbare Aufgaben stellten.

Auch das Verbot der Abgabe von Spritzen scheint eher kontraproduktive Wirkungen zu haben, statt einem drogenfreien Leben förderlich zu sein. Erfolgversprechender als rigorose Verbote erscheint der bei der Abgabe von Desinfektionsmitteln¹⁵ und bei Substitutionsbehandlungen eingeschlagene Weg, Abhängigkeit vorübergehend (notgedrungen) hinzunehmen und sich zunächst auf Maßnahmen zur größtmöglichen Schadensminderung – etwa durch Gesundheitsprophylaxe – zu konzentrieren. Der Schutz von Leib und Leben der Gefangenen, deren Abhängigkeit nicht von heute auf morgen zu beenden ist, stellt so einen ersten Schritt und eine notwendige Voraussetzung zur Erreichung des Vollzugsziels dar. Die Abgabe von Spritzen könnte auch zu einer Enttabuisierung des Drogenproblems führen und dazu beitragen, daß realistischere, niedrigschwellige Behandlungsangebote auch im Strafvollzug angeboten werden, die eher als rigide Abstinenzgebote eine Motivation zum Ausstieg schaffen¹⁶ und damit der Erreichung des Vollzugsziels dienen.

Dogmatisch läßt sich dieses Ergebnis dadurch stützen, daß der Angleichungsgrundsatz des § 3 Abs 1 StVollzG zur Inhaltsbestimmung von Behandlungsangeboten und Resozialisierungsmaßnahmen herangezogen wird¹⁷. Gerade weil § 2 StVollzG keine Mittel und Wege zur Vollzugszielerreichung enthält, können auch bei der vorliegenden Fragestellung § 3 Abs. 1 und § 2 Satz 1 StVollzG als „Ziel-Mittel-Kombination“ verstanden werden: Das Vollzugsziel wird am besten dadurch erreicht, daß eine möglichst geringe Diskrepanz zwischen allge-

meinen Lebensverhältnissen und Vollzugswirklichkeit besteht. Da die „Besonderheiten des Strafvollzugs“ im Rahmen der Gesundheitsprophylaxe und der Drogenpolitik der Anstalten keine Abweichung von diesem Grundsatz verlangen, scheint die Abgabe von Spritzen auch in Gefängnissen geboten.

Vollzugspolitische Folgerungen

Die Abgabe von Spritzen und die Auswahl der konkreten Abgabemodalität (Spritzenaustauschautomat, Abgabe über Anstaltsarzt usw.) sollte aber auch unter dem Aspekt erfolgen, daß neue Möglichkeiten der Betreuung, des Gesprächs und des Zugangs zum drogenabhängigen Gefangenen eröffnet werden. Derartige Kontakte sollten zum Ausstieg motivieren und auf die vordringlichen Therapie-, Entzugs- und Substitutionsmöglichkeiten hinweisen. Vor der Festlegung der Projektkonzeption und der Abgabemodalitäten müssen die schweizerischen Erfahrungen evaluiert und die vollzugspolitischen Folgerungen überdacht werden. Da an dem Drogenverbot grundsätzlich festgehalten wird, müßten die Sanktionsmöglichkeiten der Anstalten bei Drogenbesitz und möglicherweise auch bei Drogenkonsum von Gefangenen bestehen bleiben. Entfallen müßte aber wohl die disziplinarische Ahndung des Besitzes von Spritzbestecken. Die Einzelheiten hängen hierbei von der Wahl der Abgabemodalität ab und sollen an dieser Stelle nicht näher thematisiert werden. Wesentlich erscheint zunächst, den Glaubenskrieg um die Spritzenvergabe zu beenden und endlich erfahrungswissenschaftlich zu überprüfen, welche Erfolge mit einer solchen Maßnahme zu erzielen sind und welche unerwünschten Nebenwirkungen möglicherweise auftreten.

Anmerkungen

- 1 Bruns StV 1987, 505; Brühl 1992, 209; Schönemann 1988, 405; Michels KJ 1988, 425; Böllinger/Stöver 1992, 57; Lesting StV 1990, 225; ders. AK-StVollzG, vor § 56 Rz. 30
- 2 vgl. Althoff/Schmidt-Semisch 1992, 24; Gaube u.a. 1993, 246ff; Keppler (in diesem Band)
- 3 vgl. Nelles (in diesem Band) und Nelles/Bürki: Pilotprojekt HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank, unveröffentlichter Projektentwurf für das Bundesamt für Gesundheitswesen, 1993
- 4 vgl. Tages-Anzeiger v. 17. 5. 1994
- 5 Bundesamt für Justiz 1992
- 6 vgl. umfassender Lesting StV 1990, 229; dogmatisch fundiert bei Lesting 1988, 68ff
- 7 vgl. Stöver KrimJ 1993, 184ff m.w.N.; Lesting StV 1990, 228 m.w.N.
- 8 vgl. Stöver KrimJ 1993, 188 m.w.N.
- 9 Koch/Ehrenberg 1992, 53 und Harms u.a. 1987, 377
- 10 Projektentwurf S. 5; vgl. auch Bundesamt für Justiz 1992, 13; a.A. offensichtlich Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger in ihrem Brief v. 17. 9. 1993, in dem sie ihrem Kabinettskollegen Gesundheitsminister Seehofer widerspricht, der auf die Dringlichkeit des Themas hingewiesen und eine Spritzenvergabe ins Auge gefaßt hatte (Beide Briefe abgedruckt in diesem Band).
- 11 Bundesamt für Justiz 1992, 13; Lesting StV 1990, 229
- 12 Lesting StV 1990, 229 m.w.N.
- 13 vgl. hierzu auch Lesting StV 1990, 228f
- 14 vgl. AK-StVollzG-Fest § 2 Rz. 10
- 15 vgl. dazu zuletzt die Berliner Justizsenatorin Peschel-Gutzeit in FR v. 28. 5. 1994, S. 7
- 16 Eisenberg/Fischer JUS 1991, 758
- 17 vgl. Lesting 1988, 57

Literatur

- AK-StVollzG Feest (Alternativkommentar zum Strafvollzugsgesetz), 3. Aufl., Neuwied und Darmstadt 1990
- Althoff, M.; H. Schmidt-Semisch: Methadon-Substitution im Strafvollzug. Kritische Überlegungen zwischen Theorie und Pragmatismus. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1992, 23
- Böllinger, L.; H. Stöver: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Frankfurt a.M. 1992
- Brühl, A.: Drogenrecht. München 1992
- Bruns, M.: AIDS und Strafvollzug. StV 1987, 504
- Bundesamt für Justiz: Abgabe steriler Spritzen und Bereitstellen von Desinfektionsmaterial als Pilotprojekte im Straf- und Massnahmenvollzug; rechtliche Zulässigkeit. Bern 1992
- Eisenberg, U. et al.: Der praktische Fall. Strafvollzugsrecht. JUS 1991, 756
- Gaube, J.; H. H. Feucht; R. Laufs; S. Polywka; E. Fingscheidt; H. E. Müller: Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. Gesundheitswesen 1993, 246
- Harms, C. et al.: Risk Factors for HIV Infection in German i.v. Drug Abusers. Klin. Wochenschrift 1987, 376
- Koch, U.; S. Ehrenberg: Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): AIDS und Drogen II, AIDS-Forum D.A.H., Bd. IX, Berlin (Selbstverlag), 1992, 27
- Lesting, W.: Normalisierung im Strafvollzug. Potential und Grenzen des § 3 Abs. 1 StVollzG. Pfaffenweiler 1988
- Lesting, W.: Die Abgabe von Einwegspritzen im Strafvollzug zur AIDS-Prävention – strafbar oder notwendig? StV 1990 225
- Michels, I.: Zur Situation von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken im Strafvollzug. KJ 1988, 422
- Schünemann, B.: Die Rechtsprobleme der AIDS-Eindämmung – Eine Zwischenbilanz. In: Schünemann, B.; G. Pfeiffer (Hrsg.): Die Rechtsprobleme von AIDS. Baden-Baden 1988, 373
- Stöver, H.: HIV/AIDS-Prävention im Strafvollzug? KrimJ 1993, 184

KARLHEINZ KEPPLER

SEX'N DRUGS'N HEPATITIS

ANMERKUNGEN ZUR BRISANZ DER KOMBINATION HEPATITIS, DROGENABHÄNGIGKEIT UND INHAFTIERUNG

Der Titel „SEX'n DRUGS'n HEPATITIS“ illustriert die beiden Hauptübertragungswege, mit denen die derzeit wichtigsten und fatalsten viralen Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B und Hepatitis C) weitergegeben werden – und zwar über die sog. Risikogruppen hinaus auch in die Allgemeinbevölkerung. Während im Falle von HIV/AIDS durch gezielte Präventionsbemühungen mittlerweile ein allgemeines Problembewußtsein und zum Teil erfolgversprechende Verhaltensänderungen erreicht wurden, stehen diese für die Hepatitis-Erkrankungen B und C noch in den Sternen. Gleichwohl scheint sich vor allem die Hepatitis C zu einem Problem zu entwickeln, das möglicherweise die Größenordnung von HIV/AIDS erreichen wird.

Bei prinzipiell gleichem Infektionsweg wie HIV und möglicherweise ähnlich schlechter Prognose macht die kritische Betrachtung der Hepatitiden in diesem Zusammenhang Sinn. Diese sind oft subjektiv sehr quälende und medizinisch kaum beeinflussbare Erkrankungen. Mögliche Folgen sind neben der Chronifizierung der Übergang in Leberzirrhosen, Leberzellversagen und Leberkrebs (Blum 1993, B-1832); die Folge: Tod durch Leberversagen. Die chronisch Kranken haben oft lebenslang an dieser Infektionskrankheit zu leiden. Die volkswirtschaftliche Belastung allein für die Hepatitis B lag in der alten Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1981 bei ca. 500 Mio. DM jährlich (MSD/ Behring o.J., 27). Hochrisikogruppe für den Erwerb einer Hepatitisinfektion sind neben anderen vor allem die intravenös Drogenabhängigen. Intravenös Drogenabhängige stellen mittlerweile in allen bundesdeutschen Gefängnissen einen mehr oder weniger großen Anteil der dort einsitzenden Klientel.

Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta

Die Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta ist die zentrale Hafteinrichtung des Landes Niedersachsen für Frauen. Insofern ist die dort einsitzende Klientel in keiner Weise vollzuglich vordifferenziert, sondern repräsentiert die Gesamtheit der in Niedersachsen inhaftierten Frauen. Die Haftplatzzahl beträgt 169. Zum willkürlich ausgewählten Stichtag 03.11.1992 waren bei einer leichten Überbelegung von 176 inhaftierten Frauen 43,8% intravenös drogenabhängig. Das Merkmal „Drogenabhängigkeit“ wurde nicht am Delikt (z.B. Verstoß gegen das BtMG) festgemacht, sondern nach Ausweis der medizinisch-ärztlichen Akten festgestellt.

Eine vergleichbare Zählung zum Stichtag 07.03.94 erbrachte einen bereits gestiegenen Anteil von 50,3% intravenös drogenabhängiger Frauen (n=173). Eine Untersuchung der drogenabhängigen Inhaftierten auf bestehende und

durchgemachte Hepatitis-Erkrankungen zeigte für den Untersuchungszeitraum 1. Juli bis 31. Oktober 1992 folgende Situation (n=75):

1. Von den getesteten drogenabhängigen Inhaftierten wiesen 79,5% serologisch Zeichen einer Hepatitis A, B oder C oder einer Kombination auf.
2. 25,6% zeigten serologisch Zeichen einer Hepatitis A; ebenfalls 25,6% Zeichen einer Hepatitis B; 61,5% Zeichen einer Hepatitis C.
3. Von den getesteten drogenabhängigen Inhaftierten mit Hepatitis hatten 32,3% nicht nur eine Hepatitisform, sondern eine Kombination von zwei oder allen drei Hepatitis-Erkrankungen.

Auch hier zeichnet sich eine Verschärfung der Situation ab. Für den Zeitraum 1. Januar bis 25. März 1994 (n=38) finden sich bei 84% der getesteten drogenabhängigen Inhaftierten serologisch Zeichen einer Hepatitis A, B oder C oder einer Kombination. Von diesen Hepatitis-positiven Patientinnen zeigten 57,1% Zeichen einer Hepatitis A, 71,4% Zeichen einer Hepatitis B, 85,7% Zeichen einer Hepatitis C. Eine Kombination von zwei oder auch drei Hepatitiden zeigten 76,2%. Zwar sind diese Daten bei der geringen Probandenzahl mit Einschränkung zu werten. Qualitativ wird sich aber bei größeren Fallzahlen nichts ändern, zumal sich in der Literatur vergleichbare Angaben finden (Lange/Masihi 1985 a, 8; Bader 1986, 248; Kelen 1992, 1399-1404; WHO 1991, 180 und viele andere mehr).

Die Hepatitis-Erkrankungen

Mittlerweile werden fünf verschiedene Hepatitis-Erkrankungen unterschieden, die alphabetisch mit Hepatitis A, B, C, D(elta) und E bezeichnet werden.

Hepatitis A

Der Übertragungsweg ist in der Regel fäkal-oral, d.h. das infektiöse Agens (Virus) sitzt im Stuhl. Die Weitergabe erfolgt „von der Toilette über die Hand in den Mund“, auf Reisen in der Regel durch verunreinigte Nahrung oder verschmutztes Trinkwasser.

Bei der Hepatitis A kommen sogenannte „fulminante Verläufe“ vor, d.h. relativ schneller Tod im Lebererfallskoma mit akutem Leberversagen (<0,1% der Fälle: Rasenack o.J., 7). Normalerweise heilt die Hepatitis A, wenn es nicht zu einem fulminanten Verlauf kommt, folgenlos aus (>99% der Fälle: Rasenack o.J., 7). Daher auch die Bezeichnung „Leberschnupfen“ für die Hepatitis A. Gelegentlich (ca. 10% der Fälle: Jilg 1992, C-1870) gibt es sog. verlängerte Krankheitsverläufe (bis zu einem Jahr). Länger andauernde, echte chronische Verläufe gibt es bei der Hepatitis A nicht.

Möglicherweise erhöht die Mehrfachkombination von Hepatitis-Erkrankungen bei Drogenabhängigen die Wahrscheinlichkeit eines fulminanten Verlaufs (Lange/Masihi 1986 b, 36). Die Erkrankungshäufigkeit für Hepatitis A in Europa ist eher gering. So finden sich in der Bevölkerung der Industrienationen West- und Nordeuropas sowie in Nordamerika bei weniger als 10% der unter 40jähri-

gen die Zeichen einer durchgemachten Hepatitis A (Jilg 1992, C-1870). Seit einiger Zeit ist ein Impfstoff gegen Hepatitis A verfügbar, seit Anfang 1993 auch in der Bundesrepublik Deutschland.

Hepatitis B

Der Übertragungsweg der Hepatitis B ist parenteral (griech. para=neben; enteron=Darm), d.h. unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts, also über die Blutbahn im weitesten Sinne: bei Bluttransfusionen oder bei Verwendung verunreinigter Spritzen und Kanülen, aber auch auf sexuellem (auch heterosexuellem) Wege und während der Entbindung von der Mutter auf das Neugeborene, um nur einige Möglichkeiten zu nennen.

5-10% der Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung im Erwachsenenalter zeigen einen chronischen Verlauf, neugeborene infizierte Kinder entwickeln zu nahezu 100% einen chronischen Verlauf (Blum 1993, B-1832). Komplikationen dieser chronischen Verläufe sind der Übergang in eine Leberzirrhose (in 20 bis 30% der Fälle), die Entwicklung eines Leberzellversagens oder sogar der Übergang in einen Leberzellkrebs (Blum 1993, B-1833). Die Erkrankungshäufigkeit für die Hepatitis B liegt bei unter 10% (in der Allgemeinbevölkerung), in den meisten Untersuchungen bei 6-8%. Auch für diese Hepatitis gibt es sog. Risikogruppen. Eine sichere und suffiziente Impfung liegt seit langem vor.

Hepatitis C

Seitdem es 1989 gelang, das Hepatitis-C-Virus zu isolieren und zu identifizieren (Bradley und Houghton bekamen dafür den Robert-Koch-Preis 1993), heißt die bis dahin „Hepatitis NonA/NonB“ genannte Erkrankung Hepatitis C. Seit ganz kurzer Zeit erst (März 94) ist bekannt, daß einem Wissenschaftlerteam aus Japan die vollständige Isolierung unter Charakterisierung des Erregers gelungen ist. Damit ist der Weg zur Entwicklung einer Impfung eröffnet. Ebenfalls noch nicht sehr lange gibt es serologische Untersuchungsverfahren, die mit ausreichender Sicherheit Hepatitis C nachweisen.

Die Übertragungswege sind denen der Hepatitis B oder des HIV vergleichbar (also z.B. Geschlechtsverkehr, Needle-sharing bei Drogenabhängigen, Bluttransfusionen und Gabe von Blutprodukten, Transplantationen, unsterile Tätowiernadeln, während der Geburt usw.).

Etwa 50% aller Hepatitis-C-Erkrankungen entwickeln einen chronischen Verlauf (in der erkrankten Allgemeinbevölkerung). Von diesen chronischen Verläufen entwickeln wiederum 50% eine Leberzirrhose mit der Gefahr der Ausbildung eines Leberzellkrebses (Blum 1993, B-1833). Genaue Zahlen zur Erkrankungshäufigkeit in der Allgemeinbevölkerung stehen noch aus, u.a. wegen der Ungenauigkeit der Tests der ersten Generation. Für die Allgemeinbevölkerung dürfte die Hepatitis C jedoch die Promille-Größenordnung noch nicht erreicht haben, ist also medizinisch in dieser Population eher eine Rarität.

Wenn die Hepatitis C auftritt, hat sie – selbst in der Allgemeinbevölkerung – eine sehr schlechte Prognose (siehe oben). Die frühere Bezeichnung „Posttransfusionshepatitis“ verweist bereits auf eine der Hauptbetroffenengruppen in der Allgemeinbevölkerung.

Eine Impfung existiert bis dato nicht. Die medizinischen Behandlungen der chronischen Verläufe stecken noch in den Kinderschuhen, sind aufwendig und teuer und noch nicht sehr erfolgreich.

Hepatitis D (Delta-Hepatitis)

Die Hepatitis D ist im Prinzip keine eigene Hepatitis. Sie ist eine sog. Superinfektion bei Menschen, die früher bereits einmal eine Hepatitis-B-Erkrankung durchgemacht hatten, und führt zu einer Aktivierung der Hepatitis B. Die Kombination Hepatitis B-Delta geht rasch in eine Leberzirrhose über und hat somit eine deutlich schlechtere Prognose als die „normale“ Hepatitis B: Leberzirrhoserate 30 bis 40% und früheres Auftreten eines Leberzellkrebsses (Blum 1993, B-1833). Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und Hepatitis B-Delta sind mir nicht bekannt. Die einzig mögliche therapeutische Intervention, die Therapie mit Interferon, erweist sich als nur wenig erfolgreich. Eine Impfung gibt es noch nicht.

Hepatitis E

Im Übertragungsweg und auch sonst zeigt die Hepatitis E große Ähnlichkeit mit der Hepatitis A. Da die Hepatitis E in den Industrieländern wenig verbreitet ist, kommt ihr für unsere medizinische Arbeit wenig Bedeutung zu. Bei schwangeren Frauen treten allerdings bisweilen gehäuft fulminante Verläufe auf.

SEX'n DRUGS'n HEPATITIS

Wie eingangs erwähnt, illustriert der Titel die beiden bedeutsamsten Übertragungswege von Hepatitis B und C. Angesichts der Tatsache, daß 1991 weniger als ein Drittel der Hepatitis-B-Infizierten in den USA aus sog. Hochrisikogruppen kam und fast die Hälfte der Fälle auf heterosexuelle Kontakte zurückzuführen war, steht zu befürchten, daß der Geschlechtsverkehr die Hauptschiene wird, auf dem der hohe Infektionsgrad innerhalb der Gruppe der Drogenabhängigen auf die Allgemeinbevölkerung durchschlagen kann.

Needle-sharing und Drogenabhängigkeit

Eine wesentlich höhere Erkrankungshäufigkeit findet sich bei Drogenabhängigen nicht nur für die Hepatitis B und C, sondern sogar für die Hepatitis A: Die Infektion wird hier wahrscheinlich durch engen Kontakt unter meist schlechten hygienischen Bedingungen begünstigt, möglicherweise aber auch durch fäkal kontaminierte Drogen weitergegeben (Spritzen in öffentlichen Toiletten) (Jilg 1992, C-1870). Selbst parenterale Übertragung der Hepatitis A durch gemeinsam benutztes Spritzbesteck kommt vor – eine medizinische Rarität, da das infektiöse Agens sich normalerweise im Stuhl befindet (siehe oben) und nur ganz kurze Zeit, meist in der Anfangsphase der Hepatitis A, im Blut auftaucht.

Generell sind intravenös Drogenabhängige derzeit als sog. Hauptrisikogruppe für den Erwerb einer Hepatitis anzusehen, eine Erkenntnis, zu der es eine

Fülle von Literatur bereits aus den 80er Jahren (!) gibt. Eine Veröffentlichung aus den 80er Jahren zeigt folgende Daten, die eindrucksvoll und erschreckend die unseligen Folgen der Kombination Drogenabhängigkeit und Gefängnis dokumentieren (Lange/Masihi 1986):

	Hepatitis A	Hepatitis B
Normalbevölkerung	kleiner 10%	6 – 8%
JVA-Personal	41,0%	18,0%
Inhaftierte	58,6%	61,4%
Drogenabhängige	67,3%	68,0%

Bereits beim JVA-Personal steigt offensichtlich (ähnlich dem Risiko beim medizinischen und Labor-Personal: siehe Scheiermann u.a. 1985, 180, Scheiermann/Kuwert 1978, 1065; Schoppe u.a. 1977, 1712) die Erkrankungshäufigkeit gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Sie steigt noch einmal deutlich für Inhaftierte (ohne Differenzierung, ob drogenabhängig oder nicht) und weiter bei Drogenabhängigen.

Für die Hepatitis C sind zum Teil ähnliche Zahlen bekannt. Hier ist die Verbreitung aber sicher noch nicht abschließend erforscht (Eder 1992, 120; Gaube u.a. 1993, 246-249).

Der Anteil der Drogenabhängigen an den Inhaftierten hat in manchen Orten bereits ein solches Ausmaß erreicht, daß die Hepatitis-Erkrankungen nicht mehr nur als typische Drogenabhängigen-Erkrankungen bezeichnet werden, sondern bereits als gefängnistypische Erkrankungen. Gleichgültig, ob nun drogenabhängigkeits- oder gefängnistypische Erkrankung: Drogenabhängige haben als Hochrisikogruppe nicht nur eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit. Sind sie von einer oder mehreren Hepatitis-Erkrankungen betroffen, so verlaufen diese in der Regel auch besonders kompliziert und schwer:

1. Bei Drogenabhängigen trifft eine Infektion mit dem Hepatitis-A-Virus nicht selten auf eine chronische Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus und führt so zu teilweise fulminanten Verläufen mit Tod im Lebererfallskoma (Lange/Masihi 1986 b, 36).
2. Generell steigt bei hepatitiskranken Drogenabhängigen die Wahrscheinlichkeit einer Folgekomplikation, z.B. Leberzirrhose, Leberzellversagen, Leberzellkrebs.

Bei Hepatitis A auf dem „Boden“ einer chronischen Hepatitis B zeigt sich möglicherweise eine höhere Anzahl fulminanter Verläufe. Bei Hepatitis B schnell die Rate der chronischen Verläufe und damit der Komplikationen von 5-10% (in der Allgemeinbevölkerung) auf ca. 50% in der Population der Drogenabhängigen hoch. Bei Hepatitis C bestand schon immer eine extrem hohe Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung mit Folgekomplikationen von über 60% bereits in der Allgemeinbevölkerung. Nimmt man die laborchemische Erhöhung der Leberwerte als Maßstab, so beträgt die Rate der chronischen Verläufe unter den in der JVA für Frauen Vehta betreuten Hepatitis-C-Kranken annähernd 100%. Nahezu gleiche Ergebnisse erbrachte eine erste deutsche Langzeitstudie (Laufs 1994, B-238 ff.).

Eine erschreckende Perspektive tut sich auf, wenn man bedenkt, daß ca. die Hälfte der chronischen Verläufe der Hepatitis C in der Leberzirrhose enden (bereits in der Allgemeinbevölkerung) und mit 20 bis 30jähriger zeitlicher Verzögerung im Leberzellkrebs. In welchem Ausmaß sich diese Hepatitis-C-Verläufe bei Drogenabhängigen noch ins Negative steigern werden, ist derzeit unbekannt.

Summa Summarum

1. Hepatitis-Erkrankungen generell sind subjektiv sehr unangenehme und belastende Erkrankungen, die zudem kaum therapeutisch beeinflussbar und deren Folgekosten immens sind. Darüber hinaus sind diese Erkrankungen mit schwerwiegenden Komplikationen behaftet.
2. Eine kausale Therapie der Hepatitis-Erkrankungen gibt es nicht.
3. Die intravenös Drogenabhängigen sind als sog. Hochrisikogruppe nicht nur einer wesentlich höheren Wahrscheinlichkeit zu erkranken ausgesetzt; wenn sie erkranken, dann sind die Krankheitsverläufe schwerer und mit deutlich mehr Komplikationen behaftet als solche in der Allgemeinbevölkerung.
4. Es gibt seit Jahren eine sichere Impfung gegen die Hepatitis B, seit kurzem auch eine Impfung gegen die Hepatitis A. Eine Impfung gegen die Hepatitis C steht nicht zur Verfügung.

Fazit und Desiderata

Impfung

- Die derzeit einzige Möglichkeit, virale Infektionserkrankungen wie die Hepatitiden anzugehen, ist die Impfung.
- Generell herrscht in der Bevölkerung Impfmüdigkeit. Diese Impfmüdigkeit ist gerade bei den am sozialen Rand der Gesellschaft stehenden sog. Hochrisikogruppen nicht geringer.
- Diese Hochrisikogruppen müssen da geimpft werden, wo sie sich aufhalten. Die Impfung muß zum Impfling, nicht der Impfling zur Impfung kommen. Zynisch, aber wahr: Ein Großteil der Impflinge sitzt im Gefängnis.
- In den Justizvollzugsanstalten (gerade mit ihrer Struktur der Repression, Belohnung und Bestrafung) sollte massiv auf die Zielgruppe eingewirkt werden, sich impfen zu lassen. Angesichts der bereits gesetzlich vorgeschriebenen Hepatitis-Impfung für Neugeborene und Heranwachsende in Italien sowie der Impfprogramme in verschiedenen anderen Ländern und angesichts der Tatsache, daß infizierte Neugeborene zu nahezu 100% chronisch krank werden, ist das massive Einwirken mit dem Ziel der Impfung in den Justizvollzugsanstalten vertretbar.
- Zu entwickeln sind tragfähige Strategien zur Impfung sog. Hochrisikogruppen, da es bisher nicht gelungen ist, diese Gruppen ausreichend zu erreichen.

Prävention

- Spezielle, exakt auf die Zielgruppe abgestimmte Informations- und Präventionsstrategien müssen entwickelt werden.
- Der Einsatz dieser Informations- und Präventionsstrategien muß an den „Orten des Geschehens“ erfolgen (z.B. JVA's, Drogenberatungsstellen, Therapiestätten, Entgiftungsstätten usw.).
- Möglich, denkbar und sinnvoll zur Hepatitis-Prophylaxe wären „Huckepack- oder Rucksack-Strategien“ zu bestehenden oder geplanten HIV/AIDS-Strategien. Dies würde bedeuten, daß wegen der vergleichbaren Infektionswege jede HIV/AIDS-Präventions- und Informationsmaßnahme auch unter dem Blickwinkel anderer viraler Infektionskrankheiten gesehen und durchgeführt wird.
- Die derzeit am stärksten diskutierte Präventionsmaßnahme ist die Abgabe von sterilen Einwegspritzen in den Justizvollzugsanstalten. Aus medizinischer Sicht ist die Abgabe von sterilen Einwegspritzen zum einmaligen Gebrauch die einzige kausal greifende Maßnahme, um die Weitergabe der einschlägigen viralen Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C) im Gefolge des Drogenkonsums zu verhindern.

Die Desinfektion von Spritzen mit Natriumhypochlorit (oder auch anderen Stoffen), derzeit vielfach propagiert, ist keine Alternative. Diese Desinfektionsverfahren sind nach den zur Zeit gängigen Desinfektionsrichtlinien nicht ausreichend sicher wirksam (z.B. keine Wirkung in Lufteinschlüssen und Verkrustungen) und nach den Arzneimittelgesetzen fragwürdig (Wiederaufbereitung von Einmalartikeln). Aus den genannten Gründen sind diese Verfahren unsinnig. Darüber hinaus sind sie auch noch ausgesprochen gefährlich, da sie nach Anwendung eine Keimfreiheit und damit Sicherheit vorgaukeln, die für den einzelnen zur trügerischen Sicherheit und damit lebensbedrohlichen Unsicherheit werden kann. Außerdem gehen von dem Stoff Natriumhypochlorit selber Gefahren aus, die noch gar nicht abschließend beurteilt werden können.

Forschung

- Erforderlich ist zunächst eine Analyse der gegenwärtigen Situation (insbesondere unter den Aspekten JVA, drogenabhängige Klientel, Hepatitis C; aber auch z.B. Hepatitis B-Delta und Drogenabhängigkeit)
- Die Impfprogramme sollten wissenschaftlich-forschend begleitet werden. So ließen sich sowohl der Erfolg als auch sonstige positive Auswirkungen belegen.
- Während Hepatitis A und B bereits erforscht werden oder gut erforscht sind, ist „Hepatitis C“ in vielen Bereichen eine „terra incognita“. Da sich die Hepatitis C mittlerweile als die Drogenabhängigenerkrankung schlechthin etabliert hat, die Betroffenen aber wiederum in den Gefängnissen sitzen, sollte die Nutzung dieser „Ressource“ zu verstärkter Einbindung der Justizvollzugsanstalten in die Hepatitis-C-Forschung führen.
- Last but not least sollte untersucht und abschließend geklärt werden, ob Justizvollzugsbedienstete – ähnlich wie medizinisches Personal – einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Literatur

- T. F. Bader (1986): Hepatitis B in prisons. In: Biomed. Pharmacother. 40 (1986) S. 248-251
- H. E. Blum (1993): Hepatitisviren und Lebercarcinom. In: Dt. Ärzteblatt 90. Heft 38 (24. 09. 1993) S. B-1832-1836
- G. Eder (1992): Hepatitis C. In: Labormed. 16 (1992) S. 117-122
- J. Gaube et al. (1993): Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. In: Gesundheitswesen 55 (1993) S. 246-249
- W. Jig (1992): Die aktive Schutzimpfung gegen Hepatitis A. In: Dt. Ärzteblatt 89. Heft 41 (9.10. 1992) S. C-1870-1871
- G. D. Kelen et al. (1992): Hepatitis B und Hepatitis C in Emergency Department Patients. In: N Engl. Journal Med. 326 (1992) S. 1339-1404
- W. Lange, K. N. Masihi (1986a): Durchseuchung mit Hepatitis B-Virus bei Drogensüchtigen und Strafgefangenen in Berlin (West). In: Bundesgesundheitsblatt 29, Nr. 1 (Jan. 1986) S. 7-10
- W. Lange, K. N. Masihi (1986b): Virus-Hepatitis des Menschen. Diagnostik, Epidemiologie und Prophylaxe. BGA-Schriften 9/86. München 1985
- R. Laufs et al. (1994): Was bedeutet der Befund „HCV-Antikörper positiv“? In: Dt. Ärzteblatt 91 Heft 5. (4. Febr. 1994) S. B-238-240
- MSD Sharp und Dohöme, Behring (o.J.): Hepatitis B – Gefährdung für medizinische Berufsgruppen.
- J. Rasenack (o.J.): Virale Hepatitis. Diagnostik. Freiburg o.J.
- N. Scheiermann et al. (1985): Hepatitis-B-Virus-Durchseuchung des medizinischen Personals in Arztpraxen. In: Dtsch. Med. Wochenschrift 110 (1985).
- N. Scheiermann, E. K. Kuwert (1978): Zur Frage der Infektionsgefährdung medizinisch-technischer Assistentinnen durch das Hepatitis-B-Virus. In: Dtsch. Med. Wochenschrift 103 (1978).
- W. D. Schoppe et al. (1977): HBs-Antigen und Anti-HBs bei Krankenhauspersonal. In: Dtsch. Med. Wochenschrift 102 1977.
- WHO-Berichte (1991): Hepatitis C. In: Schwick, H. G., Luttmann, U. (Hg.): Die gelben Hefte. Immunbiologische Informationen XXXI. Jg. Heft 4/91. Dez. 1991. Marburg/Lahn. S. 180.

KARL BOLLI

AIDS-PROPHYLAXE IN DER KANTONALEN STRAFANSTALT REGENSDORF/SCHWEIZ = KONTROLLIERTER UMGANG MIT DROGEN UND SEX

Es ist allgemein bekannt, daß auch unter Haftbedingungen die Ansteckung mit dem Virus HIV durch den Tausch verunreinigter Spritzen oder durch ungeschützten Geschlechtsverkehr erfolgen kann. Da bis heute HIV-Positive und AIDS-Kranke gemeinsam mit gesunden Insassen inhaftiert werden, versuchen wir mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln, diese Ansteckungswege zu unterbinden.

Welches sind unsere medizinischen Zieldefinitionen?

1. Der Insasse soll bei seiner Entlassung aus dem Strafvollzug fähig sein, ein möglichst deliktfreies Leben zu führen und eine seinen Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechende Lebenssituation aufbauen zu können (Soz. Integration oder Reintegration gemäß Art. 37 StGB).
2. Der Gefangene soll, wenn immer möglich, nach Beendigung seiner Haftzeit keine Gesundheitseinbuße aufweisen. Deshalb achten wir auf:
 - a) „Standortbestimmung“ bezüglich Gesundheit (HIV) und Drogenabhängigkeit beim Haftantritt.
 - b) Betreuung der Drogenabhängigen, welche eine optimale HIV/AIDS-Prophylaxe miteinschließt.
 - c) Stadiengerechte Begleitung und fachärztliche Behandlung im Falle von HIV-Positivität und AIDS-Erkrankung.
3. Drogenabhängige sollen mit einem Therapiekonzept aus dem Suchtverhalten herausgeführt oder zumindest auf einer möglichst niedrigen Abhängigkeitsstufe stabilisiert werden (Akzeptanzprinzip oder Methadon-Substitution im Falle der Abstinenzunmöglichkeit).

Da es leider unmöglich ist, das Einbringen von Drogen in die Strafanstalt zu verhindern, müssen wir mit der gegebenen Situation umgehen lernen. Schafft es ein Insasse, während der Haft frei von harten Drogen zu leben, wird er es auch später unter freiheitlichen Bedingungen können!

Welches sind unsere Möglichkeiten?

Seit 1989 gibt es in der Strafanstalt Regensdorf (insgesamt 340 Insassen) eine Abteilung für Suchtprobleme, in der 20 Insassen untergebracht werden können. 10 davon erhalten eine Substitutionstherapie mit Methadon. Diese Abteilung kann praktisch drogenfrei geführt werden. Die Insassen werden psycholo-

gisch-psychiatrisch begleitet und folgen einem speziellen Programm: geregelte Arbeit, Kochen, künstlerische Betätigung, umweltschützerische Tätigkeiten, APlager, körperzentriertes Arbeiten, Sport (3). Urlaube hängen von negativen Urinproben ab (nach einem Bonus-System). Der Aufenthalt beträgt mindestens 6 Monate und kann bis 2 Jahre dauern.

Drogenkonzept

A) Abteilung für Sucht-Probleme (ASP)

- a) Entzugsgruppe 10 Plätze
- b) Methadongruppe 10 Plätze

B) Haupthaus (HH)

Betreuungskonzept Abstinenzprinzip	Betreuungskonzept Akzeptanzprinzip
Behandlungsmöglichkeiten – Eintrittsgespräch – Apothekenabgabe – Medikamente bei Entzug, Krisen, Nemexin-Therapie, Urinproben als Stütze – Partizipationstherapie – Ventile: Badetherapie, Türöffnung, Krankschreibung	Behandlungsmöglichkeiten – Begleitung: Loslassen, nicht fallenlassen, freiwillige Urinproben – Gespräche: Ziel: nicht das Fixen fixieren, sondern „Harm reduction“

Etwa 20 bis 30 der im Haupthaus (HH) untergebrachten Insassen nehmen harte Drogen. Das Vorhandensein der Drogen-Spezialabteilung (ASP) entlastet die Situation im HH beträchtlich, indem die verbleibenden Drogenabhängigen leichter überschaubar bleiben.

Die Drogenabhängigen werden bei der ärztlichen Eintrittsuntersuchung erfaßt und anschließend vom Arztdienst begleitet, sei es nach dem Abstinenzprinzip oder – falls der Insasse nicht „clean“ bleiben will (oder noch nicht kann) – nach dem Akzeptanzprinzip.

Unser Präventionsangebot basiert auf Folgendem:

1. Therapeutische und erzieherische Begleitung der Abstinenzwilligen;
 2. beratende und erzieherische Begleitung zur Erreichung einer graduellen, schrittweisen Reduktion des Heroinkonsums („Harm reduction“);
- erstes Ziel: nur spritzenfreier Drogenkonsum
 - weitere Ziele: schrittweise Senkung der Applikationsfrequenz
 - Kondomabgabe an alle Insassen

- Plädoyer für kontrollierte Haschischfreigabe, im Wissen, daß bei Haschisch-Mangel vermehrt Heroin konsumiert wird und damit die HIV-Infektionsgefahr ansteigt;
- 3. Personalschulung (Betreuer, Aufseher, Werkmeister)
- Sachinformation
- Abbau von Ängsten

Was heißt für uns „Harm reduction“?

Folgende Tabellen helfen uns bei der Standortbestimmung und Beurteilung der Betreuungsmöglichkeiten Drogenabhängiger.

Stadieneinteilung der Drogenkrankheit

	mit High/PSA-Erlebnis! ohne: –	Beschreibung, Klinik	Frequenz u. Appl.-art rauchen (r), nasal (n), i.V.	Einteilung analog DSM-III-R	Betreuungsart
Stadium 0 !/-		Sucht-Prädisposition Genetik, frühe Entwicklungsschäden, unbekannte Faktoren	–	–	–
Stadium I !/-		Probierer	gelegentlich unregelmäßig, r, n. (i.V.)	Mißbrauch	psycho- therapeutisch erzieherisch
Stadium II !/-		Gelegenheitsfixer „Bürgerliche Fixer“	1-2 x/Woche o. weniger	Abhängigkeit leichten Grades	psycho- therapeutisch
Stadium III !/-		Drogenabhängige mit Heilungstendenz Abstinenzwille und Sublimationsfähigkeit sind vorhanden oder aktivierbar	1-mehrmals täglich (r), n, i.V.	Abhängigkeit mittleren Grades	psycho- therapeutisch Nemexin- Therapie Methadon- Therapie
Stadium IV !/-		Drogenabhängige ohne Heilungstendenz (High-) Sucht als chronifizierter Selbst- heilungsversuch bei therapieresistentem Grundkonflikt	mehrmals täglich (r), n, i.V.	Abhängigkeit schweren Grades	beratend, begleitend, erzieherisch, Methadon- Substitution Spritzen- und Heroinabgabe

Legende zur Stadieneinteilung der Drogenkrankheit

High-Erlebnis: = Flash; nach der Drogeneinnahme entsteht ein Hochgefühl, die Droge „fährt ein“. Betrifft Abhängige mit inflativer Ich-Struktur, die eine Erweiterung des Bewußtseins suchen (im Gegensatz zu jenen mit destruktiver Ich-Struktur, die eine Einengung des Bewußtseins erreichen wollen und eher Alkoholika als Suchtmittel wählen).

PSA:

Periodischer Suchtanfall: = „Reissen“, = „Schußgeilheit“. Falls diese Begriffe zutreffen, wird das Stadium mit ! markiert.

Nemexin-Therapie: = Naltrexon, ein Opiatantagonist, der zur Konsolidierung abstinenter Phasen eingesetzt werden kann.

DSM-III-R: = Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (21). Daraus ersichtlich sind:

Diagnostische Kriterien des Mißbrauchs psychotroper Substanzen

- A. Ein unangepaßtes Konsummuster psychotroper Substanzen, bestehend aus wenigstens einem der folgenden Kriterien:
1. Fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem, das durch den Gebrauch der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt wird.
 2. Wiederholter Gebrauch in Situationen, in denen der Gebrauch eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Alkohol am Steuer).
- B. Einige Symptome der Störung bestehen seit mindestens einem Monat oder sind über eine längere Zeit hinweg wiederholt aufgetreten.
- C. Die Kriterien für eine Abhängigkeit von der psychotropen Substanz wurden zu keinem Zeitpunkt erfüllt.

Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

- A. Wenigstens drei der folgenden Kriterien:
1. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
 2. Anhaltender Wunsch oder ein oder mehrere erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
 3. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Diebstahl), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
 4. Häufiges Auftreten von Intoxikations- oder Entzugssymptomen, wenn eigentlich die Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule und zu Hause erwartet wird (geht nicht zur Arbeit wegen eines Katers, erscheint „high“ in der Schule oder bei der Arbeit, ist intoxikiert,

während er auf seine Kinder aufpaßt) oder wenn die Einnahme einer Substanz zur körperlichen Gefährdung führt (z.B. Alkohol am Steuer).

5. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
6. Fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden sozialen, psychischen oder körperlichen Problems, das durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Heroinmißbrauch trotz Vorwürfen seitens der Familie, Kokaininduzierte Depressionen oder ein Magengeschwür, das sich durch Alkoholkonsum verschlechtert).
7. Ausgeprägte Toleranzentwicklung: Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung (d.h. wenigstens 50% Dosissteigerung), um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen, oder eine deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

Beachte: Die folgenden Kriterien sind nicht unbedingt auf Cannabis, Halluzinogene oder Phencyclidin (PCP) anwendbar:

8. Charakteristische Entzugssymptome
 9. Häufige Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu bekämpfen oder zu vermeiden.
- B. Einige Symptome der Störung bestehen seit mindestens einem Monat oder sind über eine längere Zeit hinweg wiederholt aufgetreten.

Kriterien für den Schweregrad der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

„Leicht“: Wenn überhaupt, dann nur wenige Symptome zusätzlich zu denen, die erforderlich sind, um die Diagnose zu stellen: Die Symptomatik führt lediglich zu leichter Beeinträchtigung im beruflichen Bereich, bei den üblichen sozialen Aktivitäten oder bei Beziehungen zu anderen Menschen.

„Mittel“: Symptome oder funktionelle Beeinträchtigung zwischen „leichter“ und „schwerer“ Ausprägung.

„Schwer“: Viele Symptome zusätzlich zu denen, die zur Diagnosestellung erforderlich sind, wobei die Symptome die berufliche Leistungsfähigkeit, die üblichen sozialen Aktivitäten oder die Beziehungen zu anderen deutlich beeinträchtigen.

Nach DEISSLER (18) unterscheiden wir, ob der Konsum von Heroin zur Erzeugung eines High- (oder Flash-) Zustands verwendet wird (wurde) und ob in Konsummangelphasen ein PSA (= periodischer Suchtanfall, „Reissen“ oder „Schußgeilheit“) besteht, was meist kombiniert vorhanden zu sein scheint. Wenn ja, besteht eine schlechtere Prognose bezüglich Abstinenzwillen und -vermögen als beim Konsum harter Drogen zur Affektberuhigung und -distanzierung.

Entscheidend ist weiterhin, in welchem Stadium sich der neu eintretende In-sasse befindet: Hat er in einer vorangehenden Untersuchungshaft bereits einen

Entzug durchgemacht? Wie lange lebt er schon drogenfrei? Verspürt er dabei periodische Suchtanfälle (PSA), was die Prognose verschlechtert?

Die wichtigste Frage betrifft jedoch sein Autonomieverhalten: Wir wissen, daß der Beginn des Drogenkonsums (neben disponierenden Faktoren wie Genetik, Entwicklungsschäden, soziale Begleitumstände etc.) meist mit einem Autonomieverlust einhergeht, der z.B. durch Krisensituationen ausgelöst wird. Als delinquenter Drogenabhängiger hat der User meist eine längere soziale und gesundheitliche Abstiegsphase hinter sich (z.B. wegen HIV-Positivität).

Sprechen über „Harm reduction“ impliziert das Akzeptanzprinzip, d.h. ich sehe ein, daß ich dem Insassen Zeit geben muß, bis er den endgültigen Ausstieg aus dem Drogenkonsum findet, und ich sehe ein, daß ich ihn während dieser Zeit nicht fallen lassen darf.

„Harm reduction“ heißt Abstieg in ein niedrigeres Stadium der Drogenkrankheit und ist nur in einer Phase des Autonomiegewinns möglich. Diese hängt wiederum vom Älter- und Reiferwerden ab.

Daß eine HIV-Positivität den Ausstieg aus dem Drogenkonsum wegen großen Ängsten bezüglich der Lebensperspektiven schwieriger gestaltet, dürfte offensichtlich sein. „Harm reduction“ heißt für uns aber in erster Linie: Weg von der Nadel! Wenn schon Konsum harter Drogen sein muß, dann nur rauchend oder sniffend.

Abgabe einer „Notapotheke“ als Hilfe und Einstieg zur Prophylaxe

Bei der Eintrittsuntersuchung geben wir jedem Neuangekommenen eine „Apotheke“ ab, die ein Desinfektionsmittel, eine desinfizierende Wundsalbe, Tupfer, Watte, Pflaster und Kondome sowie eine Gebrauchsanweisung, die in 7 Sprachen abgefaßt ist, enthält. Einerseits dient dieser Inhalt als Mittel zur Selbsthilfe bei kleinen Schürfwunden, Eiterpickeln etc., andererseits läßt sich damit leichter das Gespräch über AIDS-Prophylaxe und den allfälligen Drogenkonsum eröffnen.

Es wird dabei über die Abstinenzwilligkeit und, falls diese nicht vorhanden ist, über unser ärztlich begleitetes Angebot nach dem Akzeptanzprinzip mit der oben erwähnten „Harm reduction“ gesprochen. Für diejenigen, die dennoch spritzen wollen, haben wir der Apotheke ein Desinfektionsmittel beigelegt sowie eine Anweisung mit Zeichnung, wie die Desinfektion gebrauchter Spritzen durchgeführt werden kann.

Anfänglich verwendeten wir Bleach (Javelwasser) als 1%-ige Lösung, die ebenfalls zur Hautdesinfektion gebraucht werden konnte. Diese mußte jedoch unter Lichtschutz gelagert werden und wurde dennoch nach 3-6 Monaten instabil. Abgesehen davon, daß sie nach zweimaligem Gebrauch verfiel, war sie gegen Hepatitisviren zu wenig sicher wirksam. Aus diesen Gründen haben wir auf Povidonum-Iodum umgestellt (z.B. Betadine, Jodoplex).

Dadurch, daß die Apotheke an alle neuen Insassen – und nicht nur an HIV-Positive oder an Drogenabhängige – abgegeben wird, werden diese nicht von vornherein diskriminiert.

Natürlich heißt „Harm reduction“ für uns auch, daß anhand der sich in der Apotheke befindenden Kondome über „Safer Sex“ gesprochen wird.

Auswirkungen

Ausdrücklich sei erwähnt, daß die Prophylaxe durch Spritzeninfektion eine Kompromißlösung darstellt, da wir in unserem Gefängnis keine Spritzen abgeben können. Vom präventiv-medizinischen Standpunkt aus gesehen, wäre die Abgabe steriler Spritzen und Nadeln angemessener. Unsere pädagogische Lösung erfolgte im Sinne einer Schadensbegrenzung.

Wie auch Drogen gebrauchende und „clean“ gewordene Insassen wiederholt bestätigen, haben wir zur Zeit auf diese Weise nur noch sehr vereinzelt Fixer, die an der Nadel hängen. Desinfektionsfläschchen werden selten nachbezogen, wohl aber regelmäßig Kondome.

Betreuer und Aufseher haben das Apotheken-Set gut akzeptiert; gefundenes Spritzenmaterial und Drogen werden natürlich weiterhin konfisziert. Da der Aufwand vom Arztdienst aus gesehen (1 Arzt und 3 Pfleger auf 340 Insassen) recht personal- und zeitintensiv ist, bleibt offen, welches Ausmaß dazu in einem größeren Gefängnis notwendig wäre.

Wir befürchten, daß bei uns mit einer freien oder kontrollierten Spritzenabgabe der intravenöse Drogengebrauch eher gefördert würde und daß Todesfälle wegen Überdosierung vermehrt auftreten könnten. Konsequenterweise müßte bei praktizierter Abgabe sterilen Spritzmaterials auch Heroin in bekannter Konzentration sowie ein Fixerraum zur Verfügung gestellt werden, wo das Injizieren (unter Reanimationsbereitschaft) überwacht werden kann.

Literatur

- 1.) AIDS-Prävention in der Arztpraxis. (Forschungsprojekt HIV-Prävention und Betreuung in der Arztpraxis, NFP 26 C) Herausgeg. mit Unterstützung des BAG und der Verbindung der Schweizer Ärzte-FMH. April 1991
- 2.) Michael Mina: Stress. Editiones Roche, Basel 1991
- 3.) Meier, H.U. et al.: Vollzugskonzept Regensdorf/Pöschwies, sowie die zum Übergang notwendigen Modellversuche, 25.5.1988
- 4.) Meier, H.U.: Behandlungsangebote an Drogenabhängige im Strafvollzug. 10.3.1992 Skriptum zu Vortrag anl. Arbeitstagung
- 5.) Geyer, Harry: Methadonprogramme. Mai 1991. Impr. Strafanstalt Regensdorf
- 6.) Deschenaux, Francois-X.: Le médecin de prison. Schweiz. Wochenzeitschrift 19/1989, p.1855-1865
- 7.) Conne, Rudolf: Nachdenken über Medizin. Ebenda, 35/1991
- 8.) Helmrich, D.: Psychotherapie im Strafvollzug. Pers. Mitteilung
- 9.) Szondi, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik Bd. I. Verl. Huber, 1972
- 10.) Szondi, L.: Freiheit und Zwang im Schicksal des Einzelnen. Verl. Huber, 1967
- 11.) Studer, F.A.: Trieb und Droge. Cabay, 1979
- 12.) Bürgi-Meyer, K.: Die Partizipationstherapie nach Leopold Szondi. Pers. Mitteilung
- 13.) Mentzos, S.: Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer, 1984
- 14.) Mentzos, S.: Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht, 1991
- 15.) Fäh, B.: Erziehung als Beratung. Skriptum zu Seminar anl. Europ. Pädagog. Symposium. Baden/Wien, 1991 (pers. Mitteilung)
- 16.) Battjes, R.J. u. Pickens, R. W.: NIDA Research Monograph 80, 1988, Nat. Inst. on Drug Abuse, 5600 Fishers Lane, Rockville, U.S.A.
- 17.) Schmidt, Paul: Verhaltensauffälligkeiten im Strafvollzugsalltag. Mai, 1991. Impr. Strafanstalt Regensdorf
- 18.) Deissler, K.: Werke. Herausgeg. in: Sozialarbeit & Suchtprobleme. Fachblatt des Schweiz. Verbandes von Fachleuten für Alkoholgefährdeten- und Suchtkrankenhilfe VSFA. 52. Jahrg. 1984, Heft Nr. 9/10
- 19.) Grundsatzüberlegungen für die Abteilung für Suchtprobleme und UP-Abgabe ASP (Internes Paper Kant. Strafanstalt Regensdorf vom 8.4.1992)
- 20.) Feuerlein, W.: Wie entstehen Sucht und Abhängigkeit? In: Der informierte Arzt, 14:171-177, 1993
- 21.) Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit resp. des Mißbrauchs von psychotropen Substanzen. In: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. Beltz Verlag, Basel, 3., korr. Auflage 1991. Deutsche Bearb. H.-U. Wittchen et al.

BÉATRICE AEBERSOLD UND RÉGINE LINDER

PILOTPROJEKT „AIDS-BERATUNG UND PRÄVENTION IM STRAFVOLLZUG“ DER AIDS-HILFE BERN (SCHWEIZ)

Zusammenfassung

Von März 1992 bis Dezember 1993 führte die AIDS-Hilfe Bern (AHBe) in den Anstalten Hindelbank (Frauen) und Witzwil (Männer) ein Pilotprojekt zu HIV und AIDS für die Insassinnen und Insassen durch. Das Projekt wurde von März bis Dezember 1992 von der AIDS-Koordinationsstelle des Kantons Bern und der AIDS-Hilfe Schweiz gemeinsam finanziert. Für das Jahr 1993 (und 1994) war die AIDS-Hilfe Bern alleinige finanzielle Trägerin des Projekts. Dies war ihr nur möglich dank der Stanley-Thomas-Johnson-Stiftung in Bern; sie hatte die gesamten Projektkosten für beide Jahre übernommen.

Aus verschiedenen Gründen sind die Aussagen über die Arbeit in Witzwil nicht direkt übertragbar auf Hindelbank. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Insassen (entsprechend dem Durchschnitt der Bevölkerung?) mittelmäßig bis schlecht informiert waren. Im Vergleich zu den Männern waren die (deutschsprechenden) Frauen besser informiert, und wohl aus ihrer stark gefährdeten Situation heraus waren DrogenkonsumentInnen die am besten informierte Gruppe. Sie haben aber auch – neben HIV-positiven und bereits erkrankten InsassInnen – die massivsten Probleme im Strafvollzug (wenig bis keine Möglichkeiten zur HIV-Prävention, Diskriminierungen etc.).

Neben dem grundlegenden Unterschied, daß Witzwil ein Männer- und Hindelbank ein Frauengefängnis ist (was bekanntlich die Welten prägt...), gibt es weitere Unterschiede wie Größe der Anstalt, Art und Umfang der „Betreuung“ etc. Da unsere Arbeit in Witzwil regelmäßiger und kontinuierlicher war als in Hindelbank, wo ein großer Teil der Information und Betreuung bereits durch das Personal übernommen wird, soll im folgenden nur der Ablauf des Projekts in Witzwil beschrieben werden. (Aus dem gleichen Grund wird nur die männliche Form verwendet.)

Witzwil ist eine sogenannte halboffene Strafanstalt mit „betreuungs- und behandlungsorientiertem Strafvollzug in Wohngruppen“. Ohne Außenhöfe hat Witzwil 180 Plätze, rund 110 volle Stellen Personal (größter landwirtschaftlicher Betrieb der Schweiz), 22% ausländische Insassen, über 60% der Insassen mit BetMG-Urteilen. Der Gesundheitsdienst hat 150% Stellenetat zur Verfügung (Angaben Jahresbericht 1991).

Das Projekt bestand aus regelmäßigen Informationsveranstaltungen für alle Insassen (während der normalen Arbeitszeit der Insassen, Teilnahme obligatorisch). Parallel dazu wurden in der Freizeit der Insassen auf Anfrage Einzelgespräche und ab Juni 1992 regelmäßige Gesprächsgruppen angeboten.

Die Gesprächsgruppen wurden anfänglich schlecht besucht: einerseits mögen Interesselosigkeit und schlechte Information über Zeit und Ort sowie mangelnde

Transparenz (Angebot der Anstalt oder von außerhalb? Ist Diskretion gewährleistet?) Ursachen dafür sein, andererseits spielen sicher auch die starke soziale Kontrolle in einer Institution wie dem Strafvollzug sowie ganz persönliche Gründe der Insassen eine Rolle. Zusätzlich sind Situation und Klima im Strafvollzug sicher denkbar ungeeignet zur Thematisierung so schwieriger Themen wie Krankheit und Tod. Nach Terminänderungen und Klärung der Tatsache, daß das Angebot von der AIDS-Hilfe kam und nicht von der Anstalt (wichtig wegen Schweigepflicht und -recht!) wurden die Gesprächsgruppen regelmäßig besucht.

Bei den Einzelgesprächen ging die Bandbreite der Themen von Beratung zum Gebrauch von Präservativen über Testberatungen und das Problem der Diskriminierung von Betroffenen bis zur Beratung von kranken Insassen.

Ausgangslage und Auftrag

Schon seit die Ansteckungswege mit HIV und damit auch die Schutzmöglichkeiten gegen eine Infektion bekannt sind, ist auch klar, daß die HIV-Prävention für InsassInnen von Untersuchungsgefängnissen und Strafvollzugsanstalten nicht gewährleistet ist.

Ende Juli 1991 erhielt die AHBe eine Anfrage vom Betreuungspersonal der Anstalten Witzwil, ob sie nicht Informationsveranstaltungen mit den Insassen durchführen könne. In der Folge wurde ein Konzept für solche Veranstaltungen erarbeitet und nach möglichen Finanzierungsformen gesucht (es war der AHBe wichtig, daß das Projekt nicht von der Justiz- und Polizeibehörde finanziert wurde, um den Insassen eine glaubwürdigere Vertrauensbasis bieten zu können). Da sich die Finanzbeschaffung für das Projekt zum damaligen Zeitpunkt als recht schwierig erwies, zog sich die Projektumsetzung in die Länge. Nachdem die Finanzierung schließlich teilweise gesichert war, fand im März 1992 ein Gespräch statt zwischen Anstaltsleitung, Betreuungspersonal und Projektdurchführenden über den Inhalt und die Modalitäten des Projekts. Dabei wurde auch eine Vereinbarung zwischen den Anstalten Witzwil und der AHBe getroffen. Am 24. März 1992 fand die erste von insgesamt 35 Informationsveranstaltungen statt. Sechs dieser Veranstaltungen wurden in französischer Sprache durchgeführt.

Verlauf

Generelles zum Konzept

Aus zahlreichen Untersuchungen ist bekannt, daß Informationsvermittlung allein meist nicht genügt, um bei Menschen eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Unser Konzept bestand deshalb aus verschiedenen Teilen: Informationsvermittlung (Informationsveranstaltungen, Broschüren), Möglichkeiten zur Vertiefung und Klärung (Gesprächsgruppen) sowie Möglichkeiten zum Besprechen intimer persönlicher Fragen (Einzelgespräche). Nicht schriftlich im Konzept festgehalten, aber u.E. wichtiger Teil des Konzepts ist das Bereitstellen von Material zur Umsetzung der Präventionsbotschaften in die Praxis, also von Präservativen und sterilen Spritzen. Aufgrund unserer Erfahrungen in einer derart

komplexen Realität wie dem Knast müssen wir heute sagen, daß Präservativ- und Spritzenabgabe sowie Einzelgespräche als losgelöste Teile eines solchen Konzepts zwar Sinn machen könnten, daß aber z.B. die alleinige Durchführung von Infoveranstaltungen ohne Möglichkeit zur Klärung oder Vertiefung der Informationen (Gesprächsgruppen, Einzelgespräche) vermutlich mehr schadet als nützt. Immer wieder erklärten nämlich Gefangene, erst durch die Informationsveranstaltungen hätten sie sich mit dem Thema näher auseinandergesetzt, und es wären auch viele Ängste und Unsicherheiten ausgelöst worden. U.E. muß deshalb nach einer Informationsvermittlung unbedingt auch die Möglichkeit bestehen, solche Fragen im persönlichen Gespräch zu klären.

Informationsveranstaltungen

In einer ersten Runde von neun Informationsveranstaltungen wurden die Insassen der einzelnen Wohngruppen informiert (WG 1 bis 9, jeweils rund 20 Insassen). Dabei fiel auf, daß Insassen der WGs 1 bis 4 durchschnittlich während der Infoveranstaltungen weniger zugänglich waren, dafür aber häufiger den Wunsch nach einer Gesprächsgruppe anmeldeten als die Insassen der WGs 5 bis 9. (Erläuterung: WGs 1 bis 4 haben einen zentralen Sozialdienst und werden ausschließlich von Polizeipersonal „betreut“, während die WGs 5 bis 9 je zwei „BetreuerInnen“ in Funktion von SozialarbeiterInnen in der Wohngruppe selber zur Verfügung haben.)

Zusätzlich erwies sich in allen Gruppen insbesondere die gleichzeitige Information fremdsprachiger Teilnehmer als schwierig, da sie verschiedenen Sprachgruppen und Kulturen angehören. Um möglichst alle Insassen informieren zu können, fanden in der Folge (ab Anfang Juni 1992) regelmäßige Veranstaltungen für die neu eingetretene Insassen statt. Zusätzlich wurden Informationsveranstaltungen in französischer Sprache durchgeführt.

Konzept und Inhalt

Nach einer kurzen Einführung (Vorstellen des Projekts und der Projektdurchführenden, Hinweis auf Schweigepflicht und Anonymität, Hinweis auf Möglichkeit von Gesprächsgruppe und Einzelgesprächen, Hinweis auf Broschüren und Informationsmaterial, Verteilen und Erklären der Fragebogen wurden allgemeine Grundinformationen zu HIV und AIDS vermittelt (Virus, Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten inkl. sicherer Drogenkonsum). Dazu kamen speziellere Informationen zu erster Hilfe, Test, Rechtsfragen und Versicherungen sowie eine kurze Darstellung von Krankheitsverlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Zum Schluß wurde auf die besondere Situation im Knast eingegangen (Prävention nicht gewährleistet, Test nicht anonym, Diskretion/Einhaltung der Schweigepflicht nicht gewährleistet, Positiv- oder Kranksein im Knast, Diskriminierungen etc.).

Die Infoveranstaltungen waren für die Insassen obligatorisch und fanden während ihrer Arbeitszeit statt. Obwohl die meisten Insassen an einer Infoveranstaltung teilnahmen, konnten sicher einige auf der persönlichen Ebene nicht erreicht werden, da sie sich dem Thema völlig verschlossen. Erschreckend waren für uns Reaktionen von sich selber als „anständige Bürger“ bezeichnenden Gefangenen, die es als Zumutung empfanden, mit „Solchen“ – gemeint sind Menschen mit HIV und/oder AIDS – zusammen eingesperrt sein zu müssen.

Erstaunlicherweise waren es aber oft auch Insassen, die vor der Veranstaltung lauthals verkündeten, sie hätten hier nichts zu suchen, da sie das Thema nicht im geringsten betreffe, die dann viele Fragen stellten und sehr aktiv an den Veranstaltungen teilnahmen. Andere wiederum, die uns aus anderen Zusammenhängen als Betroffene bekannt waren, verhielten sich in den Veranstaltungen zurückhaltend oder ganz stumm.

Im allgemeinen wurden die Informationen mit Interesse aufgenommen; es wurden zahlreiche Fragen gestellt und oft auch Kritik angebracht, einerseits am Knast allgemein (keine Spritzen, Diskriminierungen, schlechte Gesundheitsversorgung etc.), aber auch inhaltlich, da unsere fachlichen Informationen oft von denjenigen der Boulevard- und Sensationspresse abwichen (Küssen, Fondue essen...).

Gesprächsgruppen

Da während und nach den Informationsveranstaltungen häufig ziemlich ausgedehnt diskutiert wurde, nahmen wir zusätzlich zu den Infoveranstaltungen ab Anfang Juni 1992 eine regelmäßige Gesprächsgruppe ins Angebot (14-täglich). Diese fand in der Freizeit der Insassen statt, die Teilnahme war also freiwillig. Es wurde zudem ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Gesprächsgruppe keine „Positivengruppe“ sei. Obschon bis zu diesem Zeitpunkt über 40 Insassen auf dem Fragebogen den Wunsch nach einer Gesprächsgruppe geäußert hatten, war die Teilnehmerzahl zunächst gering. Einzelne Insassen sagten, sie wären über den Zeitpunkt der Gesprächsgruppe nicht informiert gewesen, andere hatten ihre ganz persönlichen Gründe, nicht teilzunehmen: ein Insasse mit HIV wollte nur kommen, falls es eine ausschließliche Betroffenenengruppe wäre, ein anderer – ebenfalls mit HIV – wollte aus eben diesem Grund nicht teilnehmen, weil die anderen dann denken könnten, er sei betroffen. Allerdings nutzten mehrere Insassen im Urlaub eher zufällige Treffen mit einer der Projektdurchführenden in der Stadt (Drogenszene) zum Besprechen von dringenden Fragen und Problemen. Auf die Frage, warum sie nicht in die Gesprächsgruppe in Witzwil kämen, war die Antwort meistens: „Dort spreche ich nicht darüber“.

Im November 1992 wurden die Gesprächsgruppen wegen mangelnder Beteiligung eingestellt.

Im Juni 1993 wurden sie wieder eingeführt, und zwar mit neuem Termin: am Abend der Infoveranstaltungen; dies geschah einerseits, damit für die Insassen der Termin leichter zu merken war, andererseits damit aktuelle Fragen und Probleme direkt aufgenommen werden konnten. Ab diesem Zeitpunkt wurde die Gesprächsgruppe regelmäßig von mehreren Insassen besucht. Die besprochenen Themen reichten vom Vertiefen der Informationen des Nachmittags über detailliertere Informationen zu Safer Sex und sichererem Drogenkonsum bis zum Austausch unter den Insassen über ihre Erfahrungen als Menschen mit HIV und AIDS im Knast und draußen.

Einzelgespräche

Es wurden im Rahmen des Projekts 28 Einzelgespräche durchgeführt („draußen“ durchgeführte Einzelgespräche wurden nicht mitgezählt). Sowohl HIV-positive wie HIV-negative und ungetestete Insassen verlangten nach solchen Einzelgesprächen. Die Fragen und Probleme bewegten sich auf einer brei-

ten Ebene: Klärung von Informationen und Unsicherheiten, Testberatungen, Präservativgebrauch, Drogenkonsum, diffuse Ängste und allgemeine Lebensberatungen. Gerade in den Einzelgesprächen wurde die große Not der Drogengebraucher für uns deutlich spürbar: Ein Insasse mit HIV versuchte einen Ausweg aus der Situation zu finden, daß andere Insassen ihm Schläge angedroht hatten, wenn er nicht seine Spritze ausleihen würde. „Ich kann nicht damit umgehen, daß sie sich bewußt einem Ansteckungsrisiko aussetzen.“ Bei vielen Einzelgesprächen ging es auch darum, erst durch die Informationsveranstaltung aufgelöste Ängste („Ich habe gar nicht gewußt, daß...“) zu besprechen und die Informationen noch einmal ganz genau im Detail zu vermitteln sowie erlebte Risikosituationen zu besprechen („wenn ich die Spritze von xy zuerst mit kaltem und dann mit heißem Wasser ausgewaschen habe...“).

Spritzen

Im Konzept waren unter „Schutzmöglichkeiten“ Informationen und Anleitung zu sichererem Drogenkonsum vorgesehen: Trotz der Situation wurde an der Botschaft „für jeden Knall eine neue sterile Spritze und Nadel“ festgehalten. Gleichzeitig wurden die Insassen darüber informiert, welche Reinigungsarten von gebrauchten Spritzen wirksam sind und welche nicht. Aufmerksam gemacht wurde auch auf andere mögliche Formen des Drogenkonsums wie rauchen, sniffen, schlucken etc.

In mehrmaligen Gesprächen mit der Direktion über das Problem der fehlenden HIV-Präventionsmöglichkeit für Drogengebraucher wurde klar, daß von dieser Seite keine Veränderung zu erwarten war. Bemerkungen wie „wer sich nicht anstecken will, soll halt nicht Drogen konsumieren“ oder „wenn den ‚Drögelern‘ Spritzen abgegeben werden, müssen die ‚Alkis‘ auch ihren Alkohol kriegen“ mögen die Haltung der Direktion illustrieren. Immerhin wurde nie abgestritten, daß es sich um ein reines Politikum ohne jede fachliche Grundlage handelt, da der Direktor uns auch mitteilte, daß seiner Ansicht nach die Spritzenabgabe in den Gefängnissen früher oder später „von oben verordnet“ werden wird, daß er aber sicher nicht der erste sei, der damit anfangen werde: „Spritzen sind hier kein Thema“. Beim Betreuungspersonal stießen wir in ähnlicher Art auf Granit: Wohl wurde die Notwendigkeit der Spritzenabgabe von einem Teil des Personals rein theoretisch eingesehen, mit dem Argument „wir haben hier eh nichts zu sagen“ zog sich aber auch dieser Teil des Personals aus seiner Verantwortung.

Spritzen waren aber zumindest bei den Insassen in Witzwil sehr wohl ein Thema, und zwar eines der am häufigsten erwähnten (s. Auswertung Fragebogen im Anhang). Sowohl in den Infoveranstaltungen wie auch in den Gesprächsgruppen und in Einzelgesprächen wurden wir immer wieder mit der Not der Insassen konfrontiert, daß sie wider besseres Wissen gebrauchte Spritzen mehrmals gebrauchen und mehrere gemeinsam die gleiche Spritze gebrauchen mußten. Um diese Situation minimal zu beeinflussen, gaben wir anlässlich von Gesprächsgruppen und Einzelgesprächen gezielt Spritzen ab („flash“, in der Apotheke erhältliche Schachtel mit zwei Spritzen, zwei Nadeln, zwei Alkohol- und zwei Trockentupfern, 1 g Ascorbinsäure und 1 Präservativ), dies im Bewußtsein, daß es nur der berühmte Tropfen auf den (sehr) heißen Stein war. Daß die Spritzenabgabe zu Schwierigkeiten führen könnte, haben wir befürcht-

tet, daß sie gleich das ganze Projekt zum Scheitern bringen könnte, hätten wir nicht gedacht (siehe unten: Projektabbruch).

Empfehlungen

Zielsetzungen der AHBe für die Arbeit im Strafvollzug sind:

- Vermittlung spezifischer Informationen zum Thema HIV und AIDS als Grundlage für die Einschätzung möglicher eigener Infektionsrisiken
- Schaffung einer Grundlage zum eigenverantwortlichen Umgang mit Risikosituationen inkl. Bereitstellen von Material (Präservative, sterile Spritzen) für die praktische Umsetzung der Präventionsbotschaften
- Abbau von diskriminierendem und ausgrenzendem Verhalten gegenüber HIV-Infizierten, AIDS-Kranken, DrogengebraucherInnen, Schwulen und Lesben.

Diese Ziele sind in Witzwil (und anderen Strafanstalten) durch die Situation der Insassen nur beschränkt erreichbar. Zwar können theoretische Informationen vermittelt werden. Auch im Gefängnis muß aber wirksame Prävention zur Vermeidung von Wieder- und Neuinfektion sozial verantwortliches Verhalten in Risikosituationen fördern. Wenn jedoch die notwendigen Voraussetzungen zum Infektionsschutz – wie Bereitstellung von Präservativen und sterilen Spritzen – nicht geschaffen werden, läuft jede Präventionsbotschaft ins Leere. Wir halten deshalb ausdrücklich an unserer Forderung fest, daß auch in den Untersuchungsgefängnissen und Strafvollzugsanstalten unbedingt jederzeit Präservative und sterile Spritzen in genügender Menge zur freien Verfügung stehen müssen.

Die medizinische Versorgung von Betroffenen muß verbessert werden: u.E. ist der Gesundheitsdienst zu stark in die Vollzugsordnung eingebunden. Freie Arztwahl, freier Zugang zu FachärztInnen und neuartigen sowie alternativen Therapieformen sind für Betroffene zu ermöglichen. Zudem sind die Gefangenen in der Ausschöpfung gesetzlicher Regelungen zur vorzeitigen Haftentlassung (Haftunterbrechungsfähigkeit, Haftunterbruch, Haftabbruch) für Betroffene tatkräftig zu unterstützen. Sowohl im Bereich Prävention (viele Drogengebraucher, die auch in Witzwil weiter konsumieren) als auch im Bereich Betreuung (akute Erkrankungen und schlechte medizinische Versorgung) hat sich die Situation in Witzwil während des Projekts eher verschärft als verbessert. Einerseits mag das eine Folge sein der verschärften Repression gegen die Szene in Bern (und überall) mit den darauffolgenden zahlreichen Verurteilungen (resp. dem Vollzug dieser Urteile) von aktuell drogengebrauchenden Menschen. Andererseits hatten wir den Eindruck, daß das Thema AIDS und die damit zusammenhängenden Probleme der Gefangenen vom Personal quasi an uns delegiert wurden und sich das Personal kaum selber darum kümmerte. Eine themenspezifische Aus- und Weiterbildung des Personals könnte u.U. Unsicherheiten und Ängste abbauen und damit für alle das Klima günstig beeinflussen. Das Personal muß befähigt werden, sich mit HIV und AIDS und den damit zusammenhängenden Problemkreisen ernsthaft auseinanderzusetzen. Ob sich das allerdings mit der kontrollierenden und sanktionierenden Rolle von Gefängnispersonal vereinbaren läßt, sei

dahingestellt. Wenn das Personal HIV- und AIDS-Information sowie Betreuung von Betroffenen nicht übernehmen kann, muß den Insassen der Zugang zu externen Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten ermöglicht, resp. erleichtert werden. Im Bereich der medizinischen Versorgung erwies sich allerdings die Tatsache, daß wir von „außen“ kamen, als Nachteil, da wir keinerlei Einflußmöglichkeiten auf eine bessere Betreuung der Betroffenen hatten.

Dies wiederum führt uns zu den allgemeinen Widersprüchen, die sich uns bei der Durchführung des Projekts in den Weg stellten (oder die wir uns selber in den Weg stellten?) und die uns heute im Unklaren darüber lassen, ob die Themen HIV/AIDS und Knast überhaupt unter einen Hut zu bringen sind:

Wir haben die Grundhaltung von Akzeptanz, Solidarität etc. in unserer Arbeit. Dazu gehören auch Anonymität und Freiwilligkeit bei Beratungen.

Aber: Grundhaltung eines Großteils des Personals ist Mißachtung, Verwaltung, Disziplinierung der Gefangenen, reibungsloser Ablauf in der Institution etc. Zudem sind in einer totalen Institution weder Anonymität noch Freiwilligkeit möglich.

Wir haben bestimmte Vorstellungen von Präventions- und Beratungs-/Betreuungsarbeit. Diese drei Elemente werden tendenziell „draußen“ getrennt, pro Bereich ist jemand zuständig. Im Knast ist diese Trennung schlecht/nicht möglich. Ganzheitliches Gesundheitsverständnis bedingt umfassende Arbeit.

Aber: Im Knast ist vieles anders. Der Knast ist eine eigene Welt, die wir nicht kennen (Abläufe, auch informelle Gesetze, Hierarchien, Tricks etc.). Wir sind stark auf die Informationen von Gefangenen angewiesen, die natürlich von Personal- und Anstaltsseite dementiert werden, da die Gefangenen ja sowieso alle immer nur lügen...

Wir haben Ansprüche und Erwartungen in punkto Unterstützung unserer Arbeit (durch Personal und Direktion, aber auch durch AIDS-Hilfe). Unsere Arbeit ist parteilich für die Gefangenen, nicht für die Institution.

Aber: Das Personal hat seine eigene Realität, eigene Vor- und Einstellungen sowie ein anderes Verhältnis (Machtposition) zu den Gefangenen. Es ist der Institution verpflichtet und nicht den Gefangenen.

Motivation zur Arbeit im Gefängnis: Wir wollen „etwas“ machen. Haben wir einen Auftrag? Wer unterstützt uns?

Aber: Wir können gar nicht viel machen. Stoßen dauernd an (institutionelle oder andere) Grenzen. Spritzenabgabe ist nur das krasseste von vielen Beispielen.

Die Gefangenen haben (zu) große Erwartungen an uns. Und wir an sie. Von uns wird erwartet, daß wir die allgemeine Knastsituation verändern. Wir erwarten, daß die Gefangenen über ihre eigene Nase hinaus denken (und z.B. darüber schweigen, wo sie die Spritzen her haben...).

Aber: Die Erwartungen können/wollen wir nicht alle erfüllen. Aber welche doch, welche nicht? Warum engagieren wir uns bei den einen Knackis mehr, bei anderen weniger? Durch unser Prinzip, von „außen“ zu kommen und total unabhängig zu sein, haben wir auch keinen Einfluß auf die Knastsituation.

Zusammenfassend: Die allgemeinen Widersprüche der Gesellschaft werden in der Knastsituation aktuell, konkret und direkt spürbar. Es stellt sich die Frage, wo überhaupt „Prävention“ anfängt, wer welches Verständnis von Prävention hat (Gesundheitserziehung oder Notfallhilfe?).

Fast am schwierigsten ist die Frage, was schlußendlich die AIDS-Hilfe (resp. uns als deren Vertreterinnen) etwas angeht und was nicht. Mit einem umfassenden Gesundheitsverständnis im Sinn einer guten Lebenssituation gehen uns eigentlich die gesamten Zustände im Knast etwas an (resp. des Knastes Abschaffung...). Adam und Eva lassen grüßen!

Der Projektabbruch

(siehe auch Presseauschnitte und Communiqué im Anhang)

Am 14. Dezember 1993 führte die Polizei in Witzwil eine Razzia durch. Dabei wurden anscheinend neben (wenig!) Drogen auch Spritzen gefunden. Ein Insasse sagte bei der Polizei aus, die AIDS-Hilfe Bern würde diese Spritzen bei den Inforeanstaltungen abgeben.

Am nächsten Tag fand ein Gespräch statt mit dem Direktor der Strafanstalt Witzwil, der Präsidentin der AIDS-Hilfe Bern und den Projektleiterinnen. Wie schon bei früheren Gesprächen mit der Direktion lehnte diese es ab, die Dringlichkeit einer umfassenden HIV-Prävention – zu der auch die Spritzenabgabe gehört – zu akzeptieren, eine Haltung, die uns schlußendlich zu unserem „eigenmächtigen“ Handeln gezwungen hatte.

Die Angelegenheit wurde in der Folge dem „Amt für Freiheitsentzug und Betreuung“ (!) übergeben. Die AIDS-Hilfe Bern wurde vom Amtsvorsteher darauf aufmerksam gemacht, daß die Abgabe von Spritzen in den Einrichtungen des Straf- und Maßnahmenvollzugs nicht zulässig sei und daß bis zur Abklärung und Auswertung des Sachverhalts Einzelgespräche von MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe Bern mit Eingewiesenen nicht mehr erlaubt seien (Kontaktsperre). Ein Gespräch und weitere Briefwechsel mit dem Amtsvorsteher brachten keine befriedigenden Resultate. Bei einer Güterabwägung zwischen Recht und Gesundheit entscheide er sich im Moment für ersteres (dies obschon ein Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesamts für Gesundheitswesen zum Schluß gekommen war, die Spritzenabgabe im Strafvollzug sei rechtlich zulässig...).

Immer wieder wurde auf das geplante wissenschaftliche Spritzenabgabeprojekt in Hindelbank hingewiesen. Eine Weiterführung unseres Projekts wäre nur möglich gewesen, wenn sich die AIDS-Hilfe Bern schriftlich verpflichtet hätte, in den bernischen Straf- und Maßnahmenvollzugsanstalten keine Spritzen mehr abzugeben. Aus fachlichen und ethischen Gründen konnten und wollten wir diese Verpflichtung nicht eingehen. Eine Anfrage bei der Direktion von Witzwil, ob Insassen zu Beratungsgesprächen zur AIDS-Hilfe Bern kommen könnten, blieb bis zum heutigen Tag ohne Antwort.

Von Gefangenen in Witzwil wissen wir, daß die Situation desolat ist und von uns jetzt auch nicht mehr minimal beeinflußt werden kann. Der nachfolgende Brief eines Gefangenen mit HIV mag dies stellvertretend illustrieren:

„Es ist ja schon alles gesagt und berichtet, was auch ich sagen und berichten würde. Nun ist alles beim alten, nichts geht mehr, es ist still geworden... Doch

jetzt ist was Tragisches passiert, was meinen Unmut schier ins Unbeherrschbare treibt: Ein Kollege machte den Test, der positiv ausfiel. Untereinander wurden Spritzen ausgeliehen und nun ist wahrscheinlich der eine oder andere angesteckt. Unter anderem sehr junge Leute, die erst hier in der Anstalt anfangen zu fixen.

Jeder, der keinen Test gemacht hat, sieht sich als negativ an. Ein Infizierter hütet sein Wissen aus Angst vor Diskriminierung. Ein wirkliches Hilfsangebot existiert gar nicht. Anstatt daß geholfen oder beraten wird, wird nur Druck ausgeübt, in Form von UPs (=Urinproben). Alle reden, nichts geschieht, und das einzige was läuft, ist die Zeit auf Kosten des Lebens.

Das macht mich wütend, ja rasend...

Aus der Sicht der Insassen kann ich sagen, daß alle es beschissen finden, so wie das momentan abläuft. Man hat hier einen Dealer erwischt mit einer langen Schuldnerliste. Jeder, der darauf genannt wird, mußte eine UP (=Urinprobe) abgeben. So ein Quatsch! Wieder Repression.

Wie und wo soll sich ein ‚HIVler‘ informieren? Die Schweigepflicht ist hier nur ein Wort ohne Bedeutung. Der Arzt bombardiert einen mit Fremdwörtern und Fachwissen, was schlußendlich noch mehr Verwirrung stiftet. Die Info-Blätter bleiben bei der ‚Betreuung‘, bedeckt mit Staub, zuunterst und versteckt, nicht sichtbar genug. Sicher ist das Personal ‚betroffen‘ von der jetzigen Situation, aber nichts wird sich ändern, solange der Direktor an seiner Sturheit festhält. Ein UBG (=Urlaub aus besonderen Gründen) zwecks Gespräch bei der AIDS-Hilfe wird abgelehnt.“

Manchmal zweifeln wir an der Richtigkeit unserer Entscheidung, uns nicht auf einen Kompromiß eingelassen zu haben. Heute ist sowohl im Knast nichts mehr möglich, da wir nicht mehr reinkommen, als auch draußen, wo das Thema nach einer kurzen Aufregung wieder totgeschwiegen wird und alle auf die Durchführung und Auswertung des wissenschaftlichen Projekts in Hindelbank warten. Manchmal wünschen wir uns ganz einfach, daß alles anders wäre.

Anhang

Zum Fragebogen

Pressecommuniqué AIDS-Hilfe Bern zur Spritzenabgabe in Witzwil, Presseecho

Zum Fragebogen

In erster Linie als Rückmeldung an die Projektdurchführenden, aber auch zur Anmeldung für Einzelgespräche wurden den Teilnehmern bei den Informationsveranstaltungen Fragebogen ausgegeben. Das Ausfüllen und Abgeben waren freiwillig. Rund 74% der Fragebogen (348 von 468) wurden ausgefüllt zurückgegeben, 25 davon in französischer Sprache. Die Antworten sind in einer Übersicht zusammengestellt.

Übersicht über ausgefüllte Fragebogen (März 1992 bis Dez. 1993)

Infoveranstaltungen: 35

davon französisch: 6

Teilnehmer gesamt: 468

Fragebogen ausgefüllt: 348

Wunsch nach Gesprächsgruppe: 73

davon französisch: 18

Ich war schon genügend informiert, die Veranstaltung hat mir nichts Neues gebracht: 112 (41 davon mit weiteren Nennungen)

Die Veranstaltung hat mir etwas gebracht: 157

Ich habe neben schon bekannten Grundinformationen neue, für mich nützliche Zusatzinformationen erhalten: 188

Die Themen, die mich beschäftigen, wurden nicht genügend besprochen:

61 davon:

– Leben im Strafvollzug mit HIV und/oder AIDS: 24

– (medizinischer) Verlauf von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung: 16

– schulmedizinische und alternative Behandlungsmöglichkeiten: 14

– weitere Themen (Hafterstellungsfähigkeit, Sex im Vollzug, Spritzen, Drogenstrich etc.): 21

Ich möchte, daß hier regelmäßig eine Gesprächsgruppe stattfindet: 73

Ich möchte ein persönliches Gespräch führen können (allein): 24

Es soll bitte jemand von der AIDS-Hilfe mit mir Kontakt aufnehmen: 10

weitere Themen/Kritik zur Veranstaltung (*): 63

(*) Bei diesem Punkt wurde weitaus am häufigsten die fehlende Spritzenerhältlichkeit erwähnt sowie der Widerspruch, daß über Schutzmöglichkeiten informiert wird, aber die Umsetzung der Informationen verunmöglicht wird. Häufig wurde auch der Gesundheitsdienst kritisiert (mangelnde Information, schlechte Betreuung, Schweigepflicht wird nicht eingehalten, Leute werden nicht ernst genommen: „Wer nicht mit dem Kopf unter dem Arm kommt, gilt als Simulant“). Ein weiterer Kritikpunkt war die Tatsache, daß das übrige Personal (Betreuung, Arbeitschefs) schlecht über HIV und AIDS informiert ist und z.T. Diskriminierungen unterstützt.

Pressecommuniqué

Zum „Spritzenstreit in den Gefängnissen“ – die AIDS-Hilfe Bern berichtet:

Nach Presseartikeln vom 21.12.93 hat Prof. A. Baechtold, Vorsteher des Amtes für Freiheitsentzug und Betreuung der Polizei und Militärdirektion des Kantons Bern für die MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe Bern eine *Kontaktsperre* zu den *InsassInnen der kantonalbernerischen Anstalten* verfügt, weil sie an Gefangene „Spritzen abgeben“ haben.

Gemäß Statuten setzt sich die AIDS-Hilfe Bern u.a. zur Aufgabe, auf kantonalen Ebene an der Bekämpfung von AIDS mitzuarbeiten und Betroffenen zu

helfen. „Ihre Tätigkeit umfaßt namentlich *Prävention und Beratung sowie Betreuung und Unterstützung von HIV-Positiven und AIDS-Kranken.*“

Seit die Hauptinfektionswege mit HIV und damit auch die Schutzmöglichkeiten gegen eine Ansteckung bekannt sind, ist auch bekannt, daß *für InsassInnen und Insassen von Untersuchungsgefängnissen und Strafvollzugsanstalten die HIV-Prävention nicht gewährleistet* ist. Spätestens seit 1988 ist die HIV-Prävention in Gefängnissen auch in der offiziellen STOP-AIDS-Kampagne des Bundesamts für Gesundheitswesen und der AIDS-Hilfe Schweiz ein Thema: „Wenn es nicht gelingt, hier befriedigende Lösungen zu finden, damit alle Drogenabhängigen stets steriles Besteck zur Verfügung haben, notabene auch die Inhaftierten, dann *wird es auch nie gelingen, diese Infektionsketten zu unterbrechen.*“

Die AIDS-Hilfe Bern führt seit März 1992 in den Anstalten Witzwil und Hindelbank ein Pilotprojekt „AIDS-Beratung und Prävention im Strafvollzug“ durch. Dieses Projekt besteht aus Informationsveranstaltungen, Gesprächsgruppen und Einzelgesprächen. In den Einzelgesprächen und in den Gesprächsgruppen wurde deutlich, daß durch die Informationsveranstaltungen *Ängste und Fragen* ausgelöst werden, die vorher nicht vorhanden waren und die auch nicht im Rahmen der Infoveranstaltungen besprochen werden konnten (Fragen zu bestimmten Sexualpraktiken, kürzlichem Risikoverhalten und selbstverständlich immer wieder Fragen zur „sicheren“ Spritzenreinigung). Besonders auffallend ist, daß Insassen, die am Anfang der Infoveranstaltung eher die Haltung äußerten, „AIDS geht nur Schwule und Fixer etwas an“, später im Einzelgespräch *massive Ängste* bezüglich ihrer heterosexuellen Praktiken äußerten und detaillierte Anweisungen über Präservativgebrauch und damit verbundene Schwierigkeiten verlangten. *Das heißt, daß bloße Informationsvermittlung zur HIV-Prävention nicht genügt, sondern daß auch die Möglichkeit bestehen muß, die Informationen zu verarbeiten und zu vertiefen, damit sie in die Praxis umgesetzt werden können.*

Drogenkonsumierende Insassen sind im allgemeinen besser über HIV und AIDS informiert als andere Insassen. Bei ihnen wird aber auch die große Not spür- und hörbar, daß sie im Strafvollzug *an der Umsetzung ihres Wissens in die Praxis gehindert werden und sich somit wissentlich einer Ansteckung aussetzen müssen*. Gemäß unseren Erfahrungen ist der Anteil an *weiter- oder auch neu i.v.-konsumierenden Insassen in Witzwil relativ hoch*. Auch die Häufigkeit des *gemeinsamen Spritzengebrauchs* von uns bekannten HIV-positiven Gefangenen mit anderen ist groß und hat uns erschreckt. So versuchten wir einerseits, durch detaillierte Informationen über Möglichkeiten der Spritzenreinigung und andererseits durch gelegentliche gezielte Abgabe von flash-sets, *diese bezüglich HIV-Infektionsrisiken extreme Situation minimal zu beeinflussen*.

Bei der *Güterabwägung* zwischen der Einhaltung anstaltsinterner Regeln, an denen u.E. seit Jahren aus rein politischen Gründen weiterhin festgehalten wird, und dem Interesse einzelner Menschen, sich vor einer Infektion mit möglicher Todesfolge zu schützen, haben wir uns *sowohl aus fachlichen wie aus ethisch-moralischen Gründen* nur für das zweite entscheiden können.

Daß die kantonalbernerischen und andere Anstalten ihrer Pflicht zur Erhaltung der Gesundheit von Gefangenen nicht nachkommen, ist für die AIDS-Hilfe weit bedenklicher als die Nichteinhaltung von anstaltsinternen Regeln.

Die AIDS-Hilfe Bern findet es ärgerlich, daß *HIV-Prävention noch immer mit Drogenpolitik vermischt* wird, die ausgerechnet dann herbeigezogen wird, wenn es darum geht, Widersprüche zu umgehen... Mit der Abgabe von flash-sets betreiben wir keine Drogenpolitik in den kantonbernischen Gefängnissen, sondern wir versuchen, *unsere Aufgabe der HIV-Prävention wahrzunehmen*. Bekannt ist, daß Leute in Haft weiterfixen. Daß ein großes Ansteckungsrisiko besteht, erfahren die Insassen von Witzwil bei ihrem Eintritt: sie werden durch den Direktor, Herrn König selbst, gewarnt. Sie erfahren dabei, daß der beste Schutz gegen eine HIV-Infektion der Verzicht auf Drogen sei. Wer sich minimal mit der Suchtproblematik auseinandergesetzt hat, weiß, daß dieser Hinweis gerade in Stress-Situationen – wie z.B. der Freiheitsentzug eine ist – nicht so einfach zu befolgen ist.

Der Drogenkonsum an sich in den Gefängnissen ist nicht unser Problem. Unser Problem ist, *daß Drogenkonsumierende aktiv am Schutz vor einer HIV-Infektion gehindert werden*. Wohl ist jetzt nach Jahren des mühsamsten Streits um HIV-Prävention und drogenpolitische Gegenargumente ein wissenschaftlich begleitetes AIDS-Präventions-Projekt inkl. Spritzenabgabe in Hindelbank geplant. Die gleichen drogenpolitischen Argumente notabene wurden vom Kantonsarzt Kistler *schon 1995 in Zürich* für sein Verbot der Spritzenabgabe auf der Gasse angeführt und hatten zahlreiche Ansteckungen zur Folge (über die man/frau sich heute im Nachhinein kopfschüttelnd entrüstet...). Bis zur Realisierung und Auswertung des Projekts in Hindelbank in ungefähr zwei Jahren wird *wissentlich nicht nur in Kauf genommen, daß sich weiterhin Leute mit HIV anstecken, sondern sie werden am Schutz vor einer Infektion gehindert. Wir können und wollen das nicht mitverantworten*.

Wir fordern Herrn Prof. A. Baechtold auf, unsere Kontaktsperre mit den Gefangenen aufzuheben und uns eine seriöse HIV-Prävention in den Gefängnissen im bisherigen Rahmen zu ermöglichen.

AIDS-Hilfe Bern, 21. Dezember 1993
Vorstand und MitarbeiterInnen

Presseecho

Tages-Anzeiger 22/12/93 Drogen sind leichter erhältlich als saubere Spritzen

Weil sie durch das Verteilen von Spritzen in der Strafanstalt Witzwil Regeln verletzt hat, darf die AIDS-Hilfe Bern diese Kontakte vorderhand nicht mehr pflegen. Die AIDS-Hilfe-Leute sprechen von einer Vermischung der Prävention mit der Drogenpolitik.

Eines ist unbestritten: Illegale Drogen sind Bestandteil des Alltags in Gefängnissen, und das wird so bleiben. „Wir können nicht mit angemessenen Mitteln verhindern, daß Drogen reinkommen, sonst müßten wir die Anstalten wieder völlig isolieren“, sagt Andrea Baechtold, Vorsteher des kantonalen Amtes für Freiheitsentzug und Betreuung. Bestritten ist aber, welche Konsequenzen dar-

aus zu ziehen sind. Im Kanton Bern wurde die Diskussion neu entfacht, nachdem die AIDS-Hilfe Bern in der Strafanstalt Witzwil in Einzelfällen sterile Spritzen verteilte, damit Regeln verletzte und deshalb im Moment keine individuellen Kontakte zu Gefangenen mehr unterhalten darf (BZ vom Dienstag). Spritzen dürfen nicht verteilt werden, weil auch Drogen im Strafvollzug nicht toleriert werden.

Diese Politik ist für die AIDS-Hilfe Bern nicht nachvollziehbar. Bei der Güterabwägung zwischen anstaltsinternen Regeln und „dem Interesse einzelner Menschen, sich vor einer Infektion mit möglicher Todesfolge zu schützen, haben wir uns sowohl aus fachlichen wie aus ethisch-moralischen Gründen nur für das zweite entscheiden können“, teilt sie mit. Sie finde es ohnehin „ärgerlich, daß HIV-Prävention noch immer mit Drogenpolitik vermischt wird.“ Die grundsätzliche Forderung der AIDS-Hilfe ist eindeutig: Wer in Gefängnissen Drogen spritzt, muß freien Zugang zu sterilem Material haben.

Abwägen der Ziele

Ein Zielkonflikt sei unbestreitbar, gibt Andrea Baechtold zu: „Wenn Drogen da sind, aber keine sterilen Spritzen, dann werden diese getauscht und es besteht ein HIV-Ansteckungsrisiko. Auf der anderen Seite steht der Vollzugauftrag, die Insassen auf ein konformes Leben vorzubereiten. Weil Drogen illegal sind, müssen wir einen Beitrag leisten, daß sie davon wegkommen.“ Es müsse angestrebt werden, beide Ziele möglichst optimal zu erreichen, meint Baechtold. Nicht weil die AIDS-Hilfe bei der Abwägung zu einem anderen Schluß komme, werden ihr laut Andrea Baechtold vorderhand die Kontakte zu den Insassen unter sagt, sondern „weil die Anstalten nur mit externen Leuten zusammenarbeiten könnten, wenn sich diese an die Regeln halten“.

Der Kanton sei bereit, die Regeln zu überprüfen und neue Wege zu gehen, führt Andrea Baechtold aus. Deshalb beginne 1994 in der Frauenanstalt Hindelbank ein einjähriges Projekt mit einer AIDS-Prävention-Beratung: „Dazu gehört auch die Abgabe von Spritzen.“ Dieses Vorgehen ist der AIDS-Hilfe zu langsam: „Bis zur Realisierung und Auswertung des Projektes in ungefähr zwei Jahren wird wissentlich nicht nur in Kauf genommen, daß sich weiterhin Leute mit HIV anstecken, sondern sie werden am Schutz vor einer Infektion gehindert“, hält die AIDS-Hilfe fest. Das könne und wolle sie nicht mitverantworten.

„Hat uns erschreckt“

Aufgrund ihrer Erfahrungen sei bei den Insassen der Anteil jener relativ hoch, die weiter oder im Gefängnis neu Drogen konsumieren, hält die AIDS-Hilfe fest. „Auch die Häufigkeit des gemeinsamen Spritzengebrauchs von uns bekannten HIV-positiven Gefangenen mit anderen ist groß und hat uns erschreckt.“ Getauscht werde, obwohl das Wissen zur Prävention vorhanden sei. Bei den Gefangenen sei die Not spürbar, daß sie „an der Umsetzung ihres Wissens in die Praxis gehindert werden und sich somit wissentlich einer Ansteckung aussetzen müssen“. In dieser „extremen Situation“ habe die AIDS-Hilfe versucht, Möglichkeiten zur Spritzenreinigung zu zeigen oder gelegentlich gezielt sogenannte „flash-sets“ mit Spritzen abzugeben.

Die AIDS-Hilfe fordert Andrea Baechtold auf, „die Kontaktsperre mit den Gefangenen aufzuheben und uns eine seriöse HIV-Prävention in den Gefängnissen im bisherigen Rahmen zu ermöglichen“. Der Angesprochene kann sich zur Zukunft nicht äußern. Nach dem Vorfall in Witzwil sei bei der AIDS-Hilfe am 17. Dezember eine Stellungnahme verlangt worden, sagte Baechtold. „Ich habe jetzt noch keine Vorstellungen, wie wir auf die Antwort reagieren werden.“

Adrian Schmid

DER BUND 29.01.94

HINDELBANK/Weltweit erstmaliges Projekt in der Berner Frauenanstalt Ab April Spritzen im Gefängnis

Im April wird in der Frauenstrafanstalt Hindelbank mit der Abgabe von Spritzen an drogenabhängige Insassinnen begonnen – trotz dem Widerspruch, daß der Drogenkonsum an sich verboten bleibt.

Beim Hindelbanker Versuchsprogramm handelt es sich laut Prof. Andrea Baechtold, dem Vorsteher des Amtes für Freiheitsentzug und Betreuung der kantonalen Polizeidirektion, „um eine Weltpremiere“: Im Interesse der AIDS- und Hepatitis-Prophylaxe werden saubere Spritzen an Heroin konsumierende Frauen abgegeben.

Der Spritzentausch erfolgt an einem Automaten, so daß auch die Entsorgung der alten Spritzen gewährleistet ist. Der Versuch sei „kein Selbstbedienungsladen“, betont Baechtold, er sei eingebettet in eine intensive Beratung vor Ort, die auf eine Verringerung des Drogengebrauchs abziele.

Drogen würden selbstverständlich keine abgegeben, die müßten weiterhin „irgendwie“ beschafft werden – illegal.

Mit dem Widerspruch leben

Mit dem Widerspruch Drogenverbot einerseits, Spritzenabgabe andererseits müsse man leben lernen, sagt Baechtold. Es gebe in diesem Bereich bei allem, was man tue, Widersprüche. Auch in andern Schweizer Anstalten würden über den ärztlichen Dienst schon Spritzen abgegeben, jedoch sehr selektiv und nur in Einzelfällen. Als eigentliches Programm sei das Vorhaben in Hindelbank, über das im Detail noch informiert werde, aber absolut neuartig. Auch in Deutschland, Holland und Skandinavien gebe es nichts Vergleichbares.

Auf die Frage, ob ein solches Spritzenabgabe-Programm auch in einer Männeranstalt denkbar wäre (angesichts der Tatsache, daß man einem Häftling mit einer Spritze ja eine Waffe in die Hand gibt), sagt Baechtold: „Irgend eine gebrauchte und vielleicht infizierte Spritze können sich die Insassen alleweil besorgen, wenn sie eine benötigen. Eine unsaubere Spritze ist aber in jedem Fall gefährlicher als eine saubere, auch für die Mitarbeiter.“

Ein völlig drogenfreies Gefängnis ist nach Meinung Baechtolds eine Illusion. Man wisse weltweit, daß das nicht möglich sei.

Tages-Anzeiger 22.12.93

Der Spritzenstreit in der Strafanstalt Witzwil AIDS-Fachleute nach Spritzenabgabe ausgesperrt Von Beat Liniger, Bern

Mitarbeitende der Berner AIDS-Hilfe haben Anfang Dezember an drogenabhängige Insassen in der Strafanstalt Witzwil unerlaubterweise saubere Spritzen verteilt. Als die Sache bekannt wurde, griff die kantonale Polizeidirektion hart durch. Bis auf weiteres darf die AIDS-Hilfe keinen Kontakt mehr mit Inhaftierten aufnehmen. Die Berner AIDS-Fachleute protestieren vehement gegen die Aussperrung. Eine seriöse AIDS-Prävention sei in den Gefängnissen dringend nötig, finden sie.

Während Fixerinnen und Fixer heute in der ganzen Schweiz sterile Spritzen beziehen können, ist die Abgabe von Injektionsmaterial im Strafvollzug immer noch ein Tabu. Umstritten ist dabei vor allem eine Frage: Sollen Süchtige, die wegen Drogendelikten in Gefängnissen einsitzen, am gleichen Ort auch saubere Nadeln erhalten? Nein meint etwa die Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren. Nein, sagen auch die meisten Gefängnisdirektoren. Das Drogenverbot aufrechtzuerhalten und gleichzeitig Spritzen zu verteilen, sei geradezu schizophoren. Sauberes Injektionsmaterial soll – wenn überhaupt – nur im Rahmen von wissenschaftlichen Versuchen abgegeben werden.

AIDS-Fachleute sind da anderer Meinung. „Drogen gehören trotz Verboten und Kontrollen zum Gefängnisalltag. Deshalb ist auch eine wirksame AIDS-Prävention wichtig“, sagt Béatrice Aebersold von der Geschäftsleitung der Berner AIDS-Hilfe. Bloße Information, wie sie in einigen Strafanstalten häppchenweise verabreicht wird, reiche nicht.

„Desolate Zustände“

Die AIDS-Fachleute schritten in der Männerstrafanstalt Witzwil deshalb zur Tat: Insgesamt 30 Präventionssets mit sauberen Spritzen gaben sie an drogensüchtige Insassen weiter. Das Ansteckungsrisiko sei in Witzwil sehr groß, es herrschten „desolate Zustände“, sagt Aebersold. Häufig verwendeten HIV-Positive und andere Gefangene gemeinsam Spritzen. Aebersold schätzt, daß fast die Hälfte der 180 Insassen drogensüchtig oder HIV-positiv ist.

Als die Berner Polizeidirektion Wind von der Sache bekam, griff sie hart durch. Sie verfügte für die AIDS-Hilfe eine Kontaktsperre zu den Insassen sämtlicher Anstalten. Die AIDS-Fachleute hätten „klare Vorschriften“ verletzt, sagt Andrea Baechtold von der Berner Polizeidirektion.

Die Berner AIDS-Hilfe protestiert gegen diese Maßnahme. Man habe das saubere Besteck aus fachlichen und ethischen Grundsätzen abgegeben, um die extreme Situation in der Anstalt wenigstens minimal zu beeinflussen, heißt es in einem Communiqué der AIDS-Hilfe.

Spritzenabgabe bisher nur in einem Gefängnis

Wie steht es in anderen Kantonen mit der Spritzenabgabe? Bis jetzt gibt es diese Form von AIDS-Prävention nur in der Strafanstalt Oberschöngrün in Solo-

thurn. Gemäß einem Regierungsratsbeschluß darf der Gefängnisarzt seit einem Jahr saubere Nadeln an die Häftlinge abgeben. Nach Angaben von Christoph Schaefer, stellvertretender Direktor der Anstalt, ist das Projekt nicht wissenschaftlich begleitet: „Wir machen es einfach, weil es nötig ist.“

Im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Pilotversuchs soll sauberes Besteck ab Frühling in der Berner Frauenstrafanstalt Hindelbank verteilt werden. Am Dienstag hat zudem der Basler Regierungsrat die Abgabe von Methadon und Spritzen an Gefängnisinsassen im Rahmen eines Versuchs bewilligt. Das Bundesamt für Gesundheitswesen will solche Projekte finanziell unterstützen.

Kein Thema ist die Spritzenabgabe in der Zürcher Strafanstalt Regensdorf. Seit längerem erhalten dort die Insassen eine Taschenapotheke, mit der sie auch Spritzen desinfizieren können. Gemäß Schätzungen sind in den Schweizer Strafanstalten bis zu 20% der Insassen HIV-positiv.

Berner Tagwacht 21.12.93

Kantonales Amt verhängt Gesprächssperre mit Häftlingen Maßlose Sanktion gegen AIDS-Hilfe Bern

Massive Vorwürfe an die Adresse der AIDS-Hilfe im Kanton Bern: Das zuständige kantonale Amt hält der AIDS-Hilfe vor, sie hätte mit der Spritzenabgabe in der Strafanstalt Witzwil „klare Vorschriften“ verletzt. Das Amt verbietet deshalb der AIDS-Hilfe, mit den Inhaftierten individuelle Gespräche zu führen.

MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe Bern haben an drogenabhängige Insassen der Strafanstalt Witzwil im bernischen Seeland sterile Spritzen abgegeben. Ziel der Abgabe ist es, die Gefangenen vor einer Infizierung mit AIDS zu bewahren, zumal „hinlänglich bekannt ist, daß die Drogen in den Gefängnissen eine Realität sind und es viele HIV-Positive in den Strafanstalten gibt“, wie Ruth-Gaby Vermot, Präsidentin der bernischen AIDS-Hilfe, sagt.

Eine ganz andere Sicht der Dinge legt nun das kantonale Amt für Freiheitsentzug und Betreuung an den Tag: In einem Communiqué wirft es der AIDS-Hilfe vor, sie hätte „klare Vorschriften verletzt“. Deshalb hat das Amt die ihm unterstellten Anstalten und Heime sowie die Regional- und Bezirksgefängnisse kurzerhand angewiesen, bis zur Abklärung und Auswertung der Angelegenheit „individuelle Gespräche von Mitarbeitenden der AIDS-Hilfe Bern mit inhaftierten Personen nicht mehr zuzulassen.“ Die „unkontrollierte Abgabe“ von Spritzen stehe im „Widerspruch zum Vollzugauftrag“, sagte der Vorsteher des Amtes, Andrea Baechtold, der SDA auf Anfrage.

Pauschalvorwürfe an AIDS-Hilfe

„In dem Anstaltsreglement steht von Spritzen kein Wort“, hält dem Ruth-Gaby Vermot entgegen. Weiter verwehrt sie sich gegen den Pauschalvorwurf der „unkontrollierten“ Spritzenabgabe: „Wir haben nicht kreuz und quer Spritzen abgegeben, sondern nur in Einzelfällen und aufgrund von vorhergehenden Gesprächen mit den Betroffenen.“ Außerdem habe bei der AIDS-Hilfe sehr wohl eine Güterabwägung stattgefunden: Zwischen der Einhaltung anstaltsin-

terner Regeln, an denen seit Jahren nur aus politischen Gründen festgehalten werde, und dem Interesse einzelner Menschen, sich vor einer Infektion mit möglichen Todesfolgen zu schützen, habe sich die AIDS-Hilfe fürs zweite entschieden. Und, so Vermot: „Die bernischen und andere Anstalten kommen ihrer Pflicht zur Erhaltung der Gesundheit der Gefangenen nicht nach.“ Es sei nämlich eine Tatsache, daß Drogenabhängige in den Gefängnissen selbst behelfsmäßig Spritzen herstellten und gemeinsam gebrauchten, wenn sie sonst keine erhielten.

Auch erkannt haben will das Problem drogenabhängiger Gefangener der Vorsteher des kantonalen Freiheitsentzugs-Amtes, Andrea Baechtold. Für das erste Quartal 1994 sei in der Frauenstrafanstalt Hindelbank bereits ein Versuch mit der kontrollierten Abgabe von Spritzen geplant. Dieser soll in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheitswesen durchgeführt und später ausgewertet werden.

Berner Zeitung (BZ) 05.01.1994

Andrea Baechtold: „Wir wollen zuerst abklären, was Spritzenabgabe überhaupt bringt“

Illegale Spritzenabgabe in Witzwil, unglückliche Aussage des Thorberg-Direktors, scheinbar freie Zellen in Hindelbank: Andrea Baechtold, starker Mann im bernischen Gefängniswesen, äußert sich zu jüngsten Schlagzeilen rund um die Strafanstalten.

BZ: Andrea Baechtold, Sie sind seit rund einem Jahr Chef des Amtes für Freiheitsentzug und Betreuung. Ist Ihnen die Gesundheit der Gefangenen egal?

Andrea Baechtold (AB): Natürlich nicht. Die Behörden sind verpflichtet, für die Gesundheitsvorsorge ihrer Insassen zu sorgen.

BZ: Sie haben aber die Abgabe sauberer Spritzen durch die AIDS-Hilfe in Witzwil verboten.

AB: Wenn wir im Vollzug mit anderen Organisationen zusammenarbeiten, so sind wir darauf angewiesen, daß diese sich an die Abmachungen halten und nicht klammheimlich klare Regeln verletzen.

BZ: Sie wußten also vorher nicht, daß die AIDS-Hilfe Spritzen abgab?

AB: Nein. Und die kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren haben beschlossen, daß keine Spritzen abgegeben werden. Allerdings haben wir ja im Sinn, in Hindelbank ein Pilotprojekt für Spritzenabgabe zu starten. Wir wollen dort kontrolliert abklären, was dies überhaupt bringt. Dieses innovative Vorhaben darf nicht unbedacht aufs Spiel gesetzt werden.

BZ: Ein weiteres Thema, das kürzlich für Schlagzeilen sorgte: Der designierte Thorberg-Direktor Peter Rosatti sorgte nach seiner Wahl für Aufruhr, als er im „Bund“ sagte, die Resozialisierung der Häftlinge sei höher zu gewichten als die Sicherheit der Bevölkerung. Hatten Sie da den Eindruck, Sie hätten den falschen Mann gewählt?

AB: Peter Rosatti rief mich unmittelbar nach der Veröffentlichung an und sagte, seine Aussage sei unvollständig und damit ungenau wiedergegeben worden. Er meint nicht, die Wiedereingliederung sei wichtiger als die Sicherheit.

BZ: Wie war denn die Aussage genau zu verstehen?

AB: Er sagte durchaus, daß die Wiedereingliederung eine sehr wichtige Aufgabe des Strafvollzugs sei, die auch zur Wiederherstellung der Sicherheit der Bevölkerung beitrage. Im übrigen seien die verschiedenen Aufgaben des Vollzugs differenziert zu werten und eine Interessenabwägung vorzunehmen.

BZ: Auf dem Strafvollzug lastet zur Zeit ein gewisser politischer Druck; er müsse härter werden. Mit Peter Rosatti hat die Regierung einen Thorberg-Direktor gewählt, der als Heimleiter eine sozialpädagogische Ausrichtung hat. Zeigt das, daß der Strafvollzug im Kanton Bern trotz des Drucks in der bisherigen Richtung weitergehen soll?

AB: Die Sicherheitsaufgaben sind gerade bei einer Anstalt wie dem Thorberg außerordentlich wichtig. Deshalb verfügt die Anstalt über einen guten Sicherheitsdienst, der in allen Vollzugsfragen ein gewichtiges Wort mitzureden hat. Gleichzeitig müssen zusammen mit den Mitarbeitern Bedingungen geschaffen werden, daß die Gefangenen ihre Strafe sinnvoll verbüßen können. Und daher ist uns Peter Rosatti vor allem als erfahrener, langjähriger Leiter einer komplexen Einrichtung sehr wichtig. Denn die Personalführung einer Anstalt wie dem Thorberg unterscheidet sich nicht sehr von der einer anderen ständigen Einrichtung. Wir hätten uns auch einen Juristen oder einen Mann mit primär Managementenerfahrung vorstellen können. Wichtig ist aber, daß ein Anstaltsdirektor auch soziales Interesse mitbringt, denn es geht ja um Menschen.

BZ: Noch ausstehend ist die Wahl der neuen Direktorin oder des neuen Direktors für die Frauenstrafanstalt Hindelbank. Wird das auch jemand sein mit sozialpädagogischer Ausrichtung?

AB: In Hindelbank ist der Sicherheitsaspekt nicht so dramatisch wichtig wie auf dem Thorberg, weil Frauen weniger gewalttätig sind und für die Bevölkerung keine dermaßen große Gefährdung darstellen. In Hindelbank sind vorab die Gesundheitsprobleme der Frauen besonders schwerwiegend. Wir müssen aber auch dort jemanden finden, der für alle Bereiche Verständnis hat.

BZ: Gibt es eine Direktorin?

AB: Das wäre unser Wunsch.

BZ: Sie haben ja Bewerbungen.

AB: Wir sind daran, die weiter zu prüfen.

BZ: Weshalb geht das so lange?

AB: Das ist ein relativ kompliziertes und differenziertes Verfahren, das wir uns aber leisten können. Denn es kommt nicht darauf an, ob die Nachfolge von Direktor Peter Eggen einen Monat früher oder später geregelt wird: Das Team in Hindelbank, das die Übergangsbefehlshaber wahrnimmt, ist durchaus in der Lage, das zu tun.

BZ: Wann wird gewählt?

AB: Ich gehe davon aus, daß die Regierung im Februar wählt.

BZ: Stichwort Hindelbank: Die als ausgelastet geltende Anstalt kam kürzlich in die Schlagzeilen, weil angeblich 30 Zellen nicht belegt sind. Ist es nicht vorab schlimm, daß die Polizeidirektion das nicht wußte?

AB: Auch das war ein Mißverständnis: Die Umfunktionierung der rund 30 Zellen liegt ein Jahrzehnt zurück, das hat die Polizeidirektion natürlich gewußt.

BZ: Aber vergessen?

AB: Wenn Sie so wollen, ja. Vor zehn Jahren mußten im Zusammenhang mit dem Neukonzept dem Gruppenvollzug einige Zellen geopfert werden. Das war ein politischer, strategischer Entscheid.

BZ: Die Meldung in der „Sonntags-Zeitung“ war demnach eine Ente?

AB: In meinen Augen eindeutig. Das war kalter Kaffee.

BZ: Aber es zeigt doch, daß es bei der Gefängnisaufsicht noch hapert.

AB: Aufsicht ist natürlich eine schwierige Aufgabe. Die Voraussetzungen waren bisher relativ schlecht, weil das bisherige Gefängnisinspektorat keine vorge-setzte Stelle der Anstalten war, sondern eine Stabstelle des Polizeidirektors. Mit dem neuen Amt für Freiheitsentzug und Betreuung wurde das geändert, wir haben jetzt bessere Voraussetzungen. Wichtig wird aber die Präventivkontrolle sein. Deshalb werde ich in diesem Jahr für die einzelnen Anstalten konkrete Leistungsaufträge formulieren.

BZ: Wie wollen Sie erfahren, was die Gefängnisdirektoren machen? In der Vergangenheit wußte man das ja nicht immer.

AB: Zum einen müssen wir ein Klima schaffen, in dem die Informationen von unten, dem Gefängnispersonal, bis zu uns hinauf kommen. Über Probleme und Fehler muß gesprochen werden können, damit wir sie vernünftig lösen können. Dann gibt es die Fachkommissionen für jede Anstalt und regelmäßige Amtskonferenzen mit allen Leitern von Einrichtungen und Abteilungen. Zudem werden wir versuchen, für gewisse Fragen Indikatoren zu entwickeln. Ein banales Beispiel. Wenn Sie wissen wollen, wie es dem Personal geht, dann müssen sie schauen, wie häufig die Leute krank sind.

BZ: Den Gefängnisdirektoren, die ja in der Vergangenheit eine beträchtliche Macht hatten, wird also besser auf die Finger geschaut?

AB: Traditionell hatte ein bernischer Gefängnisdirektor eine Stellung, die fast so wichtig war wie die eines Regierungsrats. Wobei es sehr wichtig ist, daß die Anstaltsleiter auch ihre Bewegungsfreiheit haben, daß von der Basis her Initiativen entwickelt werden können. Wir haben die Kompetenzen sehr klar geregelt, und diese Regelung ist nach wie vor sehr delegativ. Wir möchten die Anstaltsleiter durch kritische Begleitung so unterstützen, daß sie ihre Anstalten, das heißt die Mitarbeiter und die Eingewiesenen, gut führen können.

Interview: Henry Habegger

JOACHIM NELLES, SANDRA BERNASCONI, BERNHARD BÜRKI,
HANS PETER HIRSBRUNNER, CHRISTINE MAURER UND DORIS WALDVOGEL

DROGEN- UND AIDS-PRÄVENTION IM GEFÄNGNIS: PILOTPROJEKT MIT FREIER SPRITZENABGABE IN DEN ANSTALTEN HINDELBANK BEI BERN/SCHWEIZ

Projektentwicklung

Am 16. Mai 1994 konnte nach mehrjährigen Vorbereitungsarbeiten in den Anstalten Hindelbank ein auf 12 Monate Dauer ausgerichtetes Pilotprojekt zur Drogen- und AIDS-Prävention im Gefängnis beginnen, das eine freie Zugänglichkeit zu sterilem Spritzenmaterial einschließt¹. Voraussetzung für den Start war die Einwilligung verschiedener politischer Instanzen; das Projekt war erstmals im Juli 1991 auf dem Hintergrund einer in Hindelbank vom Anstaltsarzt durchgeführten Untersuchung offiziell beantragt worden (Bachmann 1991).

Das Bundesamt für Gesundheitswesen in Bern (BAG) erteilte den Autoren Nelles und Bürki 1992 im Einvernehmen mit der Polizeidirektion des Kantons Bern – der für den Vollzug zuständigen Exekutivbehörde – den Auftrag zur Erarbeitung eines Grobkonzepts², das die Basis des im Februar 1994 vorgelegten aufgetrennten Feinkonzepts „Prävention“ und „Evaluation“ bildete (Bürki 1994, Nelles et al. 1994).

Leiter des Pilotprojektes ist Prof. Andrea Baechtold, Vorsteher des Amtes für Freiheitsentzug und Betreuung in Bern. Leiter der Präventionsarbeiten ist Dr. Bernhard Bürki, hierfür in Anstellung beim vorgenannten Amt. Die Begleitevaluation wird von Dr. Joachim Nelles, Psychiatrische Universitätsklinik Bern, geführt³.

Die Projektkosten, insgesamt etwa 500.000 Franken, trägt fast gänzlich das Bundesamt für Gesundheitswesen, das dem Projekt eine prioritäre Stellung in seiner AIDS-Präventionsarbeit im Strafvollzug einräumt⁴.

Thematischer Hintergrund

Bereits 1988 forderte die parlamentarische Versammlung des Europarats, „als letzten Ausweg auch im Gefängnis sterile Einmalspritzen und sterile Nadeln für intravenös injizierende Drogenabhängige zur Verfügung zu stellen“ (Protokoll vom 30.6.1988). Die Richtlinien der WHO zur HIV-Prävention und AIDS-Prophylaxe enthalten die Empfehlung, daß „in Ländern, in welchen in den Gemeinden steriles Injektionsmaterial abgegeben wird, Überlegungen angestellt werden sollten, steriles Injektionsmaterial auch im Gefängnis anzubieten, und zwar während der Inhaftierung und bei der Entlassung“ (WHO 1993). In der Schweiz decken sich die Empfehlungen der AIDS-Kommission und des Bundesamts für Gesundheitswesen in Bern mit diesen Voten des Europarats und der WHO (BAG 1991, 1993 a und 1993 b).

Die genannten Empfehlungen dürften in den unter Fachleuten heute unumstrittenen Erkenntnissen begründet sein, daß ungeschützter sexueller Verkehr (hetero- und homosexuell) und der Tausch von gebrauchten Nadeln und Spritzen unter intravenös injizierenden Drogenabhängigen die wichtigsten Übertragungswege für eine HIV-Infektion darstellen. Beide Risiken lassen sich, wie die bisherigen HIV-Präventionsmaßnahmen zeigen, effizient durch den Gebrauch von Kondomen und die Benutzung von sterilen Einmalspritzen reduzieren. Die Abgabe von sterilen Spritzen und die öffentliche Propagierung von Kondomen sowie deren Verteilung an Risikogruppen stellen daher international etablierte technische Hilfsmittel in der HIV-Prävention dar (O'Hare 1992, Stöver 1992).

Die Spritzenabgabe könnte aber, je nach Interpretation des gesetzlichen Drogenverbots, juristisch grundsätzlich als Beihilfe zum Drogenkonsum angesehen werden und demnach entsprechende strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. In der Schweiz wurden in den letzten Jahren verschiedene strafrechtliche Gutachten zur Interpretation der Art. 19 und 19a des Schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes von 1951, in der revidierte Fassung von 1971, verfaßt. Danach werden durch das Verteilen von Spritzen und von Injektionsmaterial keine Straftatbestände im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes erfüllt (Stratenwerth 1987). Auch ist der therapeutisch begleitete Konsum illegaler Drogen in Fixerräumen (Schultz 1989) und sogar die Verschreibung von Heroin an Drogenabhängige möglich (BAJ 1990), letzteres jedoch nur im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen. Auch die Beschlagnahme sterilen Injektionsmaterials ist aus strafrechtlicher Sicht nicht gerechtfertigt (Stratenwerth 1992).

In den größeren Städten der Schweiz sind seit Jahren 1:1-Spritzenaustauschautomaten aufgestellt. In einigen Großstädten werden, ebenfalls seit Jahren, Fixerräume ohne besondere Vorkommnisse betrieben. Im Februar dieses Jahres sind auch die ersten – 1992 vom Bundesrat der Schweiz bewilligten – Heroin-Verschreibungsprojekte angelaufen (Nelles 1992). Neben der Spritzenabgabe, die sich fest etabliert hat, genießen auch Fixerstube und Heroinverschreibung zunehmende Akzeptanz in der Öffentlichkeit.⁵ Die öffentliche Propagierung von Kondomen und deren Abgabe an besonders Gefährdete ist unbestritten, auch im Strafvollzug.

Obschon die Abgabe von Spritzen im Gefängnis in einem gesonderten Gutachten ebenfalls als strafrechtlich unbedenklich ausgewiesen wurde (Bundesamt für Justiz 1992), blieb diese HIV-Präventionsmaßnahme im Vollzug eine äußerst umstrittene und politisch hochbrisante Angelegenheit. Warum? Es dürfte in erster Linie die Diskrepanz zwischen dem Drogenverbot und einer potentiellen Mithilfe zum Drogenkonsum durch die Abgabe von Spritzen sein, die im Gefängnis wesentlich krasser zum Ausdruck kommt als in der übrigen Gesellschaft. Es ist auch der aus dem Gesundheitsgesetz ableitbare generelle Widerspruch zum Betäubungsmittelgesetz (Maßnahmen zur Vermeidung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten stehen dem Anspruch auf ein totales Drogenverbot gegenüber), der innerhalb der Gefängnismauern viel deutlicher wird und breite Widerstände auslöst. Ein weiterer Grund mag in der Befürchtung bestehen, der freie Zugang zu sterilen Spritzen verstärke den Drogenkonsum. Die Abgabe von Spritzen bedeutet aber grundsätzlich nichts anderes, als daß im Sinne einer konsequentialistischen Ethik die Minimierung von Risiken des Drogenkonsums vor das gesetzliche Drogenverbot gestellt wird, ohne dabei den

generellen Anspruch auf Drogenfreiheit aus den Augen zu verlieren (Ringeling 1992).

Mit der Spritzenabgabe wird die Diskrepanz zwischen dem Anspruch auf Drogenfreiheit und der Wirklichkeit schonungslos offengelegt. Die daraus resultierenden, vor allem politisch motivierten Widerstände haben sich nicht nur in der Schweiz geregigt. Nach unserer Kenntnis gibt es weltweit bis heute in keinem Gefängnis ein offiziell eingeführtes HIV-Präventionsprogramm, das eine freie Spritzenabgabe einschließt⁶. Und dies, obwohl in zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen dokumentiert ist, daß Drogenkonsum, i.v.-Applikation eingeschlossen, im Gefängnis weitergeführt wird, die HIV-Seroprevalenz je nach Studie 1,5 bis 17% beträgt und der Tausch von benutzten Spritzen und Injektionsnadeln auch unter HIV-positiven Insassen verbreitet ist (u.a. Harding 1987, Kleiber 1990, AIDS Surveillance in Europe 1991, Brewer et al. 1992, Heide 1992 und Shewan et al. 1993). Das trifft auch auf die Verhältnisse in der Schweiz und namentlich auf die Anstalten in Hindelbank zu. Zwei informelle Untersuchungen erbrachten hier folgende alarmierenden Resultate: 40 bis 50% der Insassinnen waren drogenabhängig; der Drogenkonsum wurde mehrheitlich auch in der Anstalt selber fortgesetzt (intravenöse Zufuhr eingeschlossen, wobei die Applikationen mehrmals täglich erfolgten); 15 von 22 bzw. 6 von 10 Insassinnen gaben an, vorbenutzte Spritzen ausgetauscht zu haben – 12, respektive 5 von ihnen mit mehr als 3 Kolleginnen (Bachmann 1991).

Drogen- und HIV-Prävention

Grundlegende Betrachtungen

Für die Drogen- und AIDS-Präventionsarbeit im Gefängnis gelten die gleichen Prämissen wie für die Drogen- und AIDS-Prävention in den Gemeinden: Die Präventionsarbeit darf sich nicht allein auf technische Präventionsmittel beschränken. Sie sollte vielmehr folgende Ziele verfolgen:

- Verbesserung des Wissens über Drogen, Drogenkonsum, HIV-Infektionen und AIDS bei den Gefangenen und beim Personal;
- Erhöhung der Kompetenz des Personals in der eigenständigen Betreuung von drogenabhängigen oder hiervon mittelbar betroffenen Insassinnen oder Insassen;
- Veränderung der persönlichen Einstellung und soweit möglich des Verhaltens bezüglich Drogenkonsum und HIV-Risikofaktoren.

Für mittelbar oder unmittelbar vom Drogen- oder HIV-Problem betroffene Insassinnen und Insassen kann mit der Präventionsarbeit zusätzlich die medizinische und psycho-soziale Betreuung während der Inhaftierung verbessert werden, gerade für jene Menschen, die persönliche Unterstützung oder Therapie benötigen.

Eine begleitende Evaluation erlaubt, bezogen auf die Insassinnen und Insassen wie auf das Anstaltspersonal, eine Überprüfung der Effizienz der Präventionsarbeiten und der Akzeptanz dieser Maßnahmen, und zwar sowohl in den beiden genannten Personengruppen als auch in der Öffentlichkeit. Eine Evaluation bietet zudem die besondere Chance, detailliertere Kenntnisse über die Prävalenz von HIV-Infektionen, viralen Gelbsuchtformen und Geschlechtskrank-

heiten in der Insassenpopulation zu erhalten, sowie deren physischen und psychischen Gesundheitszustand über eine längere Zeitperiode verfolgen zu können. Schließlich schafft die Begleitevaluation die erforderlichen Grundlagen, um generelle und praxisrelevante Empfehlungen für eine effiziente Drogen- und AIDS-Prävention im Strafvollzug zu erarbeiten.

Bei der Durchführung des Pilotprojekts finden folgende Grundsätze Beachtung: Mit dem Ziel einer möglichst objektiven Beurteilung der Präventionsmaßnahmen werden Prävention und Evaluation voneinander getrennt durchgeführt. Die Präventionsangebote und Begleituntersuchungen betreffen im wesentlichen sowohl die Insassinnen als auch das Personal. Die Teilnahme an den Präventionsveranstaltungen sowie den Untersuchungen erfolgt auf der Grundlage von Freiwilligkeit, „informed consent“ und der Wahrung eines ausgedehnten Datenschutzes. Eine rollende Evaluation (rasche Auswertung der Daten nach den jeweiligen Erhebungszeitpunkten und Rückmeldung an die Präventionsgruppe) erlaubt eine Anpassung der Präventionsarbeit an die Bedürfnisse der Insassinnen. Die Präventionsarbeit kann unter Umständen vorzeitig abgebrochen werden, wenn unvorhergesehene und unerwünschte Entwicklungen eintreten und sich diese nicht durch geeignete Anpassungsbemühungen beheben lassen (z.B. deutlich erhöhter Drogenkonsum, damit verbundene Zunahme von Zwischenfällen, Nutzung von Spritzen zu kriminellen Handlungen).

Konzept Drogen- und HIV-Präventionsarbeit

Alle Interventionen im Rahmen des Pilotprojekts, mit Ausnahme der Spritzenabgabe, richten sich, wie bereits erwähnt, an die Insassinnen und an das Personal, denn beide Gruppen sind vermeintlichen oder tatsächlichen Risiken ausgesetzt und stellen mögliche Multiplikatoren bezüglich der Problemkreise „Drogen und HIV-Infektion“ dar.

Ziel der Präventionsarbeit ist es, bei den Insassinnen das Wissen, die Einstellung und somit idealerweise auch das Verhalten zu verändern und beim Personal die Kompetenz im Umgang mit der Drogen- und AIDS-Problematik zu erhöhen. Insbesondere sollen Schäden durch Drogenkonsum und die Zahl der Neu- und Wiedereinstiege in den Drogenkonsum reduziert und Re-Infektionen mit gefährlichen Erregern (HIV, Hepatitis B- und C-Virus etc.) verhindert werden.

Mittel zum Ziel sind: Angebot von größeren Informationsveranstaltungen in monatlichen Abständen; vertiefende und persönlichere Bearbeitung von Themen in kleinen, möglichst konstanten Arbeitsgruppen, mindestens wöchentlich angeboten; persönliche Sprechstunden für eine medizinische oder psychosoziale Beratung, Betreuung oder Behandlung, mehrfach wöchentlich und zusätzlich bei Bedarf vorgesehen; regelmäßige freiwillige körperliche Untersuchungen und Blutentnahmen für spezifische Labortests. Als weitere Arbeitsinstrumente dienen spezielle schriftliche und audiovisuelle Hilfsmittel (Informationschriften, Tonbandkassetten, Videos etc.).

Es wird versucht, den verschiedenen nationalen und damit sozio-kulturellen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Dementsprechend werden die verschiedenen Veranstaltungen zeitlich getrennt in deutscher, spanischer, englischer und französischer Sprache durchgeführt. Die Einzelsprechstunden finden, wenn immer möglich, in der Muttersprache der Benutzerinnen statt. Sie stehen auch dem Personal zur Verfügung.

Im Hinblick auf die Nutzung anstaltsexterner Angebote im Drogen- und AIDS-Präventionsbereich im Anschluß an die Pilotprojektphase sowie zur erleichterten Anbahnung von Kontakten zwischen Insassinnen und VertreterInnen dieser anstaltsexternen Einrichtungen werden gezielt Institutionen der Drogenhilfe aus dem Kanton Bern wie die Stiftung Contact (Drogenberatungsstelle), das Plus (Alkohol- und Suchtberatung), die PWA (Selbsthilfegruppe „People with AIDS“), die Xenia (Prostituierten-Selbsthilfegruppe), die NA (Abhängigenselbsthilfegruppe „Narcotic Anonymous“) sowie die AIDS-Hilfe Schweiz einbezogen.

Einen bedeutenden Interventionsschritt stellt die Abgabe von sterilen Spritzen mit zugehörigem Desinfektions- und Injektionsmaterial dar. Beim ersten Sprechstundenbesuch erhalten die Insassinnen eine für Injektionen unbrauchbare Spritzenattrappe. Neueintretenden Insassinnen werden diese Attrappen zusammen mit entsprechenden Projektdokumenten am Eintrittstag vom Anstaltssekretariat abgegeben. Mit den Spritzenattrappen kann über einen frei zugänglichen und vom Personal nicht überwachten Spritzenaustauschautomaten eine für den Drogenkonsum geeignete sterile Spritze samt Zubehör bezogen werden. Die Spritzenaustauschautomaten befinden sich auf allen sechs Abteilungen der Anstalten in Hindelbank und können bis zum nächtlichen Einschluß frei bedient werden. Neben den Spritzenaustauschautomaten werden Hilfsmittel zur Einhaltung der Safer Sex-Regeln angeboten (Kondome, Femidome). Die Disziplinarordnung wurde von der Polizeidirektion dahingehend abgeändert, daß Spritzenbesitz während der Pilotphase grundsätzlich nicht mehr sanktioniert wird. Die Sanktionen bezüglich Drogenkonsum blieben unverändert.

Ein Sorgentelefon (mit 24-h-Service per Telefonanrufbeantworter) bietet allen Insassinnen und auch Angestellten der Anstalt die Möglichkeit, anonym mit der Präventionsgruppe in Kontakt zu treten.

Konzept der Begleitevaluation

Die Begleitevaluation orientiert sich an den folgenden Fragen:

- Wie effizient sind die Präventionsinstrumente, das Personal und die Insassinnen betreffend?
- Wie intensiv nutzen Personal und Insassinnen das Präventionsprogramm?
- Wie wird die Präventionsarbeit vor Ort von den Insassinnen und dem Personal akzeptiert?
- Wie reagiert die Öffentlichkeit außerhalb der Gefängnismauern auf das Projekt?
- Stehen Akzeptanz, Nutzung sowie Effizienz der Präventionsmaßnahmen in einem Zusammenhang mit den erhobenen sozio-demographischen Daten der Insassinnen (z.B. mit der Nationalität, dem Alter, dem Geschlecht oder der Bildung der Insassinnen)?

Die sozio-demographischen Daten (Insassinnen und Personal), das Wissen über HIV-Infektionen und AIDS (Insassinnen und Personal), das eigene Risikoverhalten bezüglich Drogenkonsum und HIV-Infektion (nur Insassinnen) sowie Effizienz und Akzeptanz der Maßnahmen (Insassinnen und Personal) werden mittels halb-standardisierter Interviews erfaßt.

Im Anschluß an die Messung vor Beginn der Interventionen sind Verlaufsmessungen nach 2, 4 und 6 sowie nach 12 Monaten vorgesehen, wie in der Abbildung 1 dargestellt. Veränderungen werden im 1. Halbjahr nach Beginn des Projekts erwartet. Die Verlaufserhebungen erfolgen deshalb in diesem Zeitraum gehäuft. Mögliche Auswirkungen des Präventionsprogramms auf der emotionalen Erlebnisebene werden bei Personal und Insassinnen mittels eines standardisierten Angst-Fragebogens erfaßt (State and Trait Anxiety Inventory, STAI, Spielberger 1970). Darüber hinaus werden alle Präventionsangebote (Informationsveranstaltungen, Gruppenveranstaltungen, individuelle Sprechstunden) von den BenutzerInnen und von den Veranstaltenden beurteilt. Der Spritzenverbrauch, besondere Vorkommnisse, Drogenkonsum und dabei aufgetretene Zwischenfälle, Resultate von körperlichen Untersuchungen und Laboruntersuchungen werden ebenfalls mittels standardisierter Erhebungsbögen erfaßt.

Abbildung 1: Übersicht über die Meßzeitpunkte in der Begleitevaluation

Vor-Untersuchung	Verlaufs-Untersuchungen	Schluß-Untersuchung
0	2 4 6	12 (Monate)
Insassinnen + Personal	jeweils Insassinnen + Personal	Insassinnen + Personal

Die Organisation der Erhebungen vor Ort wird von einer fest angestellten Mitarbeiterin der externen Evaluationsgruppe vorgenommen. Die Interviews werden beim Personal wie auch bei den Insassinnen ausschließlich von Frauen durchgeführt (Psychologinnen und Studentinnen der Psychologie in höherem Semester).

Die Untersuchungen zur Akzeptanz der Präventionsarbeit in der Öffentlichkeit sollen über eine Analyse von Berichten in den verschiedenen Medien erfolgen. Sie werden als eigenes Forschungsprojekt an eine universitäre Institution übertragen.

Das Evaluationskonzept wurde der Ethischen Kommission der Universität Bern zur Prüfung vorgelegt, von dieser als unbedenklich beurteilt und zur Durchführung freigegeben.

Schlußbetrachtungen

Für und Wider einer Spritzenabgabe im Strafvollzug

Aus HIV-prophylaktischer Sicht entspricht eine Präventionskampagne ohne Abgabe von Spritzen einer „halbherzigen“ Prävention. Die Tatsache, daß im Vollzug Drogen konsumiert und gebrauchte Spritzen und Nadeln auch unter HIV-positiven Abhängigen getauscht werden, lassen eine HIV-Neuinfektion im Ge-

fängnis mangels fehlender steriler Spritzen mehr als nur wahrscheinlich erscheinen, auch wenn bis heute ein solcher „Beweis“ noch nicht erbracht werden konnte. Daß ein schlüssiger Nachweis dieser Annahme bis heute ausblieb, mag in der Schwierigkeit liegen, Veränderungen der HIV-Prävalenz im Gefängnis und die Infektion im speziellen Einzelfall nachweisen zu können (Brewer 1992).

Jede Neuankommt infolge fehlender Präventionshilfen ist „eine Infektion zuviel“, auch wenn bis heute nicht bewiesen ist, daß eine HIV-Infektion unabdingbar zur Erkrankung an AIDS und zum Tode führt.

Es entspricht einer konsequentialistischen Ethik, die Minimierung der Infektionsrisiken dem Anspruch auf generelle Drogenfreiheit voranzustellen. Es ist aber nicht gänzlich ausgeschlossen, daß die Abgabe von Spritzen eine gewisse Signalwirkung zum Drogenkonsum beinhalten kann. Jede HIV-Präventionsarbeit einschließlich Spritzenabgabe muß deshalb von einer Drogenpräventionsarbeit begleitet werden, um dem möglichen Anreiz nach Drogenkonsum wirksam entgegenzutreten zu können.

Birgt die Abgabe von Spritzen Risiken?

Befürchtungen, die abgegebenen Spritzen könnten als Waffen z.B. gegen das Anstaltspersonal verwendet werden, tauchen bei der Diskussion dieser Thematik immer wieder auf. Spritzen gab es in den Institutionen bisher auch ohne offizielle Spritzenabgabe – und die Benutzung von Spritzen als Waffen gegen das Personal ist offenbar eine extreme Ausnahme geblieben, wie auch im Rechtsgutachten zur Spritzenabgabe im Gefängnis detailliert ausgeführt wurde (BAJ 1992).

Warum freie Spritzenabgabe?

Eine HIV-Infektionsprophylaxe ist vermutlich am wirksamsten und umfassendsten, wenn der Gebrauch von sterilen Spritzen während 24 Stunden ermöglicht wird – denn Drogen werden dann konsumiert, wenn sie die Konsumenten erreichen, und nicht zu Sprechstundenzeiten der Mitarbeitenden in Präventionsprogrammen. Spritzenaustauschautomaten sind die logische Konsequenz hiervon. Insassinnen und Insassen versuchen, das Risiko, entdeckt zu werden, niedrig zu halten, d.h. der Konsum erfolgt heimlich und überwiegend in der Freizeit, somit mehrheitlich außerhalb der üblichen Arbeitszeiten der Angestellten.

Die Abgabe von Spritzen an Vorausleistungen zu koppeln (wie Wohlverhalten, besondere Kontaktaufnahme oder andere Vorgaben), erscheint aus ethischen Betrachtungen unvertretbar und ist nicht umsonst in HIV-Präventionskampagnen außerhalb der Gefängnismauern gänzlich ungewöhnlich. Von daher bietet es sich auch innerhalb der Vollzugsinstitutionen an, 1:1-Spritzenaustauschautomaten an frei zugänglichen Orten aufzustellen, und dies so, daß die Insassinnen beim Spritzenbezug nicht oder kaum beobachtet werden können. Sanktionsordnungen sind dahingehend zu ändern, daß zumindest der Besitz von Spritzen und Utensilien aus dem Projekt (entsprechende Kennzeichnung) nicht geahndet wird.

Warum eine Begleitevaluation?

Das Wissen über Drogenkonsum und HIV-Infektion im Strafvollzug ist bis heute lückenhaft geblieben. Eine Evaluation ist geeignet, bestehende Wissenslücken zu schließen. Sie vermittelt Beurteilungskriterien, die für das Erstellen generel-

ler praxisrelevanter Empfehlungen für eine Drogen- und HIV-Präventionsarbeit im Vollzug erforderlich sind (WHO 1993). Hierdurch kann die Diskussion dieser bis heute äußerst umstrittenen Präventionsarbeit in der Öffentlichkeit wie in den politischen Instanzen auf eine rationalere Basis gestellt, d.h. versachlicht werden. Positive Evaluationsergebnisse vorausgesetzt, kann das einer erhöhten Akzeptanz dieser Maßnahmen nur dienlich sein.

Anmerkungen

- 1 Die Anstalt in Hindelbank ist eine Einrichtung des Straf- und Massnahmenvollzugs des Kantons Bern für weibliche Straffällige. Sie kann etwa 100 Frauen aufnehmen. Es arbeiten ungefähr ebensoviele Angestellte dort. Das Dorf Hindelbank befindet sich etwa 20 km nördlich von Bern.
- 2 Vertrag Nr. 316.92.5247 mit vollständiger finanzieller Unterstützung der Aufwendungen.
- 3 Ein Teil der für die Evaluationsarbeiten nötigen Infrastruktur wurde von der Abteilung für Theoretische und Evaluative Psychiatrie (ATEP) der Klinik bereitgestellt.
- 4 Vertrag Nr. 316.94.5486-A.
- 5 Vergleiche hierzu auch die am 12.6.1994 im Kanton Basel in der Abstimmung angenommene Vorlage zur Heroinverschreibung (Basler Zeitung vom 13.6.1994).
- 6 Bei der persönlichen Abgabe von sterilen Spritzen durch den Anstaltsarzt der Strafvollzugsanstalt Ober- schöngrün, Kanton Solothurn/Schweiz, handelt es sich um eine Einzelinitiative, die aber rückwirkend vom Regierungsrat des Kantons bewilligt wurde. Eine wissenschaftliche Begleitevaluation fehlt. Der Einbezug der dortigen Erfahrungen in das hiesige Projekt ist vorgesehen.
- 7 In Hindelbank sind Asiatinnen, Afrikanerinnen, Nordamerikanerinnen und Europäerinnen untergebracht, vergleiche hierzu auch Enderlin Cavigelli 1992.

Literatur

- AIDS Surveillance in Europe 1991, „Report No. 29, 31.3.1991“, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, Paris
- Bachmann K. 1991: „Drogenkonsum Spritzentausch / Spritzenabgabe in den Strafanstalten Hindelbank“. Anstaltsinterne Untersuchung, eingereicht an die Polizeidirektion des Kantons Bern, 4. Juli
- Bundesamt für Gesundheitswesen in Bern (BAG) 1991: „AIDS im Strafvollzug“. Bulletin No. 1/2 vom 21. Januar, S. 10 ff.
- Bundesamt für Gesundheitswesen in Bern (BAG) 1993a: „Zur Problematik der Desinfektion von Spritzen und Nadeln mit verdünntem Javelwasser als Notlösung bei i.v. Drogenkonsum“. Bulletin No. 49 vom 20. Dezember, S. 883 ff.
- Bundesamt für Gesundheitswesen in Bern (BAG) 1993b: „HIV-Prävention in der Schweiz. Ziele, Strategien, Massnahmen“. 8/93
- Bundesamt für Justiz in Bern (BAJ) 1990: „Dispensation de drogues dures sous contrôle“. Avis de droit donné sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, vom 2. Oktober
- Bundesamt für Justiz in Bern (BAJ) 1992: „Abgabe steriler Spritzen und Bereitstellen von Desinfektionsmaterial als Pilotprojekte im Straf- und Massnahmenvollzug; rechtliche Zulässigkeit“. Rechtsgutachten auf Anfrage des Bundesamts für Gesundheitswesen vom 9. Juli
- Brewer T.F. and Derrickson J. 1992: „AIDS in prison: a review of epidemiology and preventive policy“. AIDS, 6, S. 623-628
- Bürki B. 1994: „Pilotprojekt HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank, Feinkonzept“. Eingereicht am 9. März an das Bundesamt für Gesundheitswesen in Bern
- Enderlin Cavigelli R. 1992: „Schweizer Frauenstrafvollzug. Wird mit der Freiheit auch der Wille, Verantwortung zu tragen, entzogen? Eine empirische Untersuchung in der Frauenstrafanstalt Hindelbank“. Haupt, Bern/Stuttgart

Harding T.W. 1987: „AIDS in prison“. Lancet, II: 1260-63

Heide U. 1992: „Was nicht sein darf, das nicht sein kann“. Die Neue Gesellschaft, Frankfurter Hefte, 39. Jahrgang, Heft 11, Bonn, S. 988-993

Kleiber D. 1990: „HIV-Prävalenzraten bei i.v. Drogenabhängigen. Ergebnisse einer differenziell-epidemiologischen Untersuchung“. In: R. Rosenbrock & A. Salmen (Hrsg.): AIDS-Prävention. Berlin, S. 59 ff.

Nelles J. 1992: „Heroinabgabe in der Schweiz“. In: Böker W. und Nelles J. (Hrsg.): „Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge“. Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, S. 283-287

Nelles J., Waldvogel D., Hirsbrunner H., Maurer C. 1994: „Wissenschaftliche Begleitevaluation zum Pilotprojekt Drogen und AIDS-Prävention in den Anstalten von Hindelbank“. Projektingabe an das Bundesamt für Gesundheitswesen in Bern vom 15. März

O'Hare P.A. et al. (eds.) 1992: „The reduction of Drug-Related Harm“. Routledge, London/New York

Parliamentary Assembly of the Council of Europe 1988: Recommendation 1080, on 30 June

Ringeling H. 1992: „Die Suche nach dem rechten Mass. Ethische Erwägungen“. In: Böker W. und Nelles J. (Hrsg.): „Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge“. Haupt, Bern/Stuttgart/Wien, S. 65-72

Schultz H. 1989: „Gutachten zur rechtlichen Zulässigkeit von ‚Fixerräumen‘“, Bundesamt für Gesundheitswesen in Bern im Juni

Shewan D., Gemmill M. and Davies J.B. 1993: „Drug Use And Prison – The Summary Report“. Scottish Prison Service Occasional Papers, Number 5

Spielberger C.D., Gorsuch R.L. and Lushene R.E. 1970: „STAI, Manual for the State-Trait-Anxiety-Inventary“. Palo Alto

Stöver H. und Schuller K. 1992: „Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzenbesteck an Drogenabhängige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedsstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO)“. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): AIDS und Drogen II, AIDS-FO-RUM D.A.H., Band IX, S. 101-124

Stratenwerth G. und Wehrle S. 1987: „Sterile Spritzen für Drogenabhängige? Eine strafrechtliche Stellungnahme“. In: Baumann P. et al. (Hrsg.): „Recht gegen AIDS“. Volk+Recht, Bern, S. 149-152

Stratenwerth G. und Kornicker P. 1992: „Zur Beschlagnahme sterilen Injektionsmaterials bei Drogenabhängigen“. Schweizerische Ärztezeitung, Band 73, Heft 49, S. 1911-1912

WHO 1993: „Global Programme on AIDS. WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons“. March 1993, Geneva

STERILES SPRITZBESTECK ZUR AUSSCHLIESSLICHEN BENUTZUNG UNTER SICHT

EIN ALTERNATIVES KONZEPT DER INFEKTIONSPROPHYLAXE
FÜR DEN STRAFVOLLZUG IN BASEL

Konkrete Zahlen über Drogen, Drogenkonsum, Spritzentausch und HIV-Infektionen in den Basler Gefängnissen sind leider nicht erhältlich. Fest steht, daß ein großer Teil der in Basler Gefängnissen einsitzenden Untersuchungshäftlinge und Strafgefangenen drogenabhängig ist. Genaue Zahlen darüber gibt es auch darüber nicht, die Angaben schwanken zwischen 30% und 50%. Aufgrund von 1992 durchgeführten Untersuchungen bei Methadon-Substituierten im Gefängnis ist anzunehmen, daß mindestens 40% der inhaftierten i.v.-Drogenabhängigen bereits HIV-infiziert sind und somit für die Weitergabe der HIV-Infektion im Gefängnis ein großes Potential besteht. In den Basler Gefängnissen werden alle 3 Monate freiwillige HIV-Tests angeboten und auch von jeweils etwa 20 InsassInnen in Anspruch genommen. Bei dieser nicht repräsentativen Untergruppe fand sich erwartungsgemäß eine niedrigere HIV-Infektionsrate, die jedoch nicht auf das Gesamtkollektiv extrapoliert werden darf; sie liegt aber immer noch deutlich über derjenigen in der Allgemeinbevölkerung. In einer weiteren Erhebung fand sich in Urinkontrollen bei etwa 5% ein positiver Befund für Heroinkonsum; aufgrund der nur relativ kurzen Nachweisbarkeit ist also bei mindestens 5% ein kurzfristig zuvor durchgeführter Heroinkonsum anzunehmen. Kokain ließ sich bislang in den Urinproben nicht nachweisen.

Bezüglich AIDS-Prävention in den Basler Gefängnissen besteht ein auf Freiwilligkeit basierendes Angebot: Informationsmaterial kann bezogen werden, und Betadine-Lösung zur Spritzendesinfektion wird bereitgestellt. Zusätzliche persönliche Informationen kann ein Insasse bei Bedarf auf seinen Wunsch hin beim Anstaltspersonal erhalten.

Pilotprojekt

Voraussetzungen

Die Zielgruppe des Projekts sind die Drogenabhängigen in den Basler Gefängnissen, vor allem die Gruppe der intravenös Drogenkonsumierenden. Aus grundrechtlichen, ethischen und humanitären Gründen sollten die InsassInnen von Gefängnissen die gleiche Prävention, Betreuung, Pflege und medizinische Versorgung erhalten, wie sie der Allgemeinbevölkerung zustehen. Den besonderen Verhältnissen und Problemen eines geschlossenen Systems generell und der einzelnen Anstalt hier in Basel (Lohnhof und Schällemätteli) speziell sollte Rechnung getragen werden, soweit es die Public-Health-Grundsätze und AIDS-Präventionsstrategien erlauben. Aus diesen Gründen gilt es innovative, wissenschaftlich begleitete Pilotprojekte zur Drogen- und AIDS-Prävention zu ent-

wickeln, die der Zielgruppe der Drogenkonsumierenden oberste Priorität einräumen.

Der Drogenkonsum im Strafvollzug ist Realität. Drogen können relativ einfach in die Gefängnisse eingeführt werden, Spritzen jedoch nicht. Die letzteren sind Mangelware und werden deshalb öfters getauscht. Infolge der Verwendung desselben Spritzenbestecks durch mehrere Personen besteht die Gefahr einer Übertragung von Krankheiten, insbesondere auch von HIV. Der Spritzentausch stellt das größte HIV-Übertragungsrisiko für intravenös konsumierende, also auch für inhaftierte Drogenabhängige dar. Deshalb ist die Abgabe von sterilem Spritzenbesteck an i.v.-drogeninjizierende Personen eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine ernsthafte AIDS-Prävention. Unbestritten ist, daß die Gefahr der Übertragung von HIV/AIDS bei Drogenabhängigen durch Abgabe von sterilen Spritzen und Nadeln wirksam reduziert werden kann. Eine effiziente AIDS-Prävention verlangt also – neben anderen Maßnahmen – die Garantie, daß i.v.-Drogenabhängige, wenn sie Drogen intravenös spritzen wollen, stets mit sterilen Spritzen und Nadeln injizieren können. Die Abgabe steriler Spritzen ist demnach eine – wenn nicht die wichtigste – Strategie, um unter i.v.-Drogenabhängigen die Ansteckung mit HIV zu verhindern. Es versteht sich von selbst, daß die AIDS-Prävention – im Strafvollzug wie auch im zivilen Leben – sich nicht in der Abgabe von sterilem Spritzenbesteck erschöpfen kann, sondern breit angelegt sein und die Förderung von Therapie-, Entzugs- und Substitutionsmöglichkeiten beinhalten muß. Risikoverminderung steht heute im Vordergrund. Die HIV-Infektion hat die Situation verändert, sterben doch Drogenabhängige an ihren Folgen, sogar dann, wenn sie den Ausstieg aus dem Drogenkonsum geschafft haben. So gilt es mit allen Mitteln solche HIV-Infektionen zu verhindern. Es ergibt sich also, daß die aus dem besonderen Rechtsverhältnis entstehende Fürsorgepflicht der Anstalten gegenüber ihren InsassInnen sich primär an einer verantwortungsbewußten Gesundheitspolitik orientieren muß. Unter diesem Gesichtspunkt ist eine Spritzenabgabe und das Bereitstellen von Desinfektionsmaterial auch im Strafvollzug dringend notwendig. Gleichzeitig muß in den Anstalten von der Strafverfolgung des kontrollierten Drogenkonsums abgesehen werden. Werden Spritzen abgegeben, soll die Voraussetzung geschaffen werden, daß der kontrolliert Drogenkonsumierende im Gefängnis nicht mehr mit Strafe verfolgt wird, sondern einer ärztlichen Betreuung zugeführt werden kann (freiwillige Möglichkeit der Therapie, Entzugsbehandlung, Substitution).

Personal

Bei der Ausarbeitung des Projekts wurde das Anstaltspersonal angehört. Die Bedenken, Ängste und Einwände dem Projekt gegenüber wurden ernstgenommen und bei der Planung berücksichtigt. Es wurden auch schon Schritte in die Wege geleitet, um das Personal in den Fragen der Drogen- und AIDS-Prävention gezielt zu schulen (durch Herrn Merz, Bundesamt für Gesundheitswesen).

Es muß besonders darauf hingewiesen werden, daß vom Personal und allen Beteiligten ein striktes Einhalten der Vereinbarungen und eine aktive Beteiligung am Projekt verlangt werden müssen.

Disziplinierung

Für die Dauer des Pilotprojekts müssen die Disziplinarmaßnahmen überdacht und dem Projekt angepaßt werden. So darf es zum Beispiel nicht vorkommen, daß aus disziplinarischen Gründen gegen den Willen des Projektarztes das Methadon bei einem Häftling abgesetzt wird. Es muß auch gewährleistet sein, daß jeder Gefangene ungehindert Zugang zum Projekt erhält, ohne daß ihm deswegen negative Folgen irgendwelcher Art entstehen. Weiter ist im Feinkonzept der Besitz von Drogen zu regeln. Auf jeden Fall müssen Spritzen und Nadeln, die außerhalb der Räumlichkeiten des Projekts zirkulieren und gefunden werden, eingesammelt und vernichtet werden.

Ziele

- Ausbildung und Begleitung des Anstaltspersonals;
- Interventionen beim Personal sollen die Kompetenz im Umgang mit der Drogen- und Infektionsproblematik erhöhen.
- Prüfung der Durchführbarkeit einer effizienten Drogen- und AIDS-Prävention für die Hauptzielgruppe der intravenös drogenkonsumierenden InsassInnen in den Basler Gefängnissen. Die umfassende Drogen- und Infektions-Präventionsarbeit, einschließlich der Abgabe von sterilen Spritzen als integriertem Teilschritt, soll die Einstellung und das Verhalten der InsassInnen in den Anstalten festhalten und zu erwünschten Veränderungen in beiden Bereichen beitragen.
- Prüfung der Akzeptanz bei allen beteiligten Personen; Betroffene, Drogenkonsumierende, Anstaltsleitung, BetreuerInnen, Gesundheitsdienst;
- Erarbeitung von Empfehlungen und konkreten Anträgen für die Drogen- und AIDS-Präventionstätigkeit in den Basler Haftanstalten, gegebenenfalls auch für die Haftanstalten anderer Kantone, unter besonderer Berücksichtigung des Neubaus.

Projektdurchführung

Gesamtablauf

Um ausreichend gesicherte Erkenntnisse aus dem geplanten Projekt gewinnen zu können, ist eine Mindestdauer von 12 Monaten zu veranschlagen.

Es ist vorgesehen

1. ein Eintrittsgespräch und eine Eintrittsuntersuchung am Anfang bzw. beim Eintritt ins Gefängnis,
2. ein oder mehrere Begleitgespräche während des Gefängnisaufenthalts,
3. ein Austrittsgespräch und eine Austrittsuntersuchung durchzuführen.

Zu 1. Eintrittsgespräch und Eintrittsuntersuchung

- Bestandsaufnahme:
 - a) Drogenanamnese
 - Gesundheitsanamnese
 - Krankheiten
 - Psychosoziale Anamnese

- b) Eintrittsstatus
Gesundheitszustand
- c) Zusatzuntersuchungen
Labor (Blut, Urin)

– Gespräch und Information über Drogen und Drogenkonsum im Gefängnis
Den DrogenkonsumentInnen werden nach ausführlichem Gespräch und Information folgende Möglichkeiten während ihres Gefängnisaufenthalts angeboten:

Lohnhof:

- a) Entzug
- b) Substitutionstherapie

Schällennätteli:

- a) Entzug
- b) Substitutionstherapie
- c) Kontrollierte Spritzenabgabe, integriert in AIDS- und Drogenprävention und Beratung

zu a) Entzug, Abstinenz:

- ohne Medikamente
- mit Medikamenten ausschließlich Methadon
- mit Medikamenten einschließlich Methadon
- Festlegen des genauen Ablaufs

zu b) Substitutionstherapie

Weiterführen des bestehenden Methadon-Programms

- Festlegen von Dosis und genauem Ablauf
 - Urinproben
- Neue Indikationsstellung
- Information, Instruktion
 - Festlegen von Dosis und genauem Ablauf
 - Urinproben

zu c) Kontrollierte Spritzenabgabe für i.v.-Drogenkonsum

Die Abgabe von Spritzen in der Außenstation Schällennätteli im Rahmen dieses Pilotprojekts stellt eine Maßnahme zur Verminderung oder gar Vermeidung von Infektionsrisiken im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum dar. Sie ist keineswegs als Begünstigung des Drogenkonsums zu verstehen. Dies würde dem HIV-Präventionsgedanken gänzlich zuwiderlaufen, führen doch gerade der Drogenkonsum, die Bewußtseinsveränderung unter Drogen, die Suchtentwicklung und das damit verbundene Verhalten zur Erhöhung des Risikos auch im Hinblick auf die HIV-Infektion. Im Zentrum aller HIV-Präventionstätigkeit und auch dieses Projekts steht vielmehr die Hilfe zur Drogenabstinenz. Dem wird speziell dadurch Rechnung getragen, daß die Sprechstunde, die Untersuchungen, die Beratung, Betreuung und Begleitung im Zusammenhang mit Fragen von Drogen und Drogenwirkung, Infektionen, Gesundheitszustand, HIV-Infektion, Besonderheiten der Suchtentwicklung, Ausstieg, Substitutionsprogrammen, Risikoverminde-

rung, Umgang mit Vergiftungssymptomen samt akut lebensbedrohlichen Zuständen usw. während der Projektzeit durch einen Arzt durchgeführt werden.

Die Indikationsstellung, das Festlegen von Ort und Zeit sowie des genauen Ablaufs des i.v.-Drogenkonsums im Schällennätteli erfolgen analog dem Konzept der Gassenzimmer in Basel. Dies bedeutet insbesondere, daß lediglich ein steriles Spritzbesteck zur ausschließlichen Benutzung unter Sicht an einem vorgegebenen Ort bereitgestellt und anschließend das benutzte Spritzbesteck sofort wieder zurückgegeben wird. Der i.v.-Drogenkonsum wird also unter Aufsicht des Arztes/Gesundheitsdienstes erfolgen. Damit ist die Möglichkeit der psychosozialen Betreuung, des Gesprächs und des Zugangs zum Patienten gegeben. Dieses Gespräch soll einen präventiven Charakter haben und den Drogenkonsumenten zum Ausstieg aus dem Drogenkonsum motivieren.

– Gespräch und Information über Infektions- und speziell HIV-Prävention
Diese umfassen die Themen Spritzentausch, Sexualität und Kondomgebrauch, sowie allgemeine Gesundheitsregeln (Ernährung usw.).

zu 2.) Begleitgespräche während des Aufenthalts im Gefängnis

– Problemerkfassung

Wo liegen die Probleme? Wie geht es weiter? Wohnung, Arbeit, Finanzen/Schulden? Betreuung? Hilfe und Unterstützung durch welche Institutionen und Personen? Ärztliche Betreuung betreffs Gesundheit und Drogenkonsum? Wer, was, wo?

– Information und Hilfen

Information und Gespräch über Drogenkonsum, Infektionskrankheiten/HIV, allgemeine Lebensführung, Gesundheitsfragen;
Besprechung der weiteren Betreuung, v.a. für die Zeit nach der Entlassung.

zu 3.) Austrittsgespräch und Austrittsuntersuchung

– Bestandsaufnahme

- a) Drogenverhalten im Gefängnis
Drogenkonsum und Drogenverhalten
Beurteilung der gewählten Variante
Spritzentausch?

- b) Gesundheitsverhalten, Krankheiten im Gefängnis

- c) Austrittsstatus, Gesundheitszustand

- d) Zusatzuntersuchungen (Labor, Urin usw.)

– Drogenkonsum

Wie weiter? Information und Festlegen der weiteren Betreuung

– Gespräch und Information über Infektions- und speziell HIV-Prävention
Spritzentausch
Sexualität, Safer Sex
allgemeine Gesundheitsregeln

Vorzeitiges Beenden des Pilotprojekts

Das zuständige Departement kann nach Anhören aller beteiligten Stellen (Projektleitung, Projektarzt, Gesundheitsamt, Anstaltsleitung, Gerichtsärztlicher Dienst usw.) das Pilotprojekt vorzeitig abbrechen, wenn unerwartete Ereignisse eintreten (wesentlich mehr Überdosierungen und Krankheitsfälle, Anstieg der Zahl der Todesfälle, erhebliche Zunahme der Bedrohung des Anstaltspersonals mit Mitteln, die auf das Pilotprojekt zurückzuführen sind usw.).

Personelle Ausstattung

Zur Durchführung des Projekts ist ein Projektarzt erforderlich mit Spezialkenntnissen im Drogen- und Infektionsbereich einschließlich HIV/AIDS. Voraussetzungen sind neben einem breiten internistisch-medizinischen Wissen hohe Motivation, sozialpsychiatrische Kompetenz und gute Kenntnisse hinsichtlich der zu untersuchenden Fragenkomplexe (Drogen, Sucht, Infektionskrankheiten, HIV/AIDS).

Benötigt wird außerdem für administrative Arbeiten, Dokumentation und erste Auswertung ein Sekretariat.

Je nach gewählter Art der Befragung und Untersuchung werden zusätzliche InterviewerInnen (z.B. StudentInnen der Medizin) für dieses Projekt angestellt werden müssen.

Die Evaluation erfolgt aus Gründen der Wissenschaftlichkeit organisatorisch und institutionell losgelöst von der Präventionsarbeit. Sie kann z.B. von einem entsprechenden externen Institut vorgenommen werden.

Die genauen Pflichtenhefte und Aufgabenverteilungen werden bei der Feinkonzeptionierung erstellt, die sinnvollerweise erst nach der grundsätzlichen Befürwortung des Projekts erfolgt.

Dem Anstaltspersonal darf durch dieses Projekt keine Mehrarbeit zufallen. Voraussetzung ist weiterhin eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitsdienst.

Budget (Schätzungen)

Projektarzt 100% (inkl. Vertretung) 170 000 Fr.

Sekretariat 50% 30 000 Fr.

Interviewer 100% 20 000 Fr.

Evaluationskosten 60 000 Fr.

Wir gehen davon aus, daß die Infrastruktur (Untersuchungszimmer, Büroeinrichtungen), Büromaterial inkl. Telefon, PC, medizinisches Material vom Kanton Basel-Stadt für diese 12 Monate der Projektphase zur Verfügung gestellt werden können.

Bei zügiger Befürwortung eines Pilotprojekts wie oben skizziert durch die Basler Behörden wäre zu hoffen, daß durch das Bundesamt für Gesundheitswesen und die Schweizerische AIDS-Forschungskommission nennenswerte Unterstützung erfolgt mit Übernahme des überwiegenden Anteils der Personalkosten. Konkrete Gesuche, welche die Richtlinien und Kriterien des Bundesamtes für Gesundheitswesen erfüllen, sollten eingereicht werden. Darüber hinaus schlagen wir vor, einen Förderungs-Fonds zur finanziellen Erleichterung der Durchführung des Projekts zu schaffen. Damit könnten Mittel von Stiftungen und anderen Spendern gesammelt werden.

Evaluation

Die Durchführung der Evaluation ist in einem Feinkonzept festzulegen. Es sollte prioritär die Frage der Machbarkeit und Durchführbarkeit evaluiert werden. Das Feinkonzept kann nach Beschlußfassung über die Modalitäten des Pilotprojekts ausgearbeitet werden. Eine Evaluation hätte u.a. folgende Aspekte zu berücksichtigen:

– Unabhängigkeit der Evaluation

– Datenschutz

– Aussagekraft des Pilotprojekts

– Beurteilung des Projekts durch Betreuende, Personal, Arzt, Gefängnisleitung

– Beurteilung des Projekts durch Drogenkonsumenten.

Es bietet sich an, eine Zwischenauswertung und einen Zwischenbericht nach 6 Monaten sowie die Schlußauswertung und den Schlußbericht nach 12 Monaten zu erstellen. Empfehlungen sollten vor Ende des Versuchs erfolgen, damit über die Fortsetzung des Projekts durch den Kanton entschieden werden kann. Bei positiven Ergebnissen sollte der Kanton die Kontinuität gewährleisten können, ohne daß es zu Unterbrechungen kommt.

DOKUMENTATION
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
WELTPROGRAMM ZU AIDS
**WHO-RICHTLINIEN ZU HIV-INFEKTION UND AIDS
IM GEFÄNGNIS**

WHO/GPA/DIR/93.3

Original: Englisch

Verteilung (Auflage): begrenzt

Genf, März 1993

Inhalt

- A. Allgemeine Grundsätze
- B. HIV-Tests in Haftanstalten
- C. Präventionsmaßnahmen
 - (i) Erziehung und Information
 - (ii) Sexuelle Übertragungswege
 - (iii) Übertragung durch Spritzen
 - (iv) Gebrauch anderer Substanzen, die die Wahrscheinlichkeit der HIV-Übertragung erhöhen
- D. Umgehensweise mit HIV-infizierten Gefangenen
- E. Schweigepflicht bezüglich HIV/AIDS
- F. Pflege und Unterstützung für HIV-infizierte Gefangene
- G. Tuberkulose in Verbindung mit der HIV-Infektion
- H. Weibliche Gefangene
- I. Gefangene in Jugendhaftanstalten
- J. Ausländische Gefangene
- K. Freigang und Entlassung
- L. Vorzeitige Entlassung
- M. Kontakte mit der Öffentlichkeit und Kontrolle
- N. Ressourcen
- O. Evaluation und Forschung

Diese Richtlinien wurden auf der Grundlage von Fachexpertise erstellt, die der WHO vor und während einer Expertenrunde in Genf im September 1992 zur Verfügung gestellt wurde. In dieser Runde waren Vertreter von internationalen, von nicht regierungsgebundenen Organisationen (NGOs) und von Ministerien vertreten, die mit einer großen Spannweite von Erfahrung und Hintergrundwissen zu Aspekten von Gesundheit, Management und Menschenrechten in Bezug auf HIV und AIDS im Gefängnis dienen konnten.

Diese Richtlinien setzen – aus dem Blickwinkel der öffentlichen Gesundheitsfürsorge – Maßstäbe, die die Verantwortlichen bei ihren Bemühungen, HIV-Übertragungen im Gefängnis zu vermeiden und Betroffenen angemessene Für-

sorge und Pflege zu gewähren, anstreben sollten. Wir gehen davon aus, daß diese Richtlinien von den Verantwortlichen den örtlichen Gegebenheiten angepaßt werden.

A. Allgemeine Grundsätze

1. Alle Gefangenen haben ein Recht auf Gesundheitsfürsorge, einschließlich vorbeugender Maßnahmen, die derjenigen in der Allgemeinbevölkerung entspricht und Diskriminierung vermeidet, dies insbesondere im Hinblick auf ihren rechtlichen Status und ihre Nationalität.
2. Die allgemeinen Grundsätze sollten nach Einarbeitung in nationale AIDS-Programme gleichberechtigt bei Gefangenen und in der Allgemeinbevölkerung Anwendung finden.
3. In jedem Land sollten spezifische politische Strategien und Maßnahmen zur HIV/AIDS-Prävention im Gefängnis und zur Fürsorge für HIV-infizierte Gefangene festgelegt werden. Diese Maßnahmen und Strategien sollten in enger Zusammenarbeit zwischen nationalen Gesundheitsbehörden, Gefängnisverwaltungen und Zielgruppenvertretern, einschließlich regierungsunabhängiger Organisationen (NGOs), ausgearbeitet werden. Sie sollten in ein breiteres Programm der Gesundheitsfürsorge für Gefangene eingebettet sein.
4. HIV/AIDS-präventive Maßnahmen im Gefängnis sollten die Prävention in der Allgemeinbevölkerung ergänzen und damit vernetzungsfähig sein. Die präventiven Maßnahmen sollten auf tatsächliches Risikoverhalten im Gefängnis zugeschnitten sein, besonders auf den Nadeltausch unter injizierenden drogengebrauchenden Insassen und den ungeschützten Sexualverkehr. Informationen und pädagogische Programme für die Gefangenen sollten das Ziel haben, tatsächlich erreichbare Veränderungen in der Einstellung und im Risikoverhalten herbeizuführen, dies sowohl während der Haftzeit als auch nach der Entlassung.
5. Die Bedürfnisse von Gefangenen und anderen Personen in der Institution Gefängnis sollten bei der Planung von nationalen AIDS-Programmen, von kommunaler Gesundheitsfürsorge und ihrer Dienste sowie bei der Verteilung von Mitteln berücksichtigt werden, dies insbesondere in den Entwicklungsländern.
6. Die aktive Einbeziehung von regierungsunabhängigen Organisationen und von Gefangenen sowie ein nichtdiskriminierender und humaner Umgang mit HIV-infizierten und AIDS-kranken Gefangenen sind Voraussetzungen dafür, eine glaubwürdige Strategie zur Vermeidung von HIV-Übertragungen zu erreichen.
7. Es ist wichtig zu erkennen, daß der soziale Ort Gefängnis von zwei Seiten, vom Gefängnispersonal und von den Insassen her, stark beeinflußt wird. Deshalb sollten beide Gruppen aktiv an der Entwicklung und an der Umsetzung wirkungsvoller Präventionsmaßnahmen, an der Verbreitung wichtiger Informationen und an der Vermeidung von Diskriminierungen beteiligt werden.
8. Gefängnisverwaltungen tragen die Verantwortung dafür, daß Grundsätze und Praktiken entwickelt und angewandt werden, die ein sichereres Lebensumfeld Gefängnis schaffen und die die Risiken der HIV-Übertragung für Gefangene und Angestellte gleichermaßen reduzieren.

9. Unabhängige wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet von HIV/AIDS bei Gefangenen sollte verstärkt werden, um unter anderem erfolgreiche Interventionen in den Haftanstalten in den Blick zu nehmen. Eine unabhängige Überwachung aller wissenschaftlichen Forschung im Gefängnis sollte durch Ethikkommissionen sichergestellt werden; die ethischen Grundsätze müssen dabei strikt geprüft werden. Die Ergebnisse solcher Studien sollten den Gefangenen zugutekommen, z.B. durch Verbesserung der Behandlungsrichtlinien oder der Anti-HIV/AIDS-Strategien im Gefängnis. Gefängnisverwaltungen sollten die wissenschaftlichen Aspekte solcher Forschungsprojekte, deren Auswertung oder Veröffentlichung nicht zu beeinflussen suchen.

B. HIV-Test in Haftanstalten

10. HIV-Zwangstestungen von Gefangenen sind unethisch und ineffektiv und sollten verboten sein.
11. Freiwillige Tests auf eine HIV-Infektion sollten im Gefängnis zugänglich sein, wenn sie sonst in der Öffentlichkeit auch zur Verfügung stehen, und zwar zusammen mit angemessener Beratung vor dem Test und nach Mitteilung des Testergebnisses. Freiwillige Tests sollten nur mit ausdrücklicher Einwilligung des informierten Gefangenen ausgeführt werden. Unterstützung sollte dem Gefangenen angeboten werden, wenn er das Testergebnis erfährt und ebenso in der Zeit danach.
12. Testergebnisse sollten dem Gefangenen durch das Gesundheitspersonal mitgeteilt werden, das die Einhaltung der Schweigepflicht garantieren sollte.
13. Anonyme Reihentestungen für epidemiologische Erhebungen sollten im Gefängnis nur durchgeführt werden, wenn sie auch in der übrigen Bevölkerung des jeweiligen Landes angewandt werden. Die Insassen sollten über etwaige epidemiologische Erhebungen in dem Gefängnis, in dem sie sich befinden, informiert werden, wobei die Ergebnisse den Gefangenen zugänglich gemacht werden sollten.

C. Präventionsmaßnahmen

(i) Erziehung und Information

14. Gefangene und Gefängnispersonal sollten über HIV/AIDS und die Wege, eine HIV-Übertragung zu vermeiden, informiert werden; besonderes Augenmerk ist dabei auf die wahrscheinlichen Übertragungsriskisken unter Gefängnisbedingungen und die Bedürfnisse der Gefangenen nach der Entlassung zu legen. Diese Informationen sollten mit denen in der allgemeinen Öffentlichkeit koordiniert und abgeglichen werden. Informationen, die für die allgemeine Öffentlichkeit bestimmt sind (in Form von Postern, Broschüren und über die Presse), sollten auch den Gefangenen zugänglich sein. Alle schriftlichen Materialien, die an Gefangene verteilt werden, sollten dem Bildungsgrad der Gefangenen entsprechen; Informationen sollten sprachlich und stilistisch so verfaßt sein, daß die Inhaftierten sie verstehen können; sie sind in attraktiver und klarer Gestaltung zu präsentieren.

15. Das Gefängnispersonal sollte bereits während der Grundausbildung über die HIV/AIDS-Prävention unterrichtet werden; das diesbezügliche Wissen sollte danach in regelmäßigen Abständen aufgefrischt werden.
16. Gefangene sollten beim Zugang, während ihrer Haftzeit und in Programmen zur bevorstehenden Entlassung HIV/AIDS-Erziehung erhalten. Allen Gefangenen ist die Möglichkeit zu geben, diesbezügliche Informationen mit qualifiziertem Personal zu diskutieren. Direkte Personalkommunikation, sowohl in Gruppen als auch auf individueller Basis, ist ein wichtiges Element bei der Erziehung und der Information.
17. Die Gefangenen und das Gefängnispersonal sollten verstärkt in die Entwicklung von Aufklärungsmaterial miteinbezogen werden.
18. Im Hinblick auf die Wichtigkeit der Erziehung durch und innerhalb der eigenen Bezugsgruppe sollten Gefängnispersonal wie auch Inhaftierte selbst an der Verbreitung von Information beteiligt werden.
19. Die Erziehung betreffs Infektionskontrolle sollte die allgemeinen Vorsichts- und Hygieneregeln betonen. Klar werden sollte, daß im täglichen Umgang die Gefahr einer HIV-Übertragung nicht besteht. Übertriebene und unnötige Vorsichtsmaßnahmen sollten im Umgang mit HIV-infizierten Gefangenen vermieden werden.

(ii) Sexuelle Übertragung

20. Klare Informationen über diejenigen Sexualpraktiken, die zu HIV-Übertragungen führen können, sollten allen Gefangenen frei zugänglich sein. Auch sollte die Rolle von Kondomen bei der Vermeidung von HIV-Übertragungen erklärt werden. Weil es auch in Gefängnissen – auch wenn es verboten sein sollte – zu Analverkehr kommen kann, sind den Gefangenen während ihrer gesamten Haftzeit Kondome zugänglich zu machen. Auch vor jeder Art von Ausgang, Urlaub oder Entlassung sollten Kondome erhältlich sein.
21. Die Gefängnisverwaltungen sind für die Bekämpfung aggressiven Sexualverhaltens wie Vergewaltigung, Ausbeutung von verletzlichen Gefangenen (z.B. Transsexuelle, Homosexuelle oder geistig behinderte Gefangene) und aller Formen der Belästigung von Gefangenen verantwortlich; dafür müssen sie qualifiziertes Personal, effektive Überwachung, disziplinarische Maßnahmen und Erziehungs-, Arbeits- und Freizeitprogramme bereitstellen. Diese Maßnahmen sollten unabhängig vom HIV-Status der betreffenden Personen Anwendung finden.

(iii) Übertragung durch Spritzen

22. Als Teil umfassender HIV-Aufklärungsprogramme sollten Gefangene über die Gefahren des Drogengebrauchs informiert werden. Das Risiko beim Needle-sharing – verglichen mit weniger gefährlichen Formen des Drogenkonsums – sollte herausgestrichen und erklärt werden. Drogenabhängige Gefangene sollten dazu motiviert werden, während ihrer Haftzeit an Drogenbehandlungsprogrammen teilzunehmen, wobei die Vertraulichkeit angemessen gewahrt werden muß. Diese Programme sollten Informationen über die Behandlung von Drogenabhängigkeit und über die Risiken der verschiedenen Drogenkonsumarten beinhalten.

23. Gefangene, die vor ihrer Verhaftung an einem Methadon-Substitutionsprogramm teilgenommen haben, sollten diese Behandlung im Gefängnis fortsetzen können. In Ländern, in denen die Methadon-Substitution für Opiatabhängige allgemein möglich ist, sollte diese Behandlung auch im Gefängnis angeboten werden.
24. In Ländern, in denen Bleach Spritzdrogengebrauchern allgemein zur Verfügung steht, sollte verdünnte Bleiche (z.B. Natriumhypochloritlösung) oder ein anderes virenabtötendes Desinfektionsmittel zusammen mit einer genauen Gebrauchsanweisung zum Spritzensäubern den Gefangenen in solchen Haftanstalten, in denen Drogengebraucher untergebracht sind oder in denen Tätowierungen oder Hautlöcher gestochen werden, zugänglich gemacht werden. In Ländern, in denen saubere Spritzen und Nadeln den Drogengebrauchern in Freiheit zur Verfügung stehen, sollte erwogen werden, Inhaftierten, die dies wollen, sauberes Spritzbesteck zur Verfügung zu stellen.
25. Dem Gesundheitsdienst im Gefängnis müssen geeignete Materialien und Ressourcen zur Verfügung stehen, um sicherzustellen, daß eine HIV-Übertragung durch unsterile Geräte während medizinischer Behandlung unmöglich ist.

(iv) Gebrauch anderer Substanzen, die die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung erhöhen

26. Geschluckte oder inhalierte psychoaktive Substanzen wie Kokain, Lösungsmittel und Alkohol, von denen einige in beträchtlichem Ausmaß unter unterschiedlichsten Gefängnisbedingungen weltweit konsumiert werden, können die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung erhöhen, indem sie die Urteilskraft herabsetzen und die Anwendung von präventiven Maßnahmen bei Gefangenen behindern, wo diese Maßnahmen wichtig wären. Deshalb sollten tatsächliche und potentielle Benutzer von psychoaktiven Substanzen auf diesen Umstand hingewiesen werden, genauso wie auf andere mögliche Gefahren und Auswirkungen dieser Stoffe im weiteren Kontext der Gesundheitserziehung.

D. Umgehensweise mit HIV-infizierten Gefangenen

27. Da Absonderung, Isolation und Ausschlüsse von Beschäftigungsaktivitäten, Sport und Freizeit als nicht hilfreich oder angemessen im Hinblick auf HIV-infizierte Menschen in der Bevölkerung angesehen werden, sollte dieselbe Einstellung auf HIV-infizierte Gefangene übertragen werden. Die Entscheidung über eine Isolation aus gesundheitlichen Gründen sollte nur von medizinischem Personal getroffen werden und auch hier nur auf derselben Grundlage wie in der allgemeinen Öffentlichkeit sowie in Übereinstimmung mit den allgemeinen Gesundheitsstandards und Regelungen. Die Rechte der Gefangenen sollten nicht mehr als aufgrund medizinischer Gründe absolut notwendig eingeschränkt werden und auch nicht mehr, als es die allgemeinen Gesundheitsstandards und Regelungen vorsehen. HIV-infizierte Gefangene sollten den gleichen Zugang zu Seminaren und zu Arbeiten in der Küche, in landwirtschaftlichen Betrieben und in anderen Arbeitsbereichen sowie zu allen Programmen haben, wie er auch den anderen Gefangenen allgemein zur Verfügung steht.

28. Eine zeitlich begrenzte Isolationsmaßnahme kann aus medizinischen Gründen angeordnet werden, wenn HIV-infizierte Gefangene unter einer Lungentuberkulose im infektiösen Stadium leiden. Vorbeugende Isolation kann auch für Gefangene erforderlich sein, die an einer AIDS-bezogenen Immunschwäche leiden; sie sollte aber nur mit der informierten Zustimmung des Gefangenen auch tatsächlich durchgeführt werden. Entscheidungen über die Notwendigkeit der Absonderung oder Isolation von Gefangenen (einschließlich der mit HIV-infizierten) sollten nur aus medizinischen Gründen und nur von Mitarbeitern aus dem medizinischen Bereich getroffen werden, ohne Einfluß der Gefängnisverwaltung.
29. Über disziplinarische Maßnahmen wie Einzelhaft für Gefangene sollte ohne Rücksicht auf den HIV-Status entschieden werden. Dies gilt auch bei Gefangenen, die aggressive, räuberische oder sexuelle Taten begangen haben oder solche Taten androhen.
30. Es sollten Anstrengungen gemacht werden, unter den Gefangenen solche Einstellungen zu befördern, die z.B. von HIV/AIDS-Betroffene unterstützen, um Diskriminierungen zu vermeiden und um Angst vor und Vorurteilen gegenüber HIV-infizierten Menschen entgegenzuwirken.

E. Schweigepflicht bezüglich HIV/AIDS

31. Informationen über den Gesundheitszustand und die medizinische Behandlung von Gefangenen sind vertraulich und sollten in nur dem medizinischen Personal zugänglichen Akten dokumentiert werden. Das Gesundheitspersonal kann den Gefängnisverantwortlichen oder der Justiz Informationen zur Verfügung stellen, die bei der Behandlung und Pflege des Patienten helfen, wenn der Gefangene dem zustimmt.
32. Informationen über den HIV-Status dürfen den Gefängnisverantwortlichen nur preisgegeben werden, wenn das medizinische Personal unter Berücksichtigung strenger medizinischer Ethik der Meinung ist, daß die Sicherheit und das Wohl der Gefangenen und des Personals garantiert ist, wobei dieselben Grundsätze wie in der allgemeinen Öffentlichkeit anzuwenden sind. Die Grundsätze und Vorgehensweisen, die bei der freiwilligen Benachrichtigung von Partnern in der allgemeinen Öffentlichkeit dienen, sollten auch im Gefängnis befolgt werden.
33. Eine routinemäßige Mitteilung des HIV-Status von Gefangenen an die Gefängnisverwaltung sollte auf jeden Fall unterbleiben. Keine Markierung, kein Aufkleber, kein Stempel oder kein anderes sichtbares Zeichen auf der Gefangenenakte, der Zelle oder sonstigen Papieren darf den HIV-Status anzeigen.

F. Pflege und Unterstützung für HIV-infizierte Gefangene

34. In jedem Stadium der HIV-bedingten Erkrankungen sollten Gefangene angemessene medizinische und psychosoziale Behandlung erhalten, die derjenigen der anderen Bürger entspricht. Die Einbeziehung aller Gefangenen in

Bezugsgruppen-Unterstützungsprogramme sollte gefördert werden. Die Zusammenarbeit mit Krankenpflegediensten in der allgemeinen Öffentlichkeit sollte unterstützt werden, um die Bereitstellung von medizinischer Pflege zu erleichtern.

35. Medizinische Weiterbehandlung und Beratung für HIV-infizierte Gefangene ohne Krankheitssymptome sollte während der Haftzeit gewährleistet sein.
36. Gefangene sollten Zugang zu Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und die gleichen Rechte wie alle Bürger haben, Behandlungen zu verweigern.
37. Behandlungsmöglichkeiten der HIV-Infektion, deren Vorbeugung und die Behandlung HIV-bedingter Erkrankungen sollten von den Haftkrankestationen vorgehalten werden, wobei dieselben klinischen Standards und Kriterien der Zugänglichkeit angewandt werden wie in der allgemeinen Öffentlichkeit.
38. Inhaftierte sollten denselben Zugang zu klinischen Studien HIV/AIDS-bedingte Erkrankungen betreffend haben wie Menschen in der allgemeinen Öffentlichkeit. Gefangene sollten nicht unter Druck gesetzt werden, an klinischen Studien teilzunehmen, dies unter Berücksichtigung des Prinzips, daß Individuen, die ihrer Freiheit beraubt wurden, nicht Gegenstand medizinischer Forschung sein dürfen, es sei denn, sie stimmen freiwillig zu und es wird ein direkter und sichtbarer Nutzen für ihre Gesundheit erwartet.
39. Die Entscheidung, einen Gefangenen mit AIDS oder anderen HIV-bedingten Erkrankungen auf die Krankenstation zu verlegen, darf nur aus medizinischen Gründen vom medizinischen Personal getroffen werden. Der Zugang zu angemessen ausgestatteten Spezialdiensten muß wie in der allgemeinen Öffentlichkeit sichergestellt sein.
40. Die medizinischen Dienste in den Gefängnissen sollten mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten zusammenarbeiten, um die Fortsetzung der medizinischen und psychologischen Behandlung von HIV-infizierten Gefangenen nach ihrer Entlassung sicherzustellen, sofern der Gefangene zustimmt. Häftlinge sollten ermuntert werden, diese Möglichkeit wahrzunehmen.

G. Tuberkulose in Verbindung mit der HIV-Infektion

41. Häufig fördert die Gefängnisumgebung die Übertragung von Tuberkulose, und die Prävalenzrate kann höher als die in der Allgemeinbevölkerung sein. Darüber hinaus erhöht sich das Auftreten von Tuberkulose im Zusammenhang mit HIV/AIDS, so daß durch die Tatsache vieler HIV-infizierter Gefangener das Risiko einer Tuberkuloseinfektion wächst. Deshalb müssen nachdrückliche Anstrengungen gemacht werden, das Risiko durch die Gefängnisumgebung einzudämmen (z.B. bessere Belüftung der Hafträume; Reduzieren der Überbelegung und Vorhalten angemessener Ernährung). Um Tuberkuloseerkrankungen so früh wie möglich zu entdecken, müssen Suchtests nach Tuberkulose beim Zugang und danach in regelmäßigen Abständen während der Haft durchgeführt werden. Bei einer festgestellten Infektion sollten auch die Kontaktpersonen untersucht werden; ebenso sind effektive Behandlungsmöglichkeiten anzubieten.

42. Diagnostische Suchtests zur Tuberkulosefeststellung beim Gefängnispersonal sind gleichfalls verfügbar zu halten. Behandlungsprogramme für Gefangene mit Tuberkulose sollten im Gefängnis zugänglich sein, und angemessene Anschlußbehandlungen sind sicherzustellen, wenn behandelte Gefangene verlegt oder entlassen werden.
43. Epidemiologische Reihenuntersuchungen nach Tuberkulose unter den Inhaftierten und dem Gefängnispersonal sind notwendig. Besondere Aufmerksamkeit sollte der frühzeitigen Entdeckung medikamentenresistenter Tuberkulose und deren Kontrolle durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen geschenkt werden. Insbesondere sollten Strategien angewandt werden, die sicherstellen, daß Gefangene die begonnene Tuberkulosebehandlung auch zu Ende führen.

H. Weibliche Gefangene

44. Besondere Aufmerksamkeit sollte den Bedürfnissen weiblicher Gefangener gezollt werden. Personal, das mit inhaftierten Frauen arbeitet, sollte besonders geschult sein, um mit den psychosozialen und medizinischen Problemen von HIV-infizierten Frauen umgehen zu können.
45. Weibliche Gefangene, einschließlich HIV-infizierter Frauen, sollten speziell für sie entwickeltes Info-Material und Angebote erhalten, die Informationen über die Wahrscheinlichkeit der HIV-Übertragung, insbesondere von Mutter zu Kind oder auch durch Geschlechtsverkehr, enthalten. Weil weibliche Gefangene sich auch während der Haft oder bei Entlassungen auf Bewährung auf sexuelle Beziehungen einlassen können, sollten sie in die Lage versetzt werden, sich vor einer HIV-Infektion selbst zu schützen, z.B. durch die Bereitstellung von Kondomen und Training, um Safer Sex einzufordern. Beratung zur Familienplanung sollte angeboten werden, wenn die nationale Gesetzgebung eine solche vorsieht. Wie auch immer – es darf kein Druck auf weibliche Gefangene ausgeübt werden, eine Schwangerschaft abzubrechen. Frauen sollten in die Lage versetzt werden, in Gefangenschaft für ihre kleinen Kinder zu sorgen, und dies unabhängig von ihrem HIV-Status.
46. Folgendes sollte in allen Frauenhaftanstalten zur Verfügung stehen:
- gynäkologische Untersuchungen in regelmäßigen Abständen, mit besonderer Aufmerksamkeit auf Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten;
 - Beratung über Familienplanung, orientiert an den Bedürfnissen der Frauen;
 - Betreuung während der Schwangerschaft bei angemessener Unterbringung;
 - Betreuung von Kindern, einschließlich der Kinder von HIV-infizierten Müttern;
 - Kondome und andere Verhütungsmittel während der Haft und vor Ausgängen, Urlaubszeiten und vor der Entlassung.

I. Gefangene in Jugendhaftanstalten

47. Gesundheitserziehungsprogramme, die den Bedürfnissen junger Gefangener angepaßt sind, sollten bei diesen Einstellungen und Verhaltensweisen fördern, die der Vermeidung übertragbarer Krankheiten einschließlich HIV/AIDS dienen. Entscheidungen, die Kinder oder Heranwachsende betreffen, wie etwa die Eltern über den HIV-Status ihrer Kinder zu informieren oder deren Einwilligung zu Behandlungen einzuholen, sollten auf derselben Basis wie in der allgemeinen Öffentlichkeit getroffen werden, mit hinlänglicher Berücksichtigung des Prinzips, daß die Interessen des Kindes höchste Priorität genießen.

J. Ausländische Gefangene

48. Die Bedürfnisse von ausländischen Gefangenen sollten ohne Diskriminierung respektiert werden. Gefängnisbedienstete sollten darin ausgebildet werden, den folgenden Anforderungen zu entsprechen: Unterstützung bei Sprachschwierigkeiten, mündlicher Kontakt mit Familienangehörigen und Anbieten von Beratung. Geeignete Maßnahmen sind zu treffen, um den Schutz HIV-infizierter ausländischer Gefangener sicherzustellen, falls es zur Verlegung, zum Gefangenen austausch zwischen verschiedenen Ländern, zu Abschiebungen usw. kommt.

K. Freigang und Entlassung

49. Gefangene sollten nicht von Maßnahmen wie Freigang, Unterbringung im offenen Vollzug und anderen Arten der Hafterleichterung ausgeschlossen werden aufgrund ihres HIV-Status; der Zugang zu diesen Maßnahmen darf auch nicht abhängig gemacht werden von der Offenlegung des HIV-Status.
50. Gemeindenaher medizinische Hilfe, psychologische Unterstützung und soziale Dienste sollten für HIV-infizierte Gefangene organisiert werden, um ihre Integration in die Gesellschaft nach der Entlassung zu erleichtern.

L. Vorzeitige Entlassung

51. Falls mit Sicherheitserwägungen und juristischen Regelungen vereinbar, sollte Gefangenen im fortgeschrittenen Stadium von AIDS so weit möglich eine vorzeitige Entlassung auf dem Gnadenweg ermöglicht werden, um ihnen Kontakte zu ihrer Familie und zu Freunden zu ermöglichen und ihnen einen Tod in Würde und in Freiheit zu gewähren.
52. Der medizinische Dienst der Haftanstalt sollte vollständige Informationen über den Gesundheitszustand, über Behandlungsnotwendigkeiten und die Prognose des Gefangenen der über vorzeitige Entlassungen entscheidenden Behörde zukommen lassen, falls der Gefangene dies wünscht. Die Bedürfnisse der Gefangenen ohne Hilfsangebote in ihrer Umgebung sollten bei der Entscheidung über die frühzeitige Entlassung in Betracht gezogen werden.

M. Kontakte mit der Öffentlichkeit und Kontrolle

53. Die Zusammenarbeit mit bedeutenden nichtstaatlichen und privaten Organisationen, die Erfahrung in der AIDS-Prävention, Beratung und sozialen Diensten haben, sollte gefördert werden. HIV-infizierten Gefangenen sollte der Zugang zu Wohlfahrtsorganisationen und anderen Trägern von Rat und Hilfe ermöglicht werden.
54. Unabhängigen Organisationen, die sich um die Interessen der Häftlinge kümmern, sollte die Möglichkeit gegeben werden, sich an HIV-infizierte Gefangene zu wenden, wenn diese es wünschen; diese Organisationen sollten ihre Aufmerksamkeit auf Fälle von minderwertiger Pflege, auf Diskriminierungen, auf Nichtrespektierung ethischer Grundsätze oder auf Abweichungen von den etablierten Vollzugspolitiken und Vollzugsregeln lenken, um die Einhaltung eines humanen Umgangs mit den Gefangenen sicherzustellen.
55. Regelmäßige Besuche und die Überwachung der Gefängniseinrichtungen sollten durch die öffentliche Gesundheitsverwaltung erfolgen, die von der Gefängnisverwaltung unabhängig sein muß.
56. Die Gefangenen sollten sich wegen minderwertiger Behandlung, Diskriminierungen oder der Nichtrespektierung grundlegender ethischer Regeln im Zusammenhang mit HIV/AIDS an eine unabhängige und kompetente Einrichtung wenden können; effektive Abhilfe sollte möglich sein.

N. Ressourcen

57. Ausreichende Mittel sollten für die Gesundheitsfürsorge im Gefängnis, für entsprechendes Personal und für spezielle HIV/AIDS-bezogene Aktivitäten von den zuständigen Behörden bereitgestellt werden. Die zur Verfügung gestellten Mittel sollten für Prävention, Beratung, ambulante Dienste, Medikamente und für Krankenhauszwecke genutzt werden.

O. Evaluation und Forschung

58. Studien zu HIV/AIDS unter Gefangenen werden empfohlen, um eine angemessene Informationsbasis für die Planung von Strategien und Interventionen auf diesem Feld aufzubauen. Solche Studien könnten zum Beispiel die Verbreitung der HIV-Infektion oder die Häufigkeit von HIV-Risikoverhalten zum Gegenstand haben.
59. Die Interventionsmaßnahmen der Gefängnisverwaltungen zur Übertragung von HIV und zur Fürsorge für von HIV/AIDS Betroffene sind wissenschaftlich zu begleiten. Diese Evaluationen sollten von den Gefängnisverwaltungen dazu genutzt werden, das Konzept und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen zu verbessern.

Übersetzung: Herma Dente, Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit e.V., Bremen; Klaus-Dieter Beißwenger, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin

EIN DENKWÜRDIGER BRIEFWECHSEL

DER BUNDESMINISTER FÜR GESUNDHEIT –
DIE BUNDESMINISTERIN FÜR JUSTIZ

Der Bundesminister für Gesundheit

**An die
Bundesministerin der Justiz
Frau Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, MdB**

Sehr geehrte Frau Kollegin,

wie eine Auswertung der vorhandenen Daten und Studien zeigt, konsumieren trotz scharfer Kontrollen über 40% der ca. 20.000 Drogenabhängigen in Haft weiter illegale Drogen. Dabei benutzen häufig mehrere – lt. Endbericht der AIDS-Enquête-Kommission bis zu 20 Personen – dasselbe Spritzbesteck. Bei einem Anteil von schätzungsweise 2–3% HIV-Infizierten an der Gesamtgefängnizenszahl überrascht daher nicht, daß nach einer Studie des Sozialpädagogischen Instituts in Berlin die HIV-Prävalenz bei befragten Drogenabhängigen mit Haftenerfahrungen signifikant höher ist als bei solchen ohne Haftenerfahrungen, und daß sie mit der Anzahl und der Dauer der Haftepisoden weiter steigt. Im Interesse der Volksgesundheit erscheint daher eine Verbesserung der HIV-Prävention in Gefängnissen geboten. Zwar ist der Strafvollzug Ländersache, doch ist es m.E. den für Justiz und Gesundheit zuständigen Bundesministern unbenommen, auf ein erkanntes Problem hinzuweisen und die Diskussion von Lösungsmöglichkeiten anzuregen – zumal die Verhütung und Bekämpfung gemeingefährlicher und übertragbarer Krankheiten nach Art. 74 Nr. 19 GG unter dem Aspekt der Rechtssetzungskompetenz ohnehin Bundesaufgabe ist.

Ich schlage daher vor, daß wir uns eng aufeinander abgestimmt an die jeweils für Justiz bzw. Gesundheit zuständigen Minister und Senatoren in den Bundesländern wenden und sie unter Hinweis auf den dringlichen Handlungsbedarf zur Eindämmung der HIV-Infektion in Gefängnissen anregen, die bislang zu Drogenkonsum und HIV-Prävention in Gefängnissen vorliegenden Erfahrungen von Praktikern aus dem Strafvollzug sowie aus der Drogen- und AIDS-Hilfe auf Landesebene zusammenzuführen und für zukünftige Präventionsmaßnahmen auszuwerten. Dies sollte unter besonderer Berücksichtigung der Empfehlungen der AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages zu diesem Thema geschehen. Dabei geht es zum einen um die Weiterentwicklung von Aufklärung und Therapiemöglichkeiten (ggf. auch Substitution) für Drogenabhängige in Haft; zum anderen wird aber in Ergänzung dieser längerfristig wirkenden Maßnahmen auch empfohlen,

- den Gefangenen die Möglichkeit zu eröffnen, sich sterile Einmalspritzen zu beschaffen,
- den Gefangenen Natriumhypochlorid als Desinfektionsmittel frei zugänglich zu machen,
- Kondome und wasserlösliche Gleitmittel so zugänglich zu machen, daß sich Gefangene damit unbemerkt versorgen können.

Zumindest die beiden letzteren Empfehlungen sollten m.E. kurzfristig, sofern noch nicht geschehen, im vollen Umfang umgesetzt werden. Aber auch über Möglichkeiten der Spritzenvergabe sollte, wie schon der Drogenbeauftragte der Bundesregierung in seinem Schreiben an Herrn Parl. Staatssekretär Funke vom 15.06.1993 angeregt hat, auf Bundes- und Länderebene diskutiert werden. Zur Bilanzierung der Diskussion scheint mir ein Expertengespräch sinnvoll, bei dem Vollzugsbeamte, Anstaltsärzte, Gefängnisseelsorger, Sozialarbeiter und Wissenschaftler, die hierzu bereits geforscht haben, und Fachleute aus der AIDS-Hilfe und Drogenberatung angehört und nach ihrer Sicht des Problems, Erfahrungen und Vorschlägen zu verbesserter HIV-Prävention im Gefängnis befragt werden können. Zu diesem Gespräch – das das Bundesgesundheitsministerium in enger Abstimmung mit Ihrem Haus vorbereiten und durchführen könnte – sollte von den Länderregierungen je ein Vertreter auf Fachebene aus den Bereichen Justiz und Gesundheit eingeladen werden.

Der Bundespräsident hat in seiner Eröffnungsrede zum IX. Internationalen AIDS-Kongreß in Berlin die Situation von Gefangenen als Beispiel dafür angesprochen, daß wir nicht „durch starre ideale Grundsätze unentschuldig viele Menschenleben gefährden“ dürfen. In diesem Sinne sollten wir als zuständige Bundesminister die Kolleginnen und Kollegen in den Landesregierungen zu einer Situationsanalyse und zum Erproben neuer Wege der HIV-Prävention auch in Gefängnissen anregen und ermutigen. Das Thema könnte auch auf der nächsten Justiz- bzw. Gesundheitsministerkonferenz erörtert werden.

Wegen der Dringlichkeit des Themas hoffe ich, sehr geehrte Kollegin, daß wir uns bald auf ein gemeinsames Vorgehen in der Sache verständigen können.

Mit freundlichen Grüßen

Horst Seehofer

Der Bundesminister für Justiz

**An den
Bundesminister für Gesundheit
Herrn Horst Seehofer, MdB**

Sehr geehrter Herr Kollege,

für Ihr Schreiben vom 20. Juli 1993, mit dem Sie sich für eine Verbesserung der HIV-Prävention in Justizvollzugsanstalten einsetzen, danke ich Ihnen.

Ich stimme mit Ihnen überein, daß einer wirksamen HIV-Prävention in den Justizvollzugsanstalten angesichts der vielen drogenabhängigen Gefangenen eine besonders hohe Bedeutung zukommt, und daß wir trotz der Zuständigkeit der Länder für den Strafvollzug aufgerufen sind, uns mit dieser Problematik auch zu befassen.

Allerdings meine ich, daß die in Ihrem Schreiben enthaltene Situationsbeschreibung der gegenwärtigen Verhältnisse im Vollzug und Ihr daraus resultierender Vorschlag, die Länder auf den dringlichen Handlungsbedarf zur Eindämmung der HIV-Infektion in den Gefängnissen hinzuweisen, weiterer Erörterung bedarf.

Die in meinem Hause vorliegenden Erkenntnisse über das gegenwärtige im Vollzug bestehende Risikopotential, die vornehmlich auf den statistischen Erhebungen der Landesjustizverwaltungen über die Ergebnisse der HIV-Testuntersuchungen bei der Aufnahme in eine Anstalt und während des Vollzuges beruhen, sprechen dafür, daß jedenfalls bundesweit gesehen die Verhältnisse nicht so besorgniserregend sind, wie es die eingangs Ihres Schreibens gegebene Situationsbeschreibung befürchten läßt.

Dem diesem Schreiben beigefügten Auswertungsvermerk, auf den ich Bezug nehmen darf, ist zu entnehmen, daß sowohl die Anzahl der Drogenabhängigen im Vollzug, als auch die Zahl der HIV-positiven Gefangenen mit etwa 1% an der Gesamtgefangenenanzahl nicht das in Ihrem Schreiben befürchtete Ausmaß erreichen dürfte.

Besonders bemerkenswert finde ich, daß die Zahl der positiven Befunde bei den HIV-Untersuchungen trotz steigender Gesamtgefangenenanzahl von 856 Fällen im Jahre 1989 kontinuierlich bis auf 502 Fälle im Jahre 1992 zurückgegangen ist, obwohl sich die Anzahl der Untersuchungen in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt hat.

Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang, auch auf eine Feststellung der AIDS-Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages hinzuweisen, die nach den mir vorliegenden Erkenntnissen auch heute noch Gültigkeit hat. Die Enquête-Kommission hat in ihrem Bericht festgestellt, daß „aufgrund des besonderen Risikopotentials und aufgrund der höheren Durchseuchung in Justizvollzugsanstalten davon auszugehen ist, daß es dort zu Infektionen kommen kann; diese Vermutung ist bisher jedoch nicht belegt“. Natürlich darf die auch von den Landesjustizverwaltungen geteilte Erkenntnis, daß AIDS ebenso

wie die Drogenabhängigkeit in erster Linie von außen in den Vollzug hineingetragen wird, uns ebensowenig wie der Rückgang der Anzahl der HIV-infizierten Gefangenen zu der Einschätzung verleiten, es bedürfe keiner weiteren Anstrengung zur Eindämmung der HIV-Infektionsgefahr in den Justizvollzugsanstalten. Angesichts der lebensbedrohenden Konsequenzen, die eine HIV-Infektion für jeden einzelnen Betroffenen haben kann, bin ich vielmehr der Auffassung, daß uns dies um so mehr anspornen sollte, alle uns möglichen Schritte zu unternehmen, die das lebensbedrohende Risiko einer HIV-Infektion weiter vermindern helfen.

Bei der Frage, wie eine solche Verbesserung möglich ist, darf man meines Erachtens nicht außer acht lassen, daß die Länder bereits derzeit vielfältige Anstrengungen zur AIDS-Prävention unternehmen.

Diese sowohl von der AIDS-Enquête-Kommission als auch von dem Nationalen AIDS-Beirat in seinem Votum vom 29.11.1990 bereits anerkannten Bemühungen, die in dem beigefügten Vermerk (...) dargestellt sind, verwirklichen zum Teil bereits schon die von Ihnen angeregten Maßnahmen. Dabei wird die begleitende Diskussion nicht nur unter den Landesjustizverwaltungen, sondern teilweise auch fachübergreifend mit den Gesundheitsressorts und unter Beteiligung vollzugsexterner Stellen geführt.

Angesichts der Tatsache, daß die vollzuglichen HIV-Präventionskonzepte der Landesjustizverwaltungen in die rechtspolitischen Vorstellungen der Länder zur Drogenpolitik und zur Behandlung von Drogenabhängigen im Vollzug eingebunden sind, wird es nicht einfach sein, durch die von Ihnen vorgeschlagene fachübergreifende Gesprächsrunde zu einer veränderten Einschätzung derjenigen Länder zu kommen, die – wie beispielsweise Bayern und Baden-Württemberg – jedwede Art von Substitution im Vollzug ablehnen. Ich werde Ihre Bemühungen in diese Richtung aber gerne unterstützen.

Auch die gegen die Vergabe von Einmalspritzen an drogensüchtige Gefangene seitens der Landesjustizverwaltungen erhobenen Bedenken, die nicht nur auf Sicherheitserwägungen beruhen, sondern viele weitere Aspekte berücksichtigen, sind zu diskutieren.

Thematisiert werden müßten meines Erachtens auch die Fragen der praktischen Umsetzung dieser Forderung, insbesondere z.B. die Kontrolle der Spritzenvergabe, Entsorgung etc.

Gleichwohl unterstütze ich das von Ihnen zur Bilanzierung der Diskussion und zur Fortentwicklung der Präventivmaßnahmen angeregte ressortübergreifende Fachgespräch und werde mich entsprechend Ihrem Vorschlag gemeinsam mit Ihnen in eng aufeinander abgestimmten Schreiben an die jeweils für Justiz bzw. Gesundheit zuständigen Minister und Senatoren in den Bundesländern wenden. Darüber hinaus werde ich Ihr Schreiben den Landesjustizverwaltungen zur Kenntnis bringen und ihre Vorschläge auf der 78. Tagung des Strafvollzugausschusses der Länder, der sich als Unterausschuß der Justizministerkonferenz nahezu regelmäßig mit der Problematik Drogen und Vollzug befaßt, vom 4. bis 6. Oktober 1993 in Berlin zur Diskussion stellen.

Lassen Sie mich abschließend auf einen Gesichtspunkt hinweisen, der mir besonders wichtig erscheint. Bei allen Überlegungen, wie die HIV-Prävention in den Anstalten verbessert werden kann, dürfen wir nicht außer acht lassen, daß dies nicht ausschließlich eine Angelegenheit der Landesjustizverwaltungen ist.

Die effektivste Möglichkeit, den Drogenkonsum in den Anstalten und die Gefahr einer HIV-Infektion im Vollzug zu verringern, wäre es, wenn – entsprechend den langjährigen Forderungen der Landesjustizverwaltungen – ausreichend externe Therapiemöglichkeiten für Drogenabhängige geschaffen würden. Hierdurch würde nicht nur der Vollzug in einem Aufgabenbereich entlastet, für den er weder bestimmt noch geeignet ist, sondern hierdurch könnte auch die Gefahr einer HIV-Infektion im Vollzug verringert werden. Insofern sind jedoch nicht die Justizbehörden, sondern die Gesundheitsbehörden der Länder gefordert.

Da jede weitere Reduzierung des Einschmuggelns von Drogen in die Haftanstalten geeignet ist, den Drogenkonsum im Vollzug zu vermindern, sollten den Landesjustizvollzugsverwaltungen auch kurzfristig gesetzliche Grundlagen an die Hand gegeben werden, die effektivere Kontrollmöglichkeiten eröffnen.

In den vom Bundesministerium der Justiz erstellten Entwurf eines Jugendstrafvollzugsgesetzes ist bereits einem dringenden Bedürfnis der Praxis entsprechend hinsichtlich der Durchsuchungsmöglichkeiten der jungen Gefangenen eine gegenüber dem Strafvollzugsgesetz erweiterte Regelung eingestellt worden. Der Entwurf sieht hierzu u.a. vor, daß eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung der jungen Gefangenen nicht nur bei der Aufnahme und nach jeder Abwesenheit von der Anstalt (so bisher das Strafvollzugsgesetz), sondern auch nach Besuchen durchgeführt werden kann.

Drogenkonsum im Vollzug ist vielfach auch ein Ausdruck der Hoffnungslosigkeit und Vereinsamung. Dem sollte durch eine entsprechende Vollzugsgestaltung entgegengewirkt werden. Der vorerwähnte Entwurf eines Jugendstrafvollzugsgesetzes versucht beispielsweise durch die Grundlegung des Wohngruppenvollzuges der Gefahr einer Isolation der jungen Gefangenen zu begegnen und durch eine stärkere Betonung der Schulungs- und Ausbildungsmöglichkeiten ihnen bessere Perspektiven für die Zeit nach ihrer Entlassung aufzuzeigen.

Leider konnte das Gesetzgebungsvorhaben, das von den Ländern mehrheitlich unterstützt wird, bisher nicht in das Kabinett eingebracht werden, weil die AG Recht der CDU/CSU-Fraktion sich die von Bayern und Baden-Württemberg erhobenen Bedenken gegen den Entwurf zu eigen gemacht hat.

Ich meine aber, daß wir nicht nur an die Länder appellieren sollten, Anstrengungen zur Verbesserung der HIV-Prävention in den Anstalten zu unternehmen, sondern daß wir auch in unserem jeweiligen Bereich hier unterstützend tätig werden sollten.

Mit freundlichen Grüßen

Sabine Leutheusser-Schnarrenberger

ÜBER DEN NACHWEIS MEINER HIV-INFIZIERUNG IN DER JVA TEGEL

Ich war von März 1988 bis Juni 1994 wegen Beschaffungskriminalität inhaftiert. Ich war also vor der Inhaftierung heroinabhängig. Bei allem Elend, das die Sucht mit sich bringt, gelang es mir dennoch, eine HIV-Infektion definitiv auszuschließen. „Needle sharing“ (gemeinsames Benutzen eines unsterilen Spritzbestecks) war für mich kein Thema, da ich mir immer vorsorglich einen Karton Einwegspritzen mit Nadeln gekauft habe. Der Preis für 100 Spritzen mit Nadeln betrug im Jahre 1987/88, also vor der Inhaftierung, knapp unter 20 DM. Ich habe peinlichst darauf geachtet, daß immer neue Einwegspritzen im Hause waren. Die Tests, die ich während der Haft seit 1991 machen ließ, bestätigen meine Vorsicht.

Hier soll es nun darum gehen nachzuweisen, daß meine Infektion nur und ausschließlich aufgrund der repressiven, inhumanen und für mich nicht nachvollziehbaren Drogenpolitik zustande gekommen ist.

Die vorliegenden Tests bestätigen, daß ich mich während eines zwangsweisen Aufenthalts in der JVA Tegel mit dem HI-Virus infiziert habe – auch aufgrund der Verweigerung der Abgabe von sterilen Spritzen in den Vollzugsanstalten. Ein anderer Infektionsweg ist definitiv auszuschließen. Ich bin nicht homosexuell veranlagt, habe also während der Haft weder mit Männern noch mit Frauen intimen Verkehr gehabt. Auch Urlaub oder Ausgänge sind mir nicht gewährt worden. Über den Zeitraum der Infizierung besteht kein Zweifel (siehe Tests). Was den Übertragungsweg angeht, so muß ich intravenösen Drogenkonsum (wenn auch nur sporadisch) einräumen. Diesbezüglich möchte ich auf ein Urteil des Bundesgerichtshofes verweisen, wonach der bloße Konsum straf-frei ist: BGH Beschluß vom 24.11.92 – 1 STR 780/92 (LG Stuttgart).

An Drogen aller Art heranzukommen, ist in der JVA Tegel kein Problem. Diese Tatsache wird auch von offizieller Seite nicht mehr bestritten. Nicht nur für Geld (ab 20 DM), auch für Waren jedweder Art gibt es Drogen: Kaffee, Tabak und jetzt auch Telefonkarten, Briefmarken sowie Kleingeräte aus der Unterhaltungselektronik sind Zahlungsmittel.

In einem Briefwechsel zwischen dem Bundesgesundheitsminister H. Seehofer und der Justizministerin S. Leutheusser-Schnarrenberger weist Herr Seehofer auf die Problematik in den Vollzugsanstalten hin. Frau Leutheusser-Schnarrenberger bemerkt in ihrem Antwortschreiben vom 17.09.93: „Die Enquête-Kommission hat in ihrem Bericht festgestellt, daß aufgrund der höheren Durchseuchung in Justizvollzugsanstalten davon auszugehen ist, daß es dort zu Infektionen kommen kann; diese Vermutung ist bisher jedoch nicht belegt.“

In der Tat ist meine Infektion auf Bundesebene noch nicht bekannt, was sich ja jetzt ändert.

An anderer Stelle schreibt die Justizministerin weiter: „Angesichts der lebensbedrohenden Konsequenzen, die eine HIV-Infektion für jeden einzelnen

Betroffenen haben kann, bin ich vielmehr der Auffassung, daß uns dies um so mehr anspornen sollte, alle uns möglichen Schritte zu unternehmen, die das lebensbedrohende Risiko einer HIV-Infektion weiter vermindern helfen.“

Meint sie dies ernst, so müßte sie in Anbetracht der ständig präsenten Infektionsgefahr sofort Einwegspritzen für Heroinkonsumenten in Haftanstalten freigeben! In der JVA Tegel z.B. teilen sich immer noch zwischen 10 und 20 Menschen eine unsterile und stumpfe Einwegspritze.

Nachdem mir ein Antrag auf Therapie gemäß §35,36 BtMG von der Rechtsmittelinstanz abgelehnt wurde, werde ich seit April mit Polamidon bzw. Methadon substituiert. Die Infektion ist für mich kein Grund, jetzt erst recht Heroin zu konsumieren. Im übrigen finden regelmäßige Kontrollen auf Nebenkonsum zum Methadon statt.

Jetzt sieht es so aus, daß ich vom Berliner Justizsenat einen Schadensersatz und Schmerzensgeld fordere. Denn meine Infektion kam nur aufgrund der unfreiwilligen Inhaftierung und der inhumanen Sozial- und Drogenpolitik zustande. Mein Rechtsanwalt Rolf Reiner Stanke und ich sind davon überzeugt, daß die Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderung vehement zurückgewiesen werden wird und es daher zur Klage (sehr wahrscheinlich auch fruchtlos) kommen wird.

Allerdings: Was soll ich von einem Land erwarten, in dem im Jahre 1993 am 1. Mai von Angehörigen des Bundesgrenzschutzes in Berlin das „Horst-Wessel-Lied“ gesungen wird; wo „Otto Normalbürger“ Beifall klatscht, wenn Asylbewerberheime brennen und jüngst Angehörige der Bundeswehr-Elitetruppe (gemeint ist die Gruppe, die anlässlich von Ministerempfangen militärische Ehren bezeugt) aus dem Urlaub kommend im Bus Naziparolen grölen und Fahrgäste beschimpften?!

Abschrift

RA Stanke Postfach 125 · 12001 Berlin

Einschreiben/Rückschein

Senatsverwaltung für Finanzen
Nürnbergstr. 53
10789 Berlin

..... ./.. Land Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Vollmachtvorlage wird angezeigt, daß mich der Strafgefangene **.....**, z. Zt. JVA Tegel, TA V, Seidelstr. 39, 13507 Berlin, mit seiner Vertretung beauftragt hat.

Der Mandant hat sich im Zeitraum der ersten Jahreshälfte 1993 in der JVA Tegel mit dem HIV-Virus infiziert. Dieser Umstand kann dadurch belegt werden, daß der Mandant in der JVA Tegel regelmäßig sogenannte AIDS-Tests durchgeführt hat, die im Oktober 1992 und März 1993 noch negativ verliefen. Der Test verlief am 23. September 1993 erstmals positiv, das Ergebnis wurde mit Test vom 08. Dezember 1993 bestätigt und dem Mandanten attestiert, daß er derzeit lediglich noch über 470 Helferzellen verfüge.

Damit steht zeitlich die HIV-Infektion des Mandanten während seines zwangsweisen Aufenthaltes in der JVA-Tegel fest. Der Mandant hat sich dadurch infiziert, daß er zum Konsum von Heroin im fraglichen Zeitraum in der JVA Tegel auf gebrauchte Kanülen von Mitgefangenen angewiesen war, weil die JVA Tegel die Vergabe von unbenutzten Einwegspritzen in nicht nachvollziehbarer Weise verweigert hat.

-2-

Spätestens seit 1987 ist seitens der Verantwortlichen bekannt, daß ein nicht unerheblicher Anteil von Strafgefangenen in dem Berliner Vollzug regelmäßig intravenöse Drogen einnimmt und dabei, wie auch der Mandant, daß sogenannte Needle-Sharing betreibt, daß sich also mehrere Gefangene auf einer Station ein einziges Spritzbesteck teilen, ohne das die Möglichkeit bestünde, die Bestecke zu desinfizieren. Da andere Schritte nicht erfolversprechend sind, und das Betäubungsmittelgesetz 1992 ausdrücklich dahingehend klarstellend geändert wurde, daß die Vergabe von Einwegspritzen keinen Verstoß gegen Betäubungsmittelgesetz darstellt, wäre das Land Berlin aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz verpflichtet gewesen, zum Schutz der Gesundheit und des Lebens des Mandanten unverzüglich die Vergabe unbenutzter Einwegspritzen in der JVA Tegel zu zulassen.

Wäre das Land Berlin seiner Schutzpflicht für Leben und Gesundheit des Mandanten unverzüglich spätestens nach der Klarstellung durch das Betäubungsmittelgesetz nachgekommen, wäre die HIV-Infizierung des Mandanten vermieden worden.

Aufgrund dieser Pflichtverletzung ist das Land Berlin verpflichtet, dem Mandanten alle aus der Pflichtverletzung und der daraus folgenden HIV-Infizierung entstehenden Schäden zu ersetzen und ihm ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen.

Ich habe Sie aufzufordern, innerhalb

eines Monats

ab Datum dieses Schreibens namens des Landes Berlin die Schadenersatz- und Schmerzensgeldpflicht gegenüber dem Mandanten schriftlich anzuerkennen.

Für den Fall fruchtlosen Fristverstreichens bin ich gehalten, dem Mandanten zur Durchsetzung seiner Forderung die Inanspruchnahme gerichtlichen Rechtsschutzes anzuraten.

In Erwartung Ihrer Rückantwort verbleibe ich

mit freundlichem Gruß

gez. Stanke
Rechtsanwalt

3-Zentrum im BGA
ert-Koch-Institut
Juli 20
Berlin 65
: 030/4503-243

Lfd. Nr.: 2423/93

Insender:
Justizvollzugsanstalt Tegel Berlin
Arbeitsbereich TAI II
Sonderpostfach
13553 Berlin 27

Patient
Name: [redacted]
Vorname: [redacted]
Station: TAI II
Geb. Datum: [redacted] Alter:
Geschlecht:

Infektionsrisiko:

- Homo/Bi 4 Hämophilie kein erkennbares Risiko
- pos. Partner 5 Heterosex. unbekannt
- IVDA - Risikopartner (1-4) _____ Sonstiges: _____
- Blut (-Produkte) - pos. Partner

Klinische Angaben:

- Lymphknoten (extrainguinal) 0-1
- Zahl der betroffenen Regionen) 2-3 > 3
- Durchfälle
- Gewichtsverlust kg
- Nachschweiß
- Fieberschübe
- Leistungsknick
- Stadium CDC:

Hautsymptome
welche: _____

Sonstiges/Bemerkungen: Rückantwort vom 17.9.1993

Gewünschte Untersuchungen:

- HIV1-Antikörper:
 - Elisa
 - Western Blot
 - Immunfluoreszenz
- P24-Antigen
- Virusanzucht*
- Lymphozytensubpop.*
- HIV2-Antikörper

* nur nach tel. Rücksprache

HIV-EDISA
positiv

Ergebnis

Immunoblotting positiv
Nachweis von Antikörpern
gegen HIV 1

(Hiv 2 Zauder)

Blut für Differenzierung HIV 1 od
Hiv 2 bei Dr. Rex telep.
angefordert d. PCR 20ml EDIA

Datum: 1.12.93

Justizvollzugsanstalt Tegel
Arbeitsbereich TAI II
Sonderpostfach
13553 Berlin 27

AIDS-Zentrum
im Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13553 Berlin

2423

dufer 20
0 Berlin 65
.: 030/4503-243

Lfd. Nr.: 1430/93

Empfänger:

Justizvollzugsanstalt Tegel
Seidelstr. 39 1000 Berlin 27
- Der Anstaltsarzt TA 6.

Patient

Name: [redacted]
Vorname: [redacted]
Station:
Geb. Datum: [redacted] Alter:
Geschlecht: *weiblich*

Infektionsrisiko:

Homo/Bi 4 Hämophilie
- pos. Partner 5 Heterosex.
: IVDA - Risikopartner (1-4) _____
Blut (-Produkte) - pos. Partner

kein erkennbares Risiko
unbekannt

Sonstiges: _____

Klinische Angaben:

Lymphknoten (extrainguinal) 0-1 Durchfälle Fieberschübe
Zahl der betroffenen Regionen) 2-3 Gewichtsverlust kg Leistungsknick
 >3 Nachtschweiß Stadium CDC: _____

Hautsymptome
welche: _____

Sonstiges/Bemerkungen: *Kopf Weissh*

Gewünschte Untersuchungen:

HIV1-Antikörper
- Elisa
- Western Blot
- Immunfluoreszenz
P24-Antigen
Virusanzucht*
Lymphozytensubpop.*
HIV2-Antikörper

Ergebnis

HIV - ELISA
negativ
Kein Hinweis auf
Infektion mit HIV 1/2

11/3 C1x

* nur nach tel. Rücksprache

29. MRZ. 1993

Datum:

23. 3. 93

Unterschrift:

Justizvollzugsanstalt Tegel
Seidelstr. 39 1000 Berlin 27
- Der Anstaltsarzt TA 6.

[Signature]
Städt. Gesundheitsamt
Berliner Gesundheitsamt
Charlottenburg

ROBERT KOCH - INSTITUT

4794/93

AUTOREN UND AUTORINNEN

1000 Berlin 65, Nordufer 20
Telefon: 4503-243

Arbeitsgruppe: AIDS

Patient

Name: [redacted] Vorname: [redacted]
Geburtsdatum: [redacted] Station: JVA Tegel II

Klin. Angaben

extrainguinale Durchfälle ja nein
Lymphknotenschwellungen 0-1 ja nein kg
Zahl der betr. Regionen 2-3 ja nein
 >3 ja nein
Nachtschweiß ja nein
Fieberschübe ja nein
Leistungsknick ja nein

Hautsymptome ja nein

welche Genitale 20ml
andere Symptome HIV-ELISA EDTA-Blut
Bemerkungen: positiv
hier PCR

Untersuchung Ergebnis HIV 1+2

HTLV-III-Elisa Immuno-Blotting positiv
 Western-Blot Nachweis von Antikörpern
 Virusanzucht gegen HIV-1 immunfluoreszenztest positiv
 Lymphozyten-Nachweis von Antikörpern
subpopulationen* gegen: HIV-1
 Mitogen- LD 14102, 26, 36, 56, 68
stimulationstest* AIDS-Zentrum
im Bundesgesundheitsam.
Robert Koch - Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Einsender: Justizvollzugsanstalt Tegel
Anforderung: [redacted]
Sonderstr. 13 - 10507 Berlin
13353 Berlin, den 23. 9. 93
Ilke Frau
HIV Spezialambulanz

BGA 377 (1 85)

- Béatrice Aebersold**
Régine Linder
Kontaktadresse: AIDS-Hilfe Bern,
Wylersstraße 109, Postfach 16, CH-3000 Bern 22,
PC 30-10716-6, Tel.: 031/3313334
- Karl Bolli**
Dr. med., Leiter des Gefängnisärztlichen Dienstes der Kantonalen Strafanstalt
Regensdorf/Schweiz
Kantonale Strafanstalt, CH-8105 Regensdorf, Tel.: 8401711
- Michael Gähler**
Referent für Menschen in Haft der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33, D-10967 Berlin, Tel.: 030/690087-0; Fax: 030/690087-42
- Ulrich Heide**
Geschäftsführer der Deutschen AIDS-Stiftung „Positiv leben“,
Gispinstraße 7, D-50667 Köln, Tel.: 0221/251061, Fax: 0221/251063
- Karlheinz Keppler**
M.A., Medizinaloberarzt, Arzt der JVA für Frauen Vechta,
Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Kontaktadresse: Postfach 1235, D-49361 Vechta,
Tel.: 04441/884-250, Fax: 04441/884-240
- Wolfgang Lesting**
Dr. iur., Richter, Parkallee 67, D-28209 Bremen
- Joachim Nelles, Sandra Bernasconi, Bernhard Bürki, Hans Peter Hirsbrunner,
Christine Maurer und Doris Waldvogel**
Kontaktadresse: Dr. med. Joachim Nelles, Psychiatrische Universitätsklinik Bern,
Bolligenstraße 111, CH-3072 Ostermündigen bei Bern,
Tel.: 031/9309111, Fax: 031/9309404
- Linus M. Schumacher**
Delegierter für AIDS-Fragen des Kantons Basel-Stadt
Gesundheitsamt Basel-Stadt, St. Albanvorstadt 12, CH-4006 Basel,
Tel.: 061/2679542, Fax: 061/2679529
- Heino Stöver**
Dr. rer. pol., Geschäftsführer des Vereins „Kommunale Drogenpolitik/Verein für
akzeptierende Drogenarbeit e.V.“, Bremen,
Kreuzstraße 29, D-28203 Bremen,
Tel.: 0421/76045, Fax: 0421/75729
- Tim Däumel**
JES (Junkies, Ehemalige, Substituierte) Oldenburg e.V.,
Nadorsterstr. 24, D-26123 Oldenburg, Tel.: 0441/883418

BAND XIV

INFEKTIONSPROPHYLAXE IM STRAFVOLLZUG

Eine Übersicht über Theorie und Praxis
Heino Stöver (Hrsg.)

Der vorliegende Band untersucht zum einen, warum trotz der belastenden Lebens- und Drogenkonsumbedingungen innerhalb der Anstalten in Deutschland keine infektionsprophylaktischen Angebote gemacht werden, die über moralische Appelle hinausgehen und effektive Instrumentarien der Infektionsverhütung bereitstellen. Zum zweiten werden jenseits sich diametral gegenüberstehender Maximalforderungen (Drogenfreiheitsanspruch vs. Spritzenvergabe) praktikable infektionsprophylaktische Angebote vorgestellt.

ISSN 0937-1931
ISBN 3-930425-05-X