Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 31 (2005)

Heft: 2

Artikel: Infektionsgefahren (HIV / AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug : warum werden wirksame Prophylaxe-Strategien nicht angewendet?

Autor: Stöver, Heino

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800394

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Infektionsgefahren (HIV/AIDS und H werden wirksame Prophylaxe-Strategi

Obwohl sich die Zahl der Infektionen mit HIV/AIDS und Hepatitis im Strafvollzug mittels Spritzenvergabe-Programmen nachweislich deutlich verringern lässt, wurden in Deutschland 6 der 7 bestehenden Vergabeprogramme eingestellt. Das politische Kalkül scheint in dieser Frage wichtiger zu sein, als die Bedenken um die Gesundheit der Gefangenen.

HEINO STÖVER*

In Bremen gelten 22% der männlichen Gefangenen als drogenabhängig, weitere 44% als «suchtgefährdet» – insgesamt sind etwa 2/3 der 680 Gefangenen als DrogenkonsumentInnen bekannt. Bei den Frauen ist sogar jede Dritte Gefangene drogenabhängig[1]. Das ist nur ein Beispiel aus einem durchschnittlichen Gefängnis in Deutschland; doch diese Zahlen spiegeln ziemlich genau die Realität in bundesdeutschen Gefängnissen wieder: Drogenkonsumierende stellen in vielen Haftanstalten Deutschlands (und auch Europas) die grösste, homogene Gefangenengruppe dar: Konservative Schätzungen gehen davon aus, dass ein Viertel der Gefangenenpopulation (d.h. etwa 20000) ehemalige oder aktuelle GebraucherInnen von Drogen sind[2]. In Frauen- und Jugendhaftanstalten ist der Anteil zum Teil erheblich höher. In den neuen Bundesländern dominieren in etwa gleichem Masse alkholbedingte Straftaten unter den Gefangenen[3].

* Heino Stöver, Ph.D., Associate Professor University of Bremen, Faculty of Law, Postbox 330 440, D-28334 Bremen, Tel.: +49 (0) 421 218 3173, Fax.: +49 (0) 421 218 3684, E-Mail: heino.stoever@uni-bremen.de

Konsum mit hohen Gesundheitsrisiken

Die hohe Verbreitung des Drogenkonsums bedeutet gleichzeitig, dass der medizinische Dienst der Anstalten überwiegend mit den (Folge-)Problemen drogenabhängiger Gefangener beschäftigt ist[4]. Viele DrogenkonsumentInnen können ihre Sucht eben nicht mit dem Eintritt in die Haftanstalt beenden: Etwa die Hälfte der Konsumierenden setzt seinen Konsum zwar mit geringerer Frequenz, dafür aber mit umso höheren Gesundheitsrisiken fort. Das Kennzeichen der Opiatsucht besteht gerade in dem permanenten und schwer zu durchbrechenden Verlangen nach psycho-aktiver Veränderung des Bewusstseins und der emotionalen Verfassung. Ein nicht unerheblicher Teil der Gefangenen gibt an, im Vollzug erstmals Drogen konsumiert zu haben (unterschiedlichen Studien zufolge zwischen 5-25%). Jeder intravenöse Drogenkonsum in Haft (vorwiegend Opiatkonsum) muss als infektionsrelevant betrachtet werden, da sterile Einwegspritzen und steriles Konsumzubehör im Gefängnis praktisch nicht verfügbar sind und von «Stationspumpen» berichtet wird, die oft von einer erheblichen Anzahl von Gefangenen genutzt wird.
Schätzungen und einzelne Studien deuten darauf hin, dass in Deutschland etwa 1% der Gefangenen als HIV-positiv zu betrachten ist. Ein sehr viel grösserer Teil der Gefangenen ist HCV-positiv. Eine aktuelle Untersuchung in der U-Haftanstalt Oldenburg weist aus, dass bereits 15% aller Gefangenen vorwiegend mit Hepatitis C infiziert sind[5]. Nur ganz wenige Daten liegen vor bezüglich der Infektionsdynamik während der Haftzeit. Weltweit gibt es mehrere Berichte von HIV-Ausbrüchen während der Haft[6]; in einer deutschen Haftanstalt wurden mehrere Serokonversionen (allerdings von Hepatitiden) während der Haft berichtet[7].
Drogenabhängigkeit und Infektionskrankheiten sind nur ein Teil einer vielfachen Verdichtung und Überrepräsentierung von sozialen und gesundheitlichen Belastungen der Gefangenen. Zunächst lassen sich strukturelle Gesundheitsrisiken ausmachen, die aus der Tatsache resultieren, dass Gefängnis eine Grossinstitution darstellt, mit Inhaftierten, die zu einem grossen Anteil Problemgruppen angehören, in denen spezifische Krankheitsbilder gehäuft und überproportional auftreten, wie z. B. körperliche Verelendung durch Abhängigkeit von legalen oder illegalen Drogen, grosse Verbreitung von Infektionskrankheiten mit z. T. hundertfach (z. B. Hepatitis) oder zwanzigfach (HIV/AIDS) höherem Auftreten als in der Allgemeinbevölkerung.

Strukturelle Angleichungsprobleme

Wie reagieren die Haftanstalten auf diese strukturellen gesundheitlichen Risiken? Am Beispiel der (fehlenden) Spritzenvergabe an drogenabhängige Gefangene zeigt sich, dass die Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug erhebliche Versorgungs- und Angleichungsdefizite aufweist. Ausserhalb des Strafvollzugs bewährte und zum Standard gewordene Behandlungs- und

epatitis) im Strafvollzug – warum en nicht angewendet?

Schutzmassnahmen werden zum einen der Therapiefreiheit des einzelnen Anstaltsarztes, zum anderen der Vollzugs(gesundheits)politik der Länder überantwortet. Die Widerstände gegen eine Angleichung in den Versorgungsleistungen für die grosse Gruppe der drogenabhängigen Gefangenen dokumentieren vollzugliche Legitimationsprobleme und eine hohe Tabubesetzung der Themenbereiche «Drogenabhängigkeit», «Sexualität» und «Infektionskrankheiten». In der vollzuglichen Gesundheitsfürsorge für drogenabhängige/-gefährdete Gefangene dominiert noch immer die maximalistische Forderung nach Drogenfreiheit. Der seit Mitte der 80er Jahre angesichts der HIV/AIDS-Herausforderung in Freiheit vollzogene Paradigmenwechsel mit der Ergänzung des Ziels der Abstinenz zugunsten einer Differenzierung des Suchtkrankenhilfesystems mit einer pragmatischen Ausrichtung auf Schadensminderung und niedrigschwellig organisierten Angeboten im Rahmen weiterführender Gesundheitsförderung, hat im Gefängnis nicht stattgefunden. Harm reduction-Angebote (z.B. Spritzenvergabe, Substitutionsprogramme, safer use, safer sex, safe tattooing-Trainings) werden ausserhalb jedoch als unverzichtbare und effektive Bausteine einer lebensweltnahen Drogenhilfe und HIV/AIDS-Prävention angesehen und haben in die nationalen Drogenhilfestratègien Eingang gefunden[8]. Das Äquivalenzprinzip, d.h. die Ausrichtung der Gesundheitsfürsorge an den Standards und Leistungen für die gesetzlich Krankenversicherten – verankert im Angleichungsgrundsatz, im Strafvollzugsgesetz und in vielen internationalen Empfehlungen und Vereinbarungen[9] – wird nicht umgesetzt.

Transfer von harm-reduction Ansätzen

Blockaden beim Transfer von harm-reduction Ansätzen in den Strafvollzug bestehen zum Beispiel bei der Abgabe steriler Einwegspritzen an drogenabhängige Gefangene.
In 6 Ländern (Schweiz, Deutschland, Spanien, Moldawien, Kirgisien und Weissrussland) werden bis heute offiziell in insgesamt über 50 Gefängnissen sterile Spritzen an drogenabhängige Gefangene zur Infektionsprophylaxe abgegeben[10].
Einmal begonnen, haben sich die anfangs als Pilotprojekte konzipierten

Projekte bis auf die abgebrochenen in Deutschland (drei Anstalten in Hamburg, zwei in Niedersachsen und eine in Berlin) als feste Angebote etabliert. Während in Spanien etwa die Zahl der Anstalten, die Spritzenvergabeprojekte eingerichtet haben in den letzten Jahren rapide zugenommen hat und zum Ende des Jahres 2004 Spritzen in allen Haftanstalten verfügbar sein sollen; während in osteuropäischen und zentralasiatischen Gefängnissen mit der Spritzenvergabe begonnen wurde, sind in Deutschland in nur 15 Monaten 6 der 7 bereits langjährig (überwiegend seit 1996) bestehenden, problemlos laufenden Projekte wieder eingestellt worden.

Was waren die Gründe für diese Massnahmen? Und was sind die Gründe dafür, dass auch in der Schweiz nicht in jeder Haftanstalt Spritzen vergeben werden, obwohl man doch in diesem Land damit begonnen hatte und die Begleitforschungen eine Ausdehnung nahe gelegt haben? Im Folgenden wird nach einem kurzem Rückblick auf den Stand und die Geschichte dieses innovativen HIV/AIDS-präventiven Angebotes nach Erklärungen gesucht.

Was wissen wir über Spritzenvergabeprojekte in Europa?

Wissenschaftliche Untersuchungen fanden bisher in 11 Gefängnissen statt, mit folgenden Ergebnissen[11]: Spritzenumtauschprojekte lassen sich, das haben die bisherigen Erfahrungen gezeigt, ohne grosse Störungen in den Arbeitsablauf einer Anstalt integrieren. Sie berühren die Beziehungen zwischen Vollzugsbediensteten, drogenabhängigen und nicht-drogenabhängigen Gefangenen, Insassen und Insassinnen, indem sie eine Thematisierung von Drogenkonsum und Infektionsrisiken ermöglichen. Viele PraktikerInnen sprechen von offenerem Umgang mit drogenkonsumbedingten Themen (Rückfall, Ängste, Krankheiten), was neue Ansätze der Hilfen für diese Gefangenen ermöglicht (Integration von safer use-Training, Infektionsprophylaxe, etc.).

Unterschiedliche wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass das «needle sharing» stark abnimmt und es nicht zu dem befürchteten Anstieg des Drogenkonsums oder des intravenösen Gebrauchsmusters gekommen ist. Abszesse (z.B. JVA für Frauen Vechta) und Überdosierungen (Hindelbank/CH) gehen dramatisch zurück. Bedrohungsszenarien (Angriff auf Bedienstete oder Mitgefangene mit kontaminierter Spritze/Nadel sind aus keinem der weltweit operierenden Umtauschprojekte berichtet worden.

Spritzenaustauschprogramme sind in den meisten der untersuchten Gefängnisse eingebunden worden in übergreifende Präventions- und Behandlungsprogramme. Befürchtungen, dass abstinenz-orientierte Hilfeangebote nicht mehr genutzt werden, haben sich nicht bestätigt. Im Gegenteil: Eine Koexistenz von harm-reduction und auf Drogenfreiheit ausgerichteten Programmen ist eindrucksvoll beschrieben und zeigt, dass Überleitungen zwischen den beiden Arbeitsansätzen möglich sind[12]. Insofern sind – wie ausserhalb des Vollzuges auch – harm reduction-Angebote nur eine Komponente eines umfassenderen, auf die einzelnen Lebenssituationen und Hilfebedürfnisse der Betroffenen abgestimmten und vor allem glaubwürdigen Unterstützungskonzeptes. Glaubwürdig deshalb, weil viele jüngere Drogen konsumierende

Gefangene mit dem Eintritt in die Haftanstalt einen «Hygienerückfall» erleben. Ausserhalb sind sie in der Regel an eine leichte, 24-Stunden-Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck gewöhnt, und müssen jetzt auf alternative, nicht eingeübte Reinigungsechniken oftmals auch noch stumpfer und damit venenverletzender Spritzen zurückgreifen.

Schliesslich bleibt festzustellen, dass Spritzen in unterschiedlichsten Gefängnistypen vergeben werden: Männer- und Frauenhaftanstalten, kleinen und grossen Gefängnissen[13] und Gefängnisse ganz unterschiedlicher Bauart: Einzelzellen, Barracken mit mehr als 70 Gefangenen, die in Sälen zusammenleben, in sozio-ökonomisch gut ausgestatten Ländern (Schweiz, Deutschland und Spanien), ebenso wie in Ländern im ökonomischen Übergang und geringeren infrastrukturellen Möglichkeiten (Moldawien, Kirgisien, Weissrussland). Dabei haben sich ganz unterschiedliche und den Möglichkeiten und Notwendigkeiten angepasste Systeme entwickelt. Eine Vergabe erfolgt durch:

- medizinisches Personal (Ärzte/innen, Krankenpflegende)
- Gefangene, die eigens zu diesem Zweck ausgebildet sind
- Externe Nicht-Regierungsorganisationen oder andere Gesundheitsarbeiter, die zu diesem Zweck in das Gefängnis kommen
- Automaten, die einen 1:1 Umtausch gewährleisten.

Die ausserhalb von Gefängnissen gewonnenen Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen der Effektivität von Spritzenumtauschprojekten zur Infektionsprophylaxe liessen sich somit, nicht unerwartet, auch innerhalb von Gefängnissen bestätigen. Keppler (2001) hat festgestellt, dass diejenigen DrogengebraucherInnen, die kontinuierlich am Spritzenabgabeprojekt teilnehmen, die geringste Wahrscheinlichkeit aufweisen, sich Infektionskrankheiten wie Hepatitiden oder HIV/AIDS zuzuziehen. Diese Gefangenen verhalten sich äusserst präventionsbewusst.

Lebensweltnahe Angebote

Begleitende Präventions- und Informationsangebote für die Bediensteten als auch für die Inhaftierten tragen zur Verankerung und zum Erfolg der Infektionsprophylaxe im Anstaltsalltag bei. Idealerweise sind solche Angebote auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten und lebensweltnah gestaltet. Angebote externer Anbieter erscheinen dabei besonders sinnvoll, da diese glaubwürdiger sind, eindeutigere Botschaften vermitteln und mehr Verständnis für die Zielgruppe aufweisen. Auf diese Weise lassen sich auch Präventions- und Vollzugsaufgaben am einfachsten voneinander trennen.

Inwieweit schadensbegrenzende Projekte unter Einbezug der Abgabe von sterilen Spritzen von den Häftlingen akzeptiert werden, hängt wesentlich davon ab, in welchem Masse der Zugang zum Spritzenangebot von ihnen als anonym wahrgenommen wird. Beim Spritzenumtausch Anonymität zu gewährleisten, ist im Gefängnis zwar schwierig, muss aber dennoch als überaus wichtiges Anliegen wahrgenommen werden – und ist, wie die verschiedenen Erfahrungen aufzeigen, auch möglich. Es bedarf klarer Spielregeln im Verlaufe eines Projekts, damit nicht Bedienstete InsassInnen, die Spritzen beziehen, unmittelbar auf Drogen kontrollieren und InsassInnen nicht als Reaktion darauf z.B. Automaten beschädigen und Spritzen in der Anstalt verstreuen (so passiert im Gefängnis Vierlande in Hamburg).

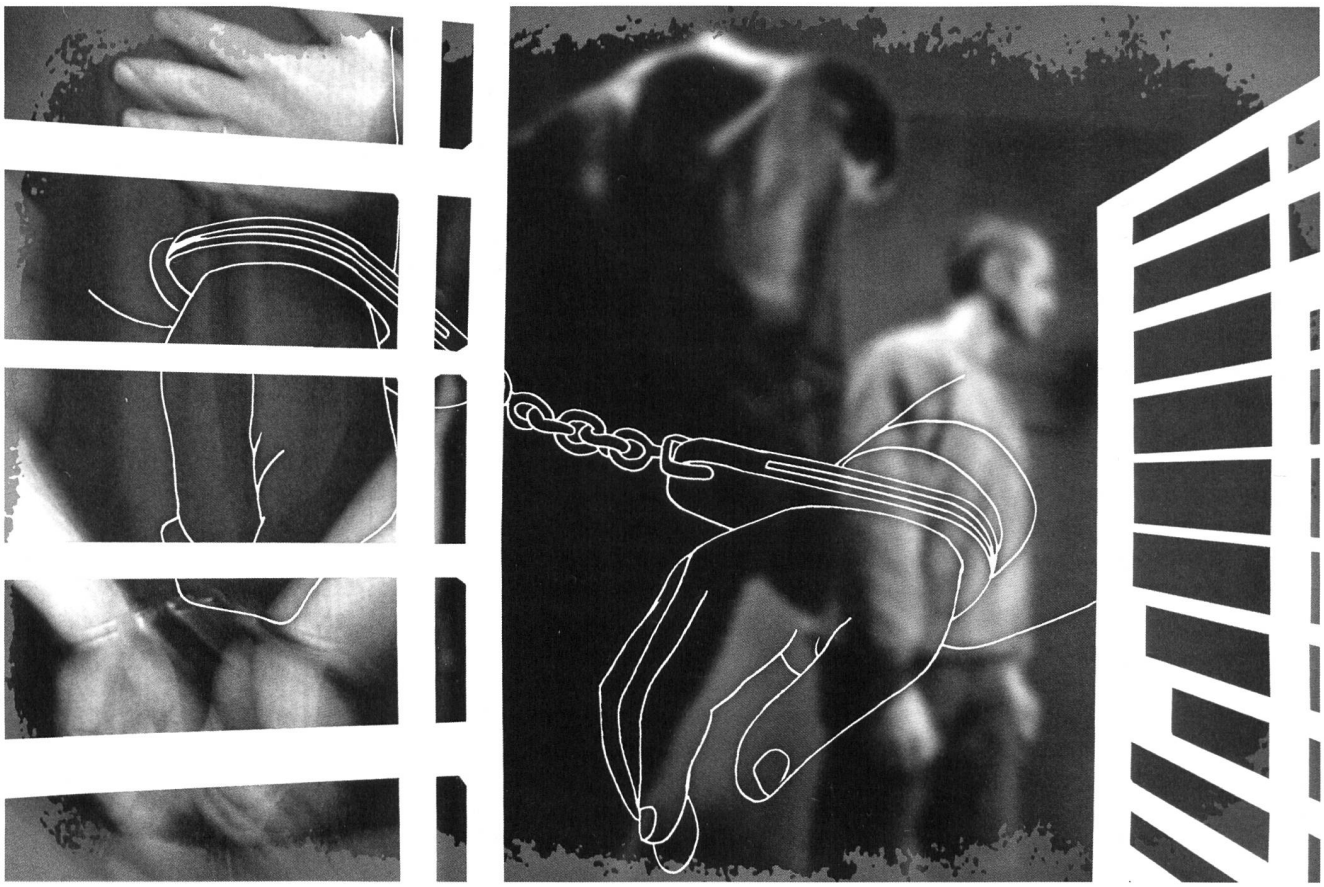
Die Bediensteten akzeptieren den Spritzenumtausch umso mehr, je besser ihnen die Projektziele vermittelt werden, je mehr sie in Planungs- und

Entscheidungsprozesse sowie in die Projektvorbereitung und Projektdurchführung einbezogen sind. Gelingt es, auch Gefangene in diesen Prozess einzubeziehen, z.B. Mitwirken von InsassInnen in einer Projektbegleitgruppe, kann die Akzeptanz verstärkt werden. In allen Haftanstalten, in denen diese Aspekte detailliert untersucht wurden, erwies sich der Kenntnisstand zur HIV-Infektion als erfreulich gross; über Hepatitis-Infektionen und Hepatitisprophylaxe war der Wissensstand der Inhaftierten (als auch der Bediensteten) äusserst niedrig. Dass schliesslich mit einer Spritzenvergabe nicht alle Risiken, die mit Spritzdrogenkonsum vor allem in klandestinen Milieus verbunden sind, reduziert werden können, zeigt schon die Entwicklung in den Gemeinden: Zwar konnte (auch) mit Hilfe der Spritzenvergabe die HIV-Inzidenz unter DrogenkonsumentInnen erheblich gesenkt werden, aber es ist kein «Allheilmittel» gegen alle Infektionskrankheiten und kann offensichtlich auch riskante Drogenkonsummuster nicht vollkommen verhindern. Die Gründe für Risikoverhalten sind vielfältig: Sie liegen zunächst in den Verhältnissen und den Folgen wie gesundheitliche Verelendung, unhygienische Lebensbedingungen, abhängigkeitsbedingte Risikoausblendung und den Konsequenzen sozialer Ausgrenzung und strafrechtlicher Verfolgung Drogenabhängiger. Die hohe Prävalenz der Hepatitis-C unter i.v.-Drogenabhängigen ist ein Beleg für die Wahrscheinlichkeit eines auch weiterhin stattfindenden Spritzentauschs, dem Tausch von Spritzutensilien und auch Ausdruck der hohen Infektiosität des Virus.

Warum setzt sich die Erfolgsstory «Spritzenabgabe im Justizvollzug» nicht durch?

Angesichts der grossen Verbreitung von durch Spritzdrogengebrauch verursachten Infektionskrankheiten in europäischen Gefängnissen, fortgesetztem oder erst dort begonnenem Drogenkonsum[14] ist es aus Schaden begrenzenden Überlegungen nötig, in jeder Strafvollzugsanstalt notwendig, Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten zu thematisieren. Das heisst nicht zwangsläufig, dass auch in jeder Anstalt Spritzen ausgegeben oder Spritzenautomaten aufgestellt werden müssen. Welche infektionsprophylaktischen Massnahmen im Einzelnen zu ergreifen sind oder welche Form der Spritzenabgabe gewählt wird (Handvergabe, Austauschautomat) hängt vom Bedarf, von den Anstaltsstrukturen, den räumlichen Bedingungen der Anstalt, von den personellen Kapazitäten sowie von der Drogengebrauchskultur der Gefangenen ab. So ist z.B. der intravenöse Opiatkonsum in Teilen Englands, vor allem aber in den Niederlanden traditionell weitaus weniger verbreitet als etwa das Sniffen oder das Rauchen. Im Vollzug müssen nach einer epidemiologischen Einschätzung verschiedene Infektionsprophylaxe-Modelle diskutiert werden. Welche Antwort eine Anstalt wählt, hängt von den Ergebnissen und der Diskussion dieser Bestandsaufnahme über Drogenkonsum, Risikoverhalten etc. ab.

Mehr als 10 Jahre nach Einführung der ersten Spritzenabgabeprojekte im Schweizer Strafvollzug bleibt die Frage, wieso trotz der vielfältigen positiven und ermutigenden Erfahrungen der durchaus unterschiedlich gestalteten Projekte die Spritzenabgabe in Gefängnissen noch immer so umstritten ist und Spritzenabgabe bisher nur



in wenigen Ländern und auch dort nur in vereinzelten Institutionen zur Infektionsprophylaxe und Schadensbegrenzung im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Drogen eingeführt worden ist? Die Antwort dürfte nicht im rationalen Bereich zu finden sein. Grundsätzliche Erfahrungen und Erkenntnisse über Spritzenabgabe im Gefängnis, die eine flächendeckende Einführung dieser Massnahmen rechtfertigen liessen, gibt es in der Zwischenzeit zur Genüge. Spritzenabgabe lässt sich nicht erzwingen, das sind Erfahrungen aus der Schweiz, wo sich einige Gefängnisse trotz einer offiziellen Weisung ablehnend gegenüber dieser Massnahme verhalten. Die Umsetzung in die Praxis muss erst erarbeitet werden: Übergreifende politische Entscheide und Unterstützung der Anstalten in praktischen Einzelfragen (rechtliche, kommunikative und technische Aspekte) sind erforderlich, um der wirksamen Schadensbegrenzung im Strafvollzug zum nötigen Durchbruch und Nachhaltigkeit zu verhelfen.

«Rechtliche Bedenken»

Wie sehr jedoch allgemeine politische und nicht-gesundheitspolitische Argumente die fachliche Diskussion überlagern, das zeigt das jüngste Beispiel eines politischen Populismus in Hamburg: Die Mitte-Rechts-Koalition vereinbarte in ihrem Koalitionsvertrag vom 19.10.2001: *«In den Strafvollzugsanstalten werden zukünftig keine Spritzen mehr ausgegeben. Den Süchtigen werden verstärkt ausstiegsorientierte Hilfen, z.B. verbesserte Therapiemöglichkeiten, angeboten. Dies schliesst eine kontrollierte Substitution unter medizinischer Aufsicht ein».* Und dies nach durchaus erfolgreichen, mehr als fünfjährigen Bemühungen, wirkungsvolle Modelle der Infektionsprophylaxe zu entwickeln, und noch dazu ohne zusätzliche Mittel für das neu anvisierte Kontrollkonzept bereitzustellen[15]. Eine ähnliche Entwicklung haben die beiden Spritzenabgabeprojekte in Niedersachsen (JVA für Frauen in Vechta und JVA für Männer in Lingen Abt. Gross Hesepe) genommen. Was ihre Vorgänger (Weber und Pfeiffer) nicht schafften, ist der neuen CDU-Justizministerin ohne weitere Diskussion oder Rücksprachen mit den Anstalten gelungen. Und dies obendrein völlig überraschend: Aus fachlicher Sicht gab es keine Not – die Projekte verliefen seit 7 Jahren störungsfrei. Beide Projekte wurden von der neuen Justizministerin mit Verweisen auf nur noch zwei verbliebene Bundesländer (Berlin und Niedersachsen), plötzlich geäusserte «rechtlichen Bedenken», «needle sharing» und «Sicherheitsrisiken» zum 1.6.2003 eingestellt. Diese Begründung erscheint aus wissenschaftlicher Sicht konstruiert – die Massnahme ist eine klassische politische Entscheidung, ungetrübt von fachlichem Wissen. Gerade die Begründung für die Einstellung der Projekte in Vechta und Lingen Gross-Hesepe[16] hat all diejenigen vor den Kopf geschlagen, die bereits seit Jahren an einer verbesserten Infektionsprophylaxe für DrogenkonsumentInnen Gefängnissen gearbeitet haben: unbewiesene Behauptungen (weiterhin werde «needle sharing» praktiziert), unbegründete Bedenken («rechtliche Unsicherheit»?), methodologisch betrachtet zweifelhafte Vergleiche (zwischen dem Auftreten von Neuinfektionen ganz verschiedener Anstalten). Und vor allem: die Ergebnisse der mit grossem finanziellen Aufwand durchgeführten sozialwissenschaftlichen Evaluation der beiden Projekte[17] werden ignoriert. Es ist, wie ein Justizministerialbeamter sagt: *«Die Projekte waren 5 Jahre lang politisch gewollt, zwei Jahre geduldet und werden nun beendet!»* Zur Überraschung aller – der Bediensteten wie Gefangenen. Der Personalrat einer betroffenen Anstalt hat sich zumindest dagegen verwahrt, dass die Bediensteten in der Begründung der Justizministerin missbraucht werden. Ebenso die Gefangenenmitverantwortung. LeserInnenbriefe, Unterschriftenlisten, Proteste von Gefangenen, AIDS-Hilfen und vielen anderen Organisationen können im Moment nur den Skandal deutlich machen. Schock und Hilflosigkeit sind die Reaktionen vieler Menschen angesichts dieser fachfremden, politischen Symbolentscheidung.

Bei Gesprächen mit Gefangenen wird besonders deutlich, welcher Rückschlag die Einstellung für sie persönlich bedeutet, was es heisst, von einem auf den anderen Tag keinen Zugang mehr zu den gewohnten sterilen Spritzen zu erhalten. Zurückgeworfen in die Situation vor 1996: Einschmuggeln und Mehrfachbenutzung von (zusehends stumpfer werdenden) unsterilen Spritzen. Der Schwarzmarktpreis, so erste Informationen aus Gesprächen mit Gefangenen, liegt bei 10 Euro oder einer Teilhabe an der Injektion). Ein alternatives Konzept der Infektionsprophylaxe wurde nicht beschlossen. Dass der Abbau solcher Projekte aber nicht allein mit parteipolitischen Gründen erklärt werden kann, zeigt die Tatsache, dass auch der «rot-rote» Senat in Berlin ein Spritzenvergabeprojekt (JVA Plötzensee, Bereich Lehrter Str.) einstellen will. Zentrales Argument hier ist die mangelnde Akzeptanz durch die Justizvollzugsbeamten: *«An erster Stelle (für die Einstellung der Spritzenvergabe, d.V.) ist nach wie vor der unauflösbare Widerspruch zu nennen, dem die Bediensteten der Justizvollzugsanstalten ausgesetzt sind. Einerseits haben sie den strafbaren Besitz von Drogen und deren Einfuhr zu bekämpfen; zum anderen müssen sie die Spritzbestecke tolerieren, die dem alleinigen Zweck des Drogenkonsums dienen»*[18]. Die Akzeptanz unpopulärer Angebote stellt sich nicht von selbst ein, sondern erfordert klare politische und fachliche Signale. Dass dieser Weg begangen werden kann und zwar zusammen mit den Bediensteten, zeigen mehrere Projekte (auch in der einzig verbleibenden Haftanstalt in Berlin JVA für Frauen in Lichtenberg).

Begründungen für die Abschaffung der Spritzenvergabe

"Prisoners are sent to prison as punishment and not for punishment."

Alexander Paterson, 1930

Die einzigen bekannten Spritzenabgabeprojekte (6 von 7), die wieder abgeschafft wurden, kommen aus Deutschland. Hier waren sie Spielball übergeordneter politischer Interessen. Nicht die ermutigenden Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung, nicht die positiven Erfahrungen aus siebenjähriger Praxis haben hier gewirkt, sondern ausschliesslich politische Interessen, für die das Gefängnis und gesundheitliche Gefangenenfürsorge ein populäres und populistisches Terrain der Konstruktion von Strafe, Strafverfolgung und Strafvollzug darstellt. Es

scheint, als müsse die bekannte Symbolik von sozialem Ausschluss wieder bemüht werden, die keinen Verdacht auf Vergünstigung, Wohlergehen, oder gar Hedonismus duldet. Hier wird die öffentliche Erwartung befriedigt, Strafvollzug müsse durch Entzug von gesundheitlichen Leistungen zusätzlich bestrafen («Wasser und Brot») – der Entzug von Freiheit sei nicht genug.

Vor dem Hintergrund einerseits der öffentlichen Sorglosigkeit über die HIV/AIDS-Entwicklung, der angenommenen Kontrollierbarkeit der Infektion im Gefängnis, der immer noch vorgenommen Ausblendung der Hepatitis-Infektions-/Erkrankungsgefahren, und dem zunehmenden Verlust der Präventionswachsamkeit (beispielsweise Streichung der Mittel für die externe Suchtberatung in mehreren deutschen Bundesländern) und andererseits dem gewachsenen Bedürfnis nach Strafe und hartem Vollzug der Strafe, scheint es immer weniger Spielraum für notwendige Reformen und Anpassungen an die überwältigenden Beweise verbreiteter Infektionsgefahren im Gefängnis zu geben.

Festzuhalten bleibt: Die Spritzenvergabe in den Haftanstalten muss von allen Beteiligten gewollt und akzeptiert werden (von der Anstaltsleitung, -arzt/ärztin, -mitarbeiterInnen, externen Beratungseinrichtungen, aber eben auch von der Politik). Diese Akzeptanz muss beständig erneuert werden, um eine Nachhaltigkeit solcher innovativen Präventionsmethoden zu erreichen. Erst vor dem Hintergrund dieser fachlichen und politischen Verankerung kann eine Immunisierung gegenüber populistisch motivierten kurzatmigen Strategieveränderungen erreicht werden.

Vielleicht ist die Entwicklung in Spanien, wo alle Gefängnisse per Dekret oberster politischer Instanzen angewiesen worden sind, drogenabhängigen Gefangenen sterile Spritzen zur Verfügung zu stellen (allerdings vor dem Problemdruck hoher HIV- und Hepatitis -Infektionen unter drogenabhängigen Gefangenen), geeignet, eine Signalwirkung auch für andere Länder auszulösen. Solche Signale sind ausserordentlich wichtig, denn die betreffenden Infektionskrankheiten breiten sich schneller aus, als ihnen heute mit geeigneten Massnahmen begegnet wird. Vielleicht ermöglicht die föderale Struktur des Justizvollzuges einerseits zwar mehr Offenheit und Beweglichkeit gegenüber innovativen Massnahmen, andererseits fördert sie aber auch die Anfälligkeit gegenüber politischen/populistischen Übergriffen. ■

Literatur

- **Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H (Hrsg., 2001+2002):** LebHaft. Gesundheitsförderung für DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug – Teil 1 + 2. Deutsche AIDS-Hilfe, Schriftenreihe AIDS-Forum, Bd. 42, Berlin.
- **Keppler, K. (2001):** AIDS- und Hepatitis-Viren. Infektionserfassung und Prävalenz bei Frauen im Strafvollzug. Oldenburg.
- **Keppler, K.-H.; Nolte, F.; Stöver, H. (1996):** Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. In: Sucht, H. 2/96, S. 98-107.
- **Lines, R.; Jürgens, R; Stöver, H.; Laticevschi, D.; Nelles, J. (2003):** Prison Needle Exchange: A Review of International Evidence and Experience. Canadian HIV/AIDS Legal Network. Montreal.
- **Meyenberg, R./Stöver, H./Jacob, J./Pospeschill, M. (1999):** Infektionsprophylaxe im Justizvollzug – Abschlussbericht. Oldenburg: BIS-Verlag.
- **Rotily, M.; Weilandt, C. (1999):** European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons – 3rd Annual Report. Observatoire Regional de la Santé Provence, Alpes, Cote d'Azur, Marseille/Wissenschaftliches Institut für die Ärzte Deutschlands, Hartmannbund, Bonn.
- **Senator für Justiz Berlin (2003):** Schlussbericht über Vergabe von Einwegspritzen an Gefangene zur AIDS-Prophylaxe. Berlin 22.5.2003 (III A4-4551-V/3-4)
- **Stöver, H. (2001):** Spritzenumtauschprogramme in drei Hamburger Justizvollzugsanstalten. In: Keppler, K. u.a. (Hrsg.): LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. Band 42, Teil 2, Deutsche AIDS-Hilfe.
- **Stöver, H. Nelles, J. (2003):** Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. In: International Journal of Drug Policy (im Druck).
- **Stöver, H. (2002):** DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht. In: Suchttherapie 3, Sept. 2002, S. 135-145.
- vgl. weiterführend: Canadian HIV/AIDS Legal Network: Prison Needle Exchange: A Review of International Evidence and Experience. Montreal (http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm)

Fussnoten

1 Antwort des Justizsenators auf eine Anfrage der CDU-Fraktion. In: Weser-Kurier v. 24.1.2005
2 Vgl. I. ausführlich zur Prävalenz: Stöver 2002
3 Vgl. Übersicht: Stöver 2002.
4 In einer Untersuchung der U-Haftanstalt Oldenburg bezog sich 76% der Arbeit des medizinischen Dienstes auf Patienten mit einer Drogen- und/oder Alkoholproblematik. Medizin im Justizvollzug wird damit zu einem überwiegenden Teil Suchtmedizin und zwar mit dem Schwerpunkt Akutversorgung (Tielking, Becker, Stöver 2003).
5 Tielking/Becker/Stöver 2003
6 Vgl. für eine Übersicht Lines et al. 2004
7 Keppler, Nolte, Stöver 1996
8 z.B. der Bundesdrogenbeauftragten 2003
9 Vgl. für eine Übersicht Lines et al. 2004
10 Vgl. Stöver/Nelles 2004
11 Vgl. Stöver/Nelles 2004
12 Ministerio Del Interior & Ministerio De Sanidad y Consumo, 2002
13 z.B. Soto de Real prison in Madrid, mit 1'600 Gefangenen
14 Rotily/Weilandt 1999
15 Vgl. Stöver 2001
16 Vgl. Pressemitteilung 36/03 des Nds. Justizministeriums vom 28.05.2003
17 Meyenberg et al. 1999
18 Sen. für Justiz Berlin, S. 16