

Risiko minimierung im Strafvollzug 2017

ARBEITSMATERIALIEN ZUR
HIV-PRÄVENTION
FÜR PRAKTIKER/INNEN

IMPRESSUM

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V. | Wilhelmstr. 138 | 10963 Berlin | www.aidshilfe.de | dah@aidshilfe.de

3., überarbeitete Auflage, 2016

Text: auf der Grundlage des EU-Projekts „Risk Reduction for Drug Users in Prison“ mit freundlicher Genehmigung des Trimbos Institute (Utrecht/Niederlande)

Übersetzung: Heino Stöver (Frankfurt/M.), Christine Kluge Haberkorn (Berlin)

Bearbeitung: Heino Stöver (Frankfurt/M.), Jens Ahrens, Christine Höpfner, Bärbel Knorr, Christina Laußmann, Holger Sweers, (alle Berlin)

Gestaltung: Carmen Janiesch (Berlin)

Spendenkonto: Berliner Sparkasse | IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20 | BIC: BELADEBEXXX

Online-Spenden: www.aidshilfe.de

Die DAH ist als gemeinnützig und damit besonders förderungswürdig anerkannt.

Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Sie können die Arbeit der DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.

Nähere Informationen erhalten Sie unter <http://www.aidshilfe.de> oder bei der DAH.

COPYRIGHT DER ENGLISCHEN VERSION

„Risk Reduction for Drug Users in Prison – Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System“:

© 2001 Trimbos Institute, Niederlande

ISBN: 90-5253-367-9

Diese Publikation darf nur für nichtkommerzielle Bildungszwecke und nur unter Angabe der Quelle vervielfältigt werden. Die Herausgeber bitten die Nutzer/innen, sie über jede Veröffentlichung des Handbuchs oder von Auszügen desselben zu informieren.

Herausgeber: Franz Trautmann † (Abteilung Internationale Angelegenheiten, Trimbos Institut, Utrecht/Niederlande), Heino Stöver (Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt am Main/Deutschland)

Übersetzung und Textbearbeitung: Peter McDermott, Jeanette Roberts

dEsiGn and dtp: www.ullcy.com, Bob Karhof, Remko den Besten

Postanschrift: Trimbos Institute – Netherlands Institute of Mental Health and Addiction Unit International Affairs | P.O. Box 725 | 3500 AS Utrecht | The Netherlands

Telefon: +31 (0)30 297 1100 | Fax: +31 (0)30 297 1111

E-Mail: ftrautmann@trimbos.nl | Website: www.trimbos.nl



„Dieses Projekt wird unterstützt durch das EU-Programm ‚Community Action on the Prevention of Drug Dependence‘. Weder die Europäische Kommission noch irgendjemand sonst, der in ihrem Namen handelt, ist verantwortlich für die Nutzung der Informationen aus dieser Veröffentlichung.“

MITWIRKENDE AUTORINNEN UND AUTOREN

Cas Barendregt, Institute for Addiction Research Rotterdam, Niederlande

Murdo Bijl, MSF Moscow, Niederlande

Saskia de Bruine, Service for Penitentiary Institutions, Niederlande

Jon Derricott, Writer and Training Consultant, Liverpool/England

Maarten van Doorninck, Trimbos Institute, Niederlande

Neil Hunt, RMN, BSc, MSc, Lecturer in Addictive Behaviours, University of Kent at Canterbury, Maidstone/Großbritannien

Jan Hendrik Heudtlass, CLEANOK, Lengerich/Deutschland

Jutta Jacob, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg/Deutschland

Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin/Deutschland

John Peter Kools, Mainline, Amsterdam/Niederlande

Michael Levy, Director Population Health, Corrections Health Service, New South Wales/Australia

Sheila R. Mc Nerney, Liason Health Adviser, Leeds Centre for Sexual Health, General Infirmary, England

Lucie van Mens, Dutch Foundation for STD Control, Utrecht/Niederlande

Andrew Preston, Freelance Harm Reduction Writer and Trainer, Dorchester/England

Nick Royle, Scottish Prison Service, Schottland

Petra Winkler, Waldklinik Jesteburg, Hamburg/Deutschland

VORWORT DER DEUTSCHEN AIDS-HILFE E.V.

In Deutschland befinden sich derzeit rund 56.000 Menschen in Strafhaf, aber noch sehr viel mehr Männer und Frauen durchlaufen jährlich den Justizvollzug. Der Freiheitsentzug an sich, aber auch die Trennung vom Partner, von der Familie und den Kindern sind gesundheitlich sehr belastend – sowohl psychisch als auch physisch. Zusätzliche Belastungen können Schuld- und Schamgefühle sein sowie das Wissen darum, dass man anderen Leid zugefügt hat.

Bewegungsarmut, Langeweile und Perspektivlosigkeit kennzeichnen das Leben in Haft. Eine hohe Belegungsdichte, enge, geschlossene Räume, der Verlust von Privatheit sowie von Selbstständigkeit aufgrund hierarchischer Strukturen führen bei vielen Insassen zu Stress und Gewalttaten, die fehlenden Möglichkeiten der Einflussnahme auf alltägliche Dinge zu Passivität und dazu, sich in der Institution „treiben zu lassen“. All diese Bedingungen sind der Gesundheit abträglich und haben zur Folge, dass wahrscheinlich jede psychische oder physische Störung und jede Krankheit in der Gefangenenpopulation überproportional vertreten ist.

Mindestens die Hälfte aller Gefangenen in Deutschland hat schon mal illegale Drogen konsumiert – v. a. Opiate, Methyldamphetamin (Crystal Meth) usw. Einige machen erst während der Haft ihre ersten Erfahrungen mit diesen Substanzen und den in der Regel riskanten Applikationsformen. Vor allem die mit intravenösem Drogenkonsum assoziierten Krankheiten wie HIV, Hepatitis, aber auch andere Infektionen sind in Haftanstalten weitaus stärker verbreitet als außerhalb der Gefängnismauern. Doch während der medizinische Dienst der Vollzugsanstalt die Primärversorgung zu einem großen Teil gewährleistet, werden Behandlungsbedarfe aus den Bereichen der Sekundär- und Tertiärversorgung (z. B. bei Ko-/Multimorbidität, psychiatrischen, geriatrischen

Erkrankungen) nicht ausreichend abgedeckt. Die Gesundheitsbelastungen der Gefangenen stellen die Anstalt eher vor die Herausforderungen einer Schwerpunktpraxis als vor die einer Hausarztpraxis. Nur sind die medizinischen Dienste in der Regel nicht dementsprechend ausgestattet – weder technisch noch personell.

Infektionskrankheiten sind im Gefängnis weit verbreitet: Auf Prävention und Behandlung muss viel Energie verwendet werden. Außerdem bedarf es dazu eines Wissens über Drogenkonsum und -abhängigkeit an sich, über effektive Infektionsprophylaxe, Behandlungszugänge und allgemein über gesundheitsförderliches Verhalten in einem oftmals riskanten Setting wie dem geschlossenen Vollzug.

Dieses Handbuch, eine Loseblattsammlung, hat zum Ziel, sowohl bei Gefangenen als auch Bediensteten sowie bei allen, die im Justizvollzug arbeiten, das Wissen über die Risiken zu verbessern, denen Drogengebraucher/innen ausgesetzt sind. Es basiert auf einem Handbuch, das bereits 2001 im Rahmen eines EU-Projekts unter dem Titel „Risk Reduction for Drug Users in Prison – Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System“ erschienen ist. Das dafür verantwortliche holländische Trimbos-Institut hat der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. die Rechte für die Veröffentlichung der deutschen Übersetzung und die Anpassung an deutsche Verhältnisse überlassen. Des Weiteren ist dieses Handbuch in englischer, russischer, estnischer, litauischer, lettischer und slowenischer Übersetzung erschienen.

Die deutsche Übersetzung „Risikominimierung im Strafvollzug – Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen“ haben wir auf Grundlage der englischen Originalversion und unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstands als eine auf die Arbeit in deutschen Haftanstalten ausgerichtete Fassung entwickelt. Sie reiht sich in die Palette unterschiedlicher Materialien ein, die wir für Gefangene sowie für die Arbeit mit dieser Gruppe bereithalten, und ergänzt insbesondere unser 2014 in der fünften Auflage erschienenes Handbuch „Betreuung im Strafvollzug“: Während dieses in erster Linie Einblick gibt in das deutsche Strafsystem, die Strukturen des Justizvollzugs, die verschiedenen haftinternen Hilfebereiche sowie in die anstaltsinterne Medizin und Gesundheitsförderung, konzentriert sich die in Trainings-

module gegliederte Loseblattsammlung auf die gesundheitlichen Risiken, denen Gefangene, aber auch Gefängnismitarbeiter/innen ausgesetzt sind. Sie liefert zum einen Basiswissen zu dem Komplex Sexualität, Drogengebrauch und Infektionskrankheiten in Haft, informiert also über die Übertragung und Prävention von HIV, Hepatitis, anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) und Tuberkulose sowie über die Wirkweisen, Gebrauchsformen und Risiken von Drogen. Zum anderen bietet sie jede Menge Materialien für die Fortbildungsarbeit mit Gefangenen und mit Strafvollzugsbediensteten und geht zugleich auf organisatorische und methodische Fragen ein, die sich bei der Planung und Durchführung von Schulungen stellen.

Unser Anliegen ist es, bei den in Haft lebenden und arbeitenden Menschen das Gesundheitsbewusstsein zu stärken, Infektionsrisiken zu minimieren und den Erwerb entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten zu ermöglichen. Die Loseblattsammlung möge hierzu einen Beitrag leisten.

Besonderer Dank gilt dem Trimbos-Institut in Utrecht, das uns die Erlaubnis zur Nutzung des Handbuchs erteilt hat.

*Bärbel Knorr
Berlin, 2016*

INHALT

Mitwirkende Autorinnen und Autoren	3
Vorwort der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.	4
I. EINFÜHRUNG	15
1. Gesundheitsförderung für Drogengebraucher/innen im Strafvollzug	17
2. Aufbau des Handbuchs	20
3. Drogengebrauch im Gefängnis: Substanzen, Gebrauchsmuster und Häufigkeit des Konsums	23
4. Medizinische Versorgung von Drogenkonsument(inn)en in Haft	33
II. PRÄVENTIONSBOTSCHAFTEN	47
1. Allgemeine Gesundheitstipps für Männer und Frauen in Haft	49
1.1 Psychisches Wohlbefinden	49
1.2 Körperliches Wohlbefinden	50
<i>Ernährung</i>	50
<i>Sport</i>	51
<i>Sexualität</i>	51
<i>Drogen</i>	53
1.3 Ansprechpartner bei medizinischen, sozialen oder psychologischen Fragen	53

2. Infektionskrankheiten im Gefängnis	54
2.1 Viren und Bakterien	56
2.2 Übertragungswege und Schutz	57
<i>Alltägliche Kontakte</i>	57
<i>Sexualkontakte</i>	58
<i>Blut-Blut-Kontakte</i>	59
2.3 Infektionskrankheiten im Einzelnen	60
<i>Grippe</i>	61
<i>Tuberkulose (Tb)</i>	61
<i>Hepatitis</i>	63
<i>Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C</i>	
Die 12 am häufigsten gestellten Fragen zu Hepatitis C	68
<i>HIV-Infektion/Aids</i>	71
<i>Rund um den HIV-Test hinter Gittern Vor- und Nachbereitung des HIV-Tests</i>	
<i>Sexuell übertragbare Infektionen</i>	82
<i>Candida-Mykosen Chlamydien Darmparasiten Feigwarzen</i>	
<i>Herpes genitalis Syphilis Trichomoniasis Tripper (Gonorrhö)</i>	
<i>Filzläuse und Krätzmilben</i>	90
 Quiz: Was weißt du über Infektionskrankheiten?	92
3. Sex in Haft	97
3.1 Sex zwischen männlichen Gefangenen	97
3.2 Verfügbarkeit von Kondomen und Gleitmitteln in Haftanstalten	98
3.3 Rund um das Kondom	99
<i>Kondome und Gleitmittel: Was ist zu beachten?</i>	99
<i>Anleitung zum Kondomgebrauch</i>	100
3.4 Safer Sex – Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen	101
3.5 Sexuelle Gewalt	105
4. Safer Use – risikobewusster Drogenkonsum in Haft	107
4.1 Spritzenvergabe im Gefängnis	108
4.2 Äußerst riskant: Needle-Sharing	110
4.3 Reinigung von Spritzen und Nadeln	111

	<i>Auskochen</i>	111
	<i>Behandlung in der Mikrowelle</i>	112
	<i>Desinfektion mit Haushaltsbleiche</i>	112
	<i>Desinfektion mit Jod</i>	114
	<i>Desinfektion mit Alkohol</i>	115
4.4	Zubehör	116
	<i>Löffel</i>	117
	<i>Wasser und Wasserbehälter</i>	118
	<i>Filter</i>	118
	<i>Alkoholtupfer</i>	120
	<i>Unterlagen</i>	121
	<i>Säure</i>	121
	<i>Stauschlauch</i>	122
4.5	Richtig spritzen	123
	<i>Vorbereitung der Injektion</i>	123
	<i>Durchführung der Injektion</i>	124
4.6	Alternativen zum Spritzen	126
	<i>Heroin sniefen (schnupfen)</i>	126
	<i>Heroin „chinesen“ (von Folie rauchen)</i>	127
	Quiz: Geh auf Nummer sicher – Safer Sex und Safer Use	128
5.	Drogen: Wirkungen, Konsumformen, Risiken	133
5.1	Wirkungen	134
	<i>Haschisch und Marihuana (Cannabis)</i>	135
	<i>Tabak</i>	137
	<i>Alkohol</i>	137
	<i>Kokain, Basecoke/Freebase und Crack</i>	138
	<i>Heroin und Methadon</i>	139
	<i>Halluzinogene</i>	141
	<i>Methamphetamine/Speed</i>	143
	<i>Ecstasy (XTC)</i>	144
	<i>Schlaf- und Beruhigungsmittel – Benzodiazepine</i>	144
	<i>„Hausgemachte“ Drogen</i>	145
5.2	Konsumformen	146
	<i>Sniefen (Schnupfen)</i>	146
	<i>Rauchen in der Wasser- oder Base-Pfeife („Basen“)</i>	147
	<i>Von Folie inhalieren („chinesen“)</i>	147

	<i>Spritzen</i>	148
	<i>Rauchen</i>	149
	<i>Essen</i>	149
	<i>Schlucken</i>	150
	<i>Trinken</i>	150
5.3	Risiken	151
	<i>Abhängigkeit, Sucht</i>	151
	<i>Drogen und Schwangerschaft</i>	152
	<i>Welche Droge birgt welches Risiko?</i>	152
	<i>Cannabis Tabak Alkohol Kokain Heroin Halluzinogene Speed/Methamphetamin Ecstasy (XTC) Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine)</i>	
	 Quiz: Was weißt du über Drogen? Teste dein Wissen!	166
	 Quiz: Was weißt du zum Thema Überdosis? Teste dein Wissen!	170
5.4	Hoch riskante Situationen und erste Hilfe im Drogennotfall	175
	<i>Erste Hilfe</i>	176
	<i>Maßnahmen bei epileptischen Anfällen</i>	183
	<i>Maßnahmen bei einem Schock</i>	184
	<i>Maßnahmen bei einem Shake</i>	184
	<i>Einsatz von Gegenmitteln (Antagonisten) bei Überdosis</i>	184
5.5	Besonders gefährlich: Drogenkonsum nach der Haftentlassung	185
6.	Tätowierungen und Piercings	188
6.1	Infektionsrisiken beim Tätowieren und Piercen	189
6.2	Hygienisch und sicher arbeiten	190
	<i>Händewaschen</i>	190
	<i>Materialien</i>	191
	<i>Vorbereitung der Sitzung</i>	192
	<i>Reinigung verwendeter Materialien</i>	192
	<i>Desinfektion</i>	193
	<i>Sterilisation</i>	194
6.3	Nach dem Tätowieren	194
6.4	Spezielle Infos zum Piercen	195

III. METHODEN UND ORGANISATION	197
1. Risikominimierende Maßnahmen in Gefängnissen – wie und warum?	199
2. Probleme bei der Übertragung von risikominimierenden Maßnahmen auf das Gefängnis	203
3. Organisatorische Aspekte	205
3.1 Bedürfniserfassung/Informationssammlung	205
3.2 Prioritäten- und Zielsetzung	207
3.3 Bestimmung der Zielgruppe/n	208
3.4 Auswahl eines Ansatzes	210
3.5 Vorbereitung und Durchführung	211
3.6 Dokumentation und Auswertung (Evaluation)	215
<i>Auswertung von Einzelberatungen</i>	216
<i>Auswertung von Schulungen/Trainings</i>	219
<i>Auswertung von Strukturen, Angeboten und unterstützenden Maßnahmen</i>	221
<i>Evaluations-Zyklus</i>	221
4. Leitkonzepte zur Unterstützung von Drogenkonsument(inn)en in Haft	223
4.1 Äußere Variablen	225
4.2 Einstellung	226
4.3 Soziale Einflüsse	227
4.4 Selbstwirksamkeit	228
4.5 Absicht	229
4.6 Barrieren	229
4.7 Fertigkeiten	230
5. Wege der Kontaktaufnahme mit inhaftierten Drogenkonsument(inn)en	232
5.1 Die ersten Schritte	233
5.2 Kontakt herstellen	234
<i>Selbst einen Kontakt herstellen</i>	235
<i>Von jemandem vorgestellt werden</i>	236

6. Beratung	237
6.1 Wie kommt man über heikle Themen wie Safer Use, Drogenkonsum oder Safer Sex ins Gespräch?	237
6.2 Wie kann man Themen wie Safer Use, Drogenkonsum oder Safer Sex im Gespräch behandeln?	238
7. Schulungen/Trainings	242
7.1 Bedarf und Bedürfnisse erkunden	243
7.2 Prioritäten und Ziele setzen	244
7.3 Zielgruppe(n) bestimmen	244
7.4 Planung und Gestaltung eines Schulungsprogramms	245
<i>Allgemeine Empfehlungen zur Organisation einer Schulung</i>	247
<i>Eröffnungsphase</i>	248
<i>Methoden</i>	248
<i>Besondere Zielgruppen, besondere Themen</i>	250
7.5 Schulungen für Gefangene	250
<i>Arbeit mit Gruppen oder einzelnen Gefangenen</i>	252
7.6 Schulungen für Gefängnisbedienstete	252
<i>Identifikation mit dem Ziel „Infektionsvermeidung“</i>	253
<i>Erwerb grundlegender medizinischer Kenntnisse</i>	253
<i>Individuelle und kollektive Sicherheitsbedürfnisse</i>	254
7.7 Schulungen für gemischte Gruppen	255
8. Übungen für Schulungen	256
8.1 Übungen zu Safer Use – vor allem für Gefangene	257
◆ <i>Safer Use – Einführung</i>	259
◆ <i>Injektionstechniken und ihre Risiken</i>	261
◆ <i>Alternative Konsumformen</i>	263
◆ <i>Was tun in schwierigen Situationen?</i>	267
◆ <i>Safer Use in schwierigen Situationen</i>	269
◆ <i>Gemeinsam Lösungen finden in hoch riskanten Situationen</i>	272
◆ <i>Drogengebrauch in Haft: Wie und wann eingreifen?</i>	274
◆ <i>Simulation einer Stress-Situation: „Stell dir vor...“</i>	276
◆ <i>Needle-Sharing, Drug-Sharing</i>	278
◆ <i>Gemeinsames Benutzen von Zubehör</i>	279
8.2 Übungen zu Safer Sex – vor allem für Gefangene	280
◆ <i>„Schmutzige“ Wörter</i>	282
◆ <i>Sexuell oder nicht?</i>	283

◆ Sexualerziehung	285
◆ Safe oder nicht?	286
◆ Karussell	287
◆ Anleitung zum Kondomgebrauch	294
◆ Kondomgebrauch-Wettbewerb	296
◆ Die Safer-Sex-Debatte	297
◆ Verschiedene Wertesysteme erforschen	300
◆ Sexarbeit und Sex in privaten Beziehungen	305
◆ Auf Überredungsversuche „positiv“ reagieren	307
◆ Übertragungswege von HIV	309
8.3 Übungen zu Infektionsprävention und Substitution – vor allem für Gefangene	314
◆ HIV und Hepatitis in Haft	314
◆ Impfen in Haft	321
◆ Substitution in Haft	325
8.4 Übungen ausschließlich für Anstaltsbedienstete	329
◆ Legale und illegale Drogen	330
◆ Cannabiskonsum in Haft	331
◆ Abstinenz und/oder Risikominimierung?	333
◆ Gesundheitsrisiken des Gefängnispersonals	334
◆ Maßnahmen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten	335
8.5 Übungen für Anstaltsbedienstete und Gefangene	337
◆ Über Drogen reden	337
◆ Eine Frage der Hygiene	341
9. Angebote	343
9.1 Bereitstellung von Desinfektionsmitteln zur Reinigung von Spritzzubehör	343
9.2 Spritzenumtausch-Programme	347
<i>Empfehlungen</i>	348
<i>Verschiedene Herangehensweisen</i>	350
<i>Beispiele aus der Praxis</i>	352
9.3 Kondomvergabe	355
<i>Verteilung durch den Arzt/die Ärztin (auf Rezept oder ohne) oder durch Mitarbeiter/innen der Krankenabteilung</i>	355
<i>Verkauf im Gefängnisladen</i>	356
<i>Vergabe durch Sozialarbeiter/innen der Anstalt oder Mitarbeiter/innen von Aids- und Drogenhilfen</i>	356

<i>Verteilung durch Mitgefangene</i>	357
<i>Anonymer Zugang</i>	357
10. Unterstützende Maßnahmen	358
10.1 Sammeln von Informationen	359
<i>Drogenkonsum im Gefängnis und daraus resultierende Gesundheitsrisiken</i>	360
<i>Bedürfnisse Drogen gebrauchender Gefangener</i>	361
<i>Defizite in der medizinischen Versorgung und Gesundheitsfürsorge</i>	362
10.2 Einsatz eines Fragebogens	363
10.3 Entwicklung von Info-Materialien	365
10.4 Herausgabe einer Gefangenenzeitung	366
10.5 Organisieren von Veranstaltungen	368
<i>Informative Treffen</i>	368
<i>Freizeitaktivitäten</i>	369
11. Peer-Support in Haftanstalten	370
IV. ANHANG	375
1. Literatur	377
2. Auswertungsbögen für Schulungen – Beispiele	385
3. Abkürzungen	398
4. Nützliche Webseiten	399
5. Nützliche Adressen	401
6. Internationale Leitlinien und Empfehlungen zu HIV/Aids in Gefängnissen	403

A large, stylized blue dragon head is the background of the page. The dragon has a fierce expression with its mouth open, showing sharp teeth. The dragon's head is composed of various shades of blue, with intricate patterns for its scales and fur. The overall style is graphic and modern.

EINFÜHRUNG

I.



1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR DROGENGEBRAUCHER/-INNEN IM STRAFVOLLZUG

Unser Interesse am Thema „Gesundheitsförderung für Drogengebraucher/innen im Strafvollzug“ stammt aus unserer Beschäftigung mit Gefängnissen im Rahmen des 1993 gestarteten European Peer Support Project (EPSP). Ziel dieses vom Drogen-Präventions-Programm der Europäischen Kommission finanziell unterstützten Projektes war es, Peer-Support, also die Unterstützung von Gleich zu Gleich, in den EU-Mitgliedsstaaten als Methode zur Risikominimierung bei intravenös konsumierenden Drogengebraucher(inne)n einzuführen bzw. weiterzuentwickeln. Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen aus diesem Bereich, aber auch Gefangene und Vertreter/innen von Drogen-Selbsthilfeorganisationen sollten dazu ermutigt werden, die Peer-Support-Methode im Rahmen einer Strategie zur Reduzierung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Schäden anzuwenden (Trautmann 1995). In der dritten und letzten EPSP-Phase, die 1996 begann, wurde Peer-Support unter Drogenkonsument(inn)en in Gefängnissen in Deutschland, Irland, Italien und Portugal eingesetzt (Verpalen/Trautmann 1997a/b). Dieses Pilotprojekt bestätigte unseren Eindruck, dass es einen Bedarf für Maßnahmen zur Risikominimierung und Gesundheitsförderung für inhaftierte Drogenkonsument(inn)en gibt und dass Gefängnisse eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Umsetzung solcher Maßnahmen spielen können (Stöver/Trautmann 1998; Mainline 1997).

Die im Rahmen dieses Projektes in Gefängnissen durchgeführten Maßnahmen haben uns die Augen dafür geöffnet, welches Potenzial das Justizsystem in punkto Gesundheitsförderung für Drogengebraucher/innen hat. Aus diesem Grund haben wir das Projekt „Unterstützung von Gesundheitsförderung für Drogenkonsument(inn)en

im Strafvollzug“ begonnen, das neben der Erarbeitung dieses Handbuchs auch die Organisation einer internationalen Konferenz umfasste, die vom 22. bis 25. November 2000 in Hamburg zusammen mit der 4. Europäischen Konferenz „Drogen und HIV/AIDS-Angebote im Gefängnis“ (organisiert von Cranstoun Drug Services, London) stattfand. Zum Projekt gehörte auch eine Bestandsaufnahme von „Best-Practice“-Modellen in den verschiedenen Bereichen des Justizvollzugs; diese und andere Erhebungen haben gezeigt, dass es eine Reihe von Möglichkeiten für die Gesundheitsförderung in Haft gibt. Verschiedene Berufsgruppen können hierbei eine wichtige Rolle spielen: Mitarbeiter/innen des Allgemeinen Vollzugsdienstes, des Sozialdienstes, des Medizinischen Dienstes, externer Drogen- und Aidshilfen, Bewährungshelfer/innen usw. Mitarbeiter/innen von Drogenhilfeeinrichtungen können an der Fortbildung von Gefängnispersonal mitwirken, Drogengebraucher/innen ihre Mitgefangenen bei der Risikominimierung unterstützen. In diesem Handbuch gehen wir auf die folgenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Haft ein:

- Die **abstinentorientierte Behandlung** dürfte das am weitesten verbreitete und auch das am gründlichsten erforschte Angebot für inhaftierte Drogengebraucher/innen sein. Die Antworten auf die Frage, inwieweit solche Programme drogenabhängige Gefangene bei der Erreichung und Erhaltung der Abstinenz unterstützen, unterscheiden sich aber erheblich; sie reichen von „recht effektiv“ (Inciardi [Hg.] 1993) bis „mehr oder weniger ineffektiv“ (Schippers/van der Hurk 1998). Im Allgemeinen werden die Fachkenntnisse (und manchmal auch Mitarbeiter/innen) externer Behandlungsprogramme genutzt.
- Daneben gibt es mehrere allgemeine **Gesundheitsförderungsprogramme** wie z.B. „Alles unter Kontrolle“ aus den Niederlanden, ein Trainingsprogramm für inhaftierte Drogengebraucher/innen, das nicht vorrangig auf Abstinenz zielt. In diesem Trainingsprogramm sollen ihnen Möglichkeiten vermittelt werden, die mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken zu minimieren und den Drogengebrauch nach der Entlassung kontrollieren zu können. In elf Sitzungen lernen die Teilnehmer/innen, Entscheidungen zu ihrem Drogenkonsum zu treffen (Welche Drogen will ich in welcher Form konsumieren?), Ziele und Grenzen zu setzen und Strategien zur Erreichung ihrer Ziele anzuwenden. Darüber hinaus deckt das Pro-

gramm ein breites Spektrum „allgemeiner“ Gesundheitsförderung einschließlich psychosozialer Aspekte, sozialer Fähigkeiten usw. ab (Blekman/van Emst 1997).

- In verschiedenen Ländern sind Substitutionsprogramme (z.B. mit Methadon) entweder als Entzugs- oder als Erhaltungsbehandlung eingeführt worden (Pont u. a. 2012).
- Harm-Reduction-Programme, also Programme zur Schadensminde- rung, zielen auf die Minimierung der Risiken des Drogengebrauchs unter dem Motto: „Wenn du im Gefängnis Drogen gebrauchst, dann tu dies so sicher wie möglich!“ Die praktische Unterstützung muss dabei den jeweiligen Bedürfnissen und Ressourcen der Drogenge- braucher/innen entsprechen. Diese Programme können die folgen- den Punkte umfassen:
 - Die Abgabe steriler Einwegspritzen wurde in einigen Gefängnis- sen in der Schweiz, Deutschland und Spanien ursprünglich als Modellprojekt, später als Regelangebot eingeführt (Stöver/Knorr 2014).
 - In einer Reihe von Gefängnissen in verschiedenen Ländern wer- den Desinfektionsmittel zum Säubern von Spritzen vergeben (Dolan 1995).
 - Peer-Support-Programme (siehe oben).
 - Externe Unterstützungs-Programme (z. B. durch Aidshilfen)
- In mehreren Ländern werden Informationen bzw. Trainings zur **Vor- bereitung der Haftentlassung** angeboten, um Drogen konsumie- rende Gefangene auf die Risiken nach der Entlassung vorzubereiten (z.B. erhöhtes Risiko einer Überdosis). In einigen wenigen Ländern (z.B. Schottland) erhalten Gefangene vor ihrer Entlassung Trainings zur Drogennotfallprophylaxe und zum Notfallmedikament Nalo- xon sowie ein Naloxon-Kit ausgehändigt.

Dieses Handbuch beschreibt, was getan werden kann, um drogenbezo- gene Gesundheitsrisiken im Gefängnis zu reduzieren. Wir integrieren die Ergebnisse und Erfahrungen verschiedener Projekte, die in diesem Gebiet durchgeführt worden sind. Neben Basis-Informationen über Drogen, Drogenkonsum, Infektionskrankheiten und Strategien zur Ri- sikominimierung enthält das Handbuch auch Module für Trainingsse- minare für Bedienstete und Inhaftierte.

2. AUFBAU DES HANDBUCHS

Dieses Handbuch richtet sich vorrangig an Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, sei es innerhalb oder außerhalb des Justizvollzugs, sei es als Mitarbeiter/innen staatlicher Stellen oder nichtstaatlicher Organisationen – Letztere haben häufig den Vorteil höherer Akzeptanz bei der Arbeit mit Gefangenen. Es kann aber auch von Sozialarbeiter(inne)n, Gefängnisbediensteten, Selbsthilfe-Vertreter(inne)n und Gefangenen als Praxis-Leitfaden genutzt werden. Verfasst wurde es in Form eines Lehrbuchs, die Leitfrage ist: „Wer sollte wem wann und auf welche Weise welche Informationen geben?“ Um diese Fragen mit Blick auf die Arbeit in Gefängnissen zu beantworten, müssen neben formalen und inhaltlichen auch organisatorische und methodische Aspekte berücksichtigt werden. Unser zentrales Thema ist die „Risikolage“ für Gefangene und Bedienstete, die sich von Land zu Land, teilweise sogar von Gefängnis zu Gefängnis innerhalb eines Landes, eines Bundeslandes oder gar einer Stadt zum Teil deutlich unterscheiden kann.

Wir haben versucht, ein Handbuch zu verfassen, mit dem man Maßnahmen zur Gesundheitsförderung entwickeln und das an die spezifischen Bedürfnisse und Bedingungen in verschiedenen Ländern angepasst werden kann. Wir sind überzeugt, dass es um viele weitere nützliche Informationen erweitert werden kann und sollte, indem die Erfahrungen von Inhaftierten und Bediensteten mit Projekten der Gesundheitsförderung aufgenommen werden.

Die Hauptziele dieses Handbuches sind:

- das Bewusstsein für die mit dem Drogenkonsum verbundenen Gesundheitsprobleme (z.B. Infektionskrankheiten) zu schärfen
- die Diskussion über Schadensminimierung als Antwort auf diese Gesundheitsprobleme anzuregen und zu fördern
- das Wissen und die Fähigkeiten zu erweitern, die Einsicht in die Probleme zu vertiefen und sowohl bei Bediensteten als auch bei Gefangenen auf eine positive Haltung zur Risikominimierung hinzuarbeiten

- mit unterschiedlichen Mitteln wichtige Informationen zur Gesundheitsförderung zu verbreiten
- die Umsetzung von Maßnahmen zur Risikominimierung für Inhaftierte und Bedienstete anzuregen und zu unterstützen.

Um diese Ziele zu erreichen, enthält das Handbuch auch Informationen für Bedienstete: zu Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, zu Drogen, Abhängigkeit, Infektionskrankheiten und den notwendigen Hilfsmaßnahmen. Für Gefangene haben wir Informationen über Risikosituationen und riskante Bedingungen in Haft zusammengestellt. Wir geben technische und organisatorische Hilfestellungen, wie bestimmte Themen aufbereitet und wie unter Haftbedingungen Maßnahmen zur Schadensminimierung eingeführt werden können. Wir stellen spezifische Methoden vor, wie man die Zielgruppen erreichen und mit ihnen arbeiten kann. Außerdem haben wir Arbeitsblätter zu zentralen Themen und Fragestellungen entwickelt, die als Basis für Gruppenarbeit oder individuelle Beratung dienen können. Und nicht zuletzt bieten wir einen Überblick über relevante Veröffentlichungen, Adressen wichtiger Einrichtungen in verschiedenen Ländern und weiterführende Internetseiten.

Ein Handbuch wie dieses kann nicht alle Aspekte der Risikominimierung abdecken. Wir mussten eine Auswahl treffen und haben uns daher auf die Risikominimierung „an sich“ beschränkt, beschäftigten uns also z.B. nicht mit einigen wichtigen psychosozialen Themen wie dem Umgang mit Erfahrungen sexueller Gewalt (Missbrauch, Vergewaltigung usw.). Die Tatsache, dass wir diese Bereiche ausklammern, bedeutet natürlich nicht, dass man ihnen keine Beachtung schenken sollte. Wenn man mit ihnen zu tun bekommt, sollte man auf jeden Fall angemessene Unterstützung und Betreuung für die betroffenen Gefangenen organisieren. Zu bedenken ist aber, dass Gefängnisse keine therapeutischen Einrichtungen sind. Die Möglichkeiten für psychosoziale Unterstützung und Betreuung im Gefängnis sind normalerweise sehr begrenzt. Dies gilt erst recht für Mitarbeiter/innen der Drogenhilfe, die in erster Linie zur Risikominimierung beitragen sollen – sie werden in der Regel weder die Zeit noch die erforderliche Ausbildung und das Recht haben, in diesen speziellen Fragen tätig zu werden.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass dieses Handbuch in erster Linie auf Sekundärprävention und individuelle Verhaltensänderungen abzielt. Uns ist aber klar, dass sich auch die Strukturen und Institutionen verändern müssen, um gesunde Lebensbedingungen erreichen und das individuelle Gesundheitsverhalten fördern zu können; diese Ebene muss also immer mitgedacht werden.

Teile dieses Handbuchs haben wir bereits im Frühjahr 2001 in Turin (Italien) und Dublin (Irland) „getestet“, indem wir mit Anstaltsleiter(innen), Bediensteten und Vertreter(innen) städtischer Gesundheitsdienste diskutierten (in Zusammenarbeit mit unseren Partnerorganisationen, die in den Themenkomplex Gefängnis des „European Peer Support Project“ einbezogen waren).

Darüber hinaus haben verschiedene Expert(inn)en Teile dieses Handbuchs kommentiert oder selbst Beiträge verfasst (siehe die eingangs aufgeführte Autorenliste). Ihre zahlreichen hilfreichen Anregungen und kritischen Bemerkungen sind in die vorliegende Endfassung eingeflossen.

3. DROGENGEBRAUCH IM GEFÄNGNIS: SUBSTANZEN, GEBRAUCHSMUSTER UND HÄUFIGKEIT DES KONSUMS

Prävalenz des Drogenkonsums und drogenbedingter Infektionskrankheiten

Im Lauf ihrer „Karriere“ macht ein Großteil der Konsument(inn)en illegaler Drogen Erfahrungen mit Polizei, Gerichten oder Haft. Laut der Hamburger Basisdokumentation e. V. (BADO e. V.), einem Zusammenschluss von Freien Drogenhilfeträgern in Hamburg und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, hatten im Jahr 2009 38 % der in der ambulanten Suchthilfe betreuten Klient(inn)en Probleme mit der Justiz, 12 % hatten bereits Hafterfahrung, von den Opiat- und Kokainkonsument(inn)en war sogar jede/r Fünfte schon einmal inhaftiert (Oechsler u. a. 2010). Längsschnittlich betrachtet liegen die Anteile sogar noch höher: Mehr als die Hälfte (52 %) der betreuten Drogengebraucher/innen in Hamburg ist schon einmal im Leben verurteilt und inhaftiert worden, wobei der Anteil der Opiatkonsument(inn)en mit 70 % und durchschnittlich 50 Haftmonaten am höchsten ist. In einer Frankfurter Szenebefragung hatten sogar 78 % der Opiatkonsument(inn)en bereits Hafterfahrung (durchschnittlich 51,9 Monate) (Müller u. a. 2011).

Studien zur Lebenssituation älterer Drogenabhängiger zeigen, dass Haftaufenthalte mit zunehmendem Alter häufiger werden: Hößelbarth u. a. (2011) berichten, dass 87,8 % der 74 Befragten im Alter von 45 bis 61 schon mal in Gewahrsam genommen oder in eine Strafanstalt inhaftiert wurden. Sie verbrachten durchschnittlich vier Jahre in Haft (48,8 Monate; Frauen: 31,6 Monate, Männer: 55,6 Monate), wobei die Haftzeit zwischen wenigen Tagen und zwanzig Jahren variierte. Be-

1.3

EINFÜHRUNG

trachtet man mehrere Studien zusammen, ist von einer durchschnittlichen Haftdauer von etwa vier Jahren auszugehen (Stöver 2014).

Am 31. März 2012 verbüßten insgesamt 58.073 Personen eine Freiheits- oder Jugendstrafe in einer deutschen Justizvollzugsanstalt oder befanden sich in Sicherungsverwahrung (Statistisches Bundesamt 2012). Wegen eines Drogendelikts saßen am genannten Zeitpunkt 8.126 Personen (14 %) ein (ebenda). Expert(inn)en gehen jedoch davon aus, dass etwa 30–40 % aller männlichen und mehr als 50 % aller weiblichen Gefangenen intravenös Drogen konsumieren (Stöver 2002). Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, wonach etwa jede/r zweite Gefangene als „drogengefährdet“ (Justizministerium NRW 1992) und jede/r dritte als „therapiebedürftig“ (Dolde 2002) angesehen werden muss.

Diese Befunde stimmen mit den Ergebnissen zweier multizentrischer epidemiologischer Studien (Radun u. a. 2007; Schulte u. a. 2009) überein. Diese geben erstmals einen genauen Überblick über die Zahl der aktuell und ehemals intravenös Drogen Konsumierenden in Haftanstalten sowie über die Zahl der Inhaftierten in Deutschland, die sich durch Drogengebrauch mit HIV und/oder Hepatitis C (HCV) infiziert haben. Radun u. a. (2007) ermittelten in ihrer Querschnittstudie bei 1.497 Inhaftierten in sechs deutschen Gefängnissen eine Lebenszeitprävalenz für intravenösen Drogenkonsum von 29,6 % (n=464). 17,6 % aller untersuchten Gefangenen waren mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) und 0,8 % mit HIV infiziert. Jede/r zweite Gefangene, der/die jemals Drogen injiziert hat (50,6 %), war HCV-positiv; 1,6 % waren HIV-positiv.

Mit ihrer Befragung von Anstaltsärzt(inn)en in 31 deutschen Haftanstalten mit insgesamt mehr als 14.000 Strafgefangenen konnten Schulte u. a. (2009) diese Ergebnisse bestätigen: Der Anteil der aktuell und ehemals intravenös injizierenden Gefangenen lag hier durchschnittlich bei 21,9 %, die HCV- und HIV-Prävalenzraten betragen 14,3 % beziehungsweise 1,2 %.¹

¹ 2016 hat das Robert Koch-Institut in seiner DRUCK-Studie aktuelle Prävalenzdaten zu HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebraucher(inne)n in Deutschland vorgestellt. Daten zur Hafterfahrung bzw. zum Drogengebrauch in Haft gehen daraus ebenfalls hervor. Der Studienbericht findet sich hier: <http://bit.ly/2kpEOXu>

Tabelle 1: Anteil der intravenös Drogen Konsumierenden (IDUs) und der drogenassoziierten Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung

	IDUs	HCV	HIV
Haftanstalten ^{1,2,6}	21,9 %–29,6 %	14,3 %–17,6 %	0,8 %–1,2 %
Allgemeinbevölkerung	0,3 % ³	0,4 %–0,7 % ⁴	0,05 % ⁵
Faktor	73- bis 98-fach	26- bis 32-fach	16- bis 24-fach

1 Radun u. a. 2007; 2 Schulte u. a. 2009; 3 EMCDDA 2006; 4 RKI 2007; 5 UNAIDS 2007; 6 Jakob/Stöver/Pfeiffer-Gerschel 2013

Die beiden Studien aus den Jahren 2007 und 2009 belegen, dass aktuell/ehemals intravenös Drogen Konsumierende und Personen mit drogenassoziiertes HCV- und/oder HIV-Infektion in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert sind (siehe Tabelle 1). Das bestätigen die Schätzungen des EMCDDA (2012), wonach mindestens die Hälfte der europäischen Gefangenenpopulation „drogenerfahren“ ist, viele davon mit problematischem und/oder intravenösem Konsum. Auf der Grundlage der in Tabelle 1 genannten Werte muss man bei rund 58.100 Strafgefangenen (Stand 31.3.2012) querschnittlich von etwa 15.000 (12.724–17.198) Opioidkonsument(inn)en oder -abhängigen allein in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen (ohne Maßregelvollzug und Polizeiarrest) – im Lauf eines Jahres wären es etwa doppelt so viele. Folglich ist etwa jeder Zehnte der auf mindestens 150.000 geschätzten Drogenabhängigen mit problematischem Konsum in Deutschland in Haft (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2007). Verglichen mit den 11.000 verfügbaren Therapieplätzen (Leune 2009), befinden sich etwa anderthalb mal so viele Drogenkonsument(inn)en im Gefängnis wie in Therapieeinrichtungen.

Während in den Gefängnissen der alten Bundesländer die Zahl Opiatabhängiger deutlich überwiegt, befinden sich in den Haftanstalten der fünf ostdeutschen Bundesländer etwa genauso viele Alkohol- wie andere Drogenabhängige (Preusker 2002). In der Summe dürften die

1.3

Anteile derer von Alkohol und derer von anderen Drogen Abhängigen in deutschen Gefängnissen ungefähr gleich hoch sein (Küfner 1998; Küfner/Beloch 2001). Eine Studie aus Westdeutschland (n=76) zeigt, dass beim Alkoholkonsum die Abhängigkeits- und Missbrauchsrate (38,2% bzw. 21,1%) deutlich höher sind als beim Opiatkonsum (28,9% bzw. 2,6%) – trotz der „beschützten Umgebung“ Gefängnis. Beim Alkoholkonsum liegen die Lebenszeitprävalenzen bei 46,1% (Abhängigkeit) und 25% (Missbrauch, Schröder 2005). Alkoholbezogene Störungen kommen in Haftanstalten folglich fünf- bis achtmal häufiger vor als „draußen“ (Meyer u. a. 2000; Jacobi u. a. 2004). Darüber hinaus ist bei einem nicht unerheblichen Teil der Drogen gebrauchenden Gefangenen (über 22%) eine polyvalente Substanzabhängigkeit² festzustellen, schließlich sind 79% der Gefangenen aktuelle Raucher. Der Anteil der aktuell rauchenden Jugendlichen in Haft liegt insgesamt bei 89%, von den jugendlichen/heranwachsenden Frauen rauchen aktuell 93,2% (Stöver/Ritter/Buth 2012).

Ein Großteil der Gefangenen in Deutschland (und Europa) ist also drogenerfahren beziehungsweise konsumiert in Haft illegale Drogen – vor allem Cannabis und Opiate, zum Teil sogar erstmals (DBDD 2012). Viele Studien belegen, dass drogenbezogenes Risikoverhalten wie das Teilen von Spritzen und Nadeln neben Tätowieren und Piercen in Gefängnissen weit verbreitet und Ursache für HBV-, HCV- und HIV-Infektionen ist (Stöver/Lines/Thane 2009; Thane/Stöver 2011). Eine andere Studie zeigt außerdem, dass intravenöser Drogenkonsum und Tätowieren Prädiktoren für HCV-positive Befunde bei Häftlingen sind (Vescio u. a. 2008).

In europäischen Gefängnissen variieren die HCV-Prävalenzen unter Gefangenen sehr stark (20–40%). Bei ehemals oder aktuell intravenös konsumierenden Drogenabhängigen schwanken diese Zahlen sogar zwischen 32 und 79% (Arain et al. 2014; Donoghoe 2006).

² gleichzeitiger Konsum von mehr als drei Substanzklassen, der die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllt

Drogengebrauch im Jugendvollzug

Im Jugendstrafvollzug haben wir es mit zwei verschiedenen Altersgruppen zu tun: junge Inhaftierte (14–18 Jahre) und Heranwachsende (18–21 Jahre). Für sie gelten jeweils andere Regelungen.

Laut Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2013 10.144 Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren inhaftiert, davon waren 9.722 Männer und 422 Frauen. Eine Jugendstrafe verbüßten 5.518 Personen (4.087 männlich und 184 weiblich). In den Ländern Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen sitzen entsprechend der Größe der Bundesländer die meisten jungen Männer und in Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Baden-Württemberg und Bayern die meisten jungen Frauen in Haft (Statistisches Bundesamt 2013).

Jugendliche Straftäter haben überproportional stark Erfahrungen mit Alkohol- und Drogenkonsum. Eine Evaluation des Jugendstrafvollzugs in Baden-Württemberg kommt zu dem Ergebnis, dass 57 % der jungen Gefangenen vor ihrer Inhaftierung regelmäßig Alkohol und 63 % regelmäßig illegale Drogen (56 % Cannabis, 22 % Kokain, 21 % Amphetamine, 10 % Ecstasy und 6 % Heroin) konsumierten (Stelly/Thomas 2013, S. 36). „Jeder Vierte (25 %) der jungen Gefangenen stufte seinen Alkoholkonsum und jeder Dritte (37 %) seinen Drogenkonsum als ‚problematisch‘ ein. Im Zeitvergleich auffällig ist der Problemzuwachs in Sachen Alkoholkonsum. Eine vergleichende Aktenanalyse des Zugangsjahrgangs 1991/1992 mit dem Zugangsjahrgang 2009/2010 ergab, dass sich der Anteil derer, denen ein auffälliger Alkoholkonsum zugeschrieben wurde, innerhalb des knapp 20-jährigen Zeitraums von einem Drittel (33 %) auf fast zwei Drittel (63 %) erhöhte. Im Drogenbereich ergab der Langzeitvergleich einen Zuwachs von 48 auf 58 %. Auffällig ist jedoch der Rückgang von Heroinkonsumenten von 35 auf 12 %.“ (ebenda, 39)

Diese Daten geben einen Einblick in die Entwicklung der Drogenaffinität Jugendlicher sowie in den Wandel der Konsummuster: Zentrales Problem – zumindest vor der Inhaftierung – ist Alkohol- und Cannabiskonsum, erst dann kommen andere Substanzen. Es gibt nur wenige Daten dazu, wie viele dieser Jugendlichen ihren Konsum in Haft fortsetzen.

Als Droge werden hier alle psychotrop wirkenden Substanzen verstanden (z.B. Cannabis, Amphetamine, Heroin usw. sowie Nikotin, Koffein und Alkohol). Viele epidemiologische Untersuchungen fragen zwar nach dem Konsum von mehreren verschiedenen Drogen, dem Tabakgebrauch wird jedoch kaum Bedeutung beigemessen. Dabei ist mittlerweile unbestritten, dass Tabakrauch sowohl für die Konsumierenden als auch die ihm passiv Ausgesetzten erhebliche gesundheitliche Risiken birgt. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist der Gebrauch von Tabak bei Inhaftierten überproportional hoch; das gilt insbesondere für jugendliche und heranwachsende Gefangene.

In vielen Alltagsbereichen der Haft kommt Tabak eine zentrale Funktion zu. Weil in geschlossenen Haftanstalten kein Bargeld erlaubt ist, dient er – ebenso wie Kaffee – z.B. als Währung: Mit Tabak werden also Güter und Dienstleistungen bezahlt sowie Wetteinsätze getätigt.

Der Bereich Strafvollzug ist in hohem Maße männlich dominiert. Im Jugendstrafvollzug liegt das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Gefangenen in einigen Bundesländern wie etwa Baden-Württemberg bei 1:14. Es ist anzunehmen, dass männlichen Jugendlichen und Heranwachsenden der Drogenkonsum, -handel oder -schmuggel auch Mittel ist, um Männlichkeit zu demonstrieren und auszuleben, zudem Kompetenzen und Ressourcen fehlen bzw. nicht ausreichend entwickelt sind, um die Belastungen der Haft anders zu bewältigen. „Doing Gender with drugs“ stellt im Gefängnis eine zentrale Strategie dar, um Hierarchien, Abgrenzungen und Abhängigkeitsbeziehungen zu schaffen (vgl. Stöver 2014). Durch die sich hierbei herausbildenden Drogensubkulturen entstehen weitere Bindungen und Abhängigkeiten.

Eine Studie des Kriminologischen Forschungsdienstes Niedersachsen (KFN) verdeutlicht, dass Drogenkonsum/-handel und Gewalt stark miteinander korrelieren, Opfer sind dabei zum Teil auch Täter – und umgekehrt. Daher rückt das Thema Gewalt immer mehr in den Fokus der Diskussion um Drogenkonsum in Haft.

Um altersgerechte und passgenaue Präventions- und Behandlungsmethoden zu entwickeln, muss das gesamte Drogenkonsumspektrum in

den Blick genommen werden. Zu berücksichtigen ist, dass der Jugendstrafvollzug andere Probleme mit Drogen aufweist und die Interventionen des Erwachsenenstrafvollzugs daher nicht immer 1:1 übertragbar sind.

Problematische Drogengebrauchsmuster und Morbiditätsrisiken

Das Wissen über Drogenkonsum in Gefängnissen ist immer noch sehr bruchstückhaft, es gibt nur wenige Studien über die dort konsumierten Substanzen, über Gebrauchsmuster und -häufigkeit. Im Folgenden geht es um problematische Konsummuster:

Needle-Sharing (Nadel und/oder Spritze werden von mehreren benutzt, über Blut-/Bluteiweißreste, die man mit bloßem Auge nicht erkennt, können Viren, Bakterien und Pilze in die Blutbahn gelangen; Hepatitis-Viren z.B. können sich in Blutresten über mehrere Monate halten) ist offensichtlich die riskanteste Form, Drogen zwischen mehreren Gebraucher(inne)n aufzuteilen. Trotzdem wenden viele Konsument(inn)en dieses Verfahren (mit unterschiedlicher Häufigkeit) auch in Haft an.

Auch **Drug-Sharing** (eine größere Menge von Heroin oder anderen Drogen wird auf mehrere Spritzen aufgeteilt) kann eine Infektionsquelle sein, besonders dann, wenn eine oder mehrere Spritzen nicht steril sind.

Die im Gefängnis am häufigsten konsumierte Droge ist (neben Tabak) das hauptsächlich zur Entspannung eingesetzte **Cannabis**: Studien haben gezeigt, dass zum Teil mehr als die Hälfte der Gefangenen Cannabis konsumierten.

Die **Gründe für den Drogengebrauch** im Gefängnis sind vielfältig: Einige Konsument(inn)en beschreiben die konstanten Bemühungen, Drogen zu beschaffen, als Strategie, um Langeweile zu bekämpfen und die Inhaftierung zu ertragen, also um mit den Härten des Gefängnislebens fertig zu werden oder Krisen zu überwinden (schlechte Nachrichten, Verurteilung und Bestrafung, Gewalt usw.). Es scheint, dass die Inhaftierung manchmal sogar noch mehr Gründe liefert, Drogen zu

1.3

konsumieren oder den Konsum fortzusetzen, oder dass sie sogar einen Rückfall nach einem Entzug verursacht.

Oftmals führt das verknappte Drogenangebot in Haft zu **Änderungen in den Konsummustern** hinsichtlich der Menge, Art und Applikationsform: Drogen werden seltener als „draußen“ konsumiert; diejenigen, die im Gefängnis weiterhin intravenös konsumieren, tun dies in unregelmäßigen Zeitabständen und mit reduzierten Mengen. Eine Studie aus Großbritannien zeigte, dass Gefangene, die täglich intravenös konsumierten, eher kürzere Haftstrafen hatten, sich eher in Untersuchungshaft befanden oder in der Nähe ihrer Wohnorte einsaßen. Andere Studien und Beobachtungen von Gefängnisbediensteten weisen darauf hin, dass häufig zu alternativen Drogen gewechselt wird (zum Beispiel von Opiaten zu Cannabis) oder zu Ersatzdrogen mit psychotropen Wirkungen (illegale Drogen und/oder ärztlich verordnete Substanzen, z. B. Buprenorphin), egal wie schädigend diese sein können.

Cannabis wird im Fettgewebe abgelagert und kann noch bis zu 30 Tage nach dem Konsum nachgewiesen werden. Ob die Gefahr besteht, dass vor diesem Hintergrund und aus Angst vor Kontrollen (z. B. Zwangstests) sowie aufgrund des eingeschränkten Zugangs Gefangene **vom Cannabis- zum Heroingebrauch wechseln** oder zumindest Heroin ausprobieren, ist bis auf anekdotische Berichte nicht belegt.

Drogenkonsum im Gefängnis kann wie folgt charakterisiert werden:

- Die Verfügbarkeit der Drogen unterliegt starken Schwankungen, was zu dramatischen Wechseln zwischen Konsum- und Entzugsphasen führt. Darüber hinaus muss jedes Mal das Spritzbesteck und Zubehör organisiert werden.
- Qualität, Reinheit und Konzentration der Substanzen sind im Gefängnis schwerer einzuschätzen als draußen.
- Der Konsum mehrerer (billiger) Drogen – um Phasen zu überbrücken, in denen teurere Drogen nicht finanziert werden können – ist weit verbreitet.
- Trotz aller widrigen Umstände nutzen einige Insass(inn)en die Gefangenschaft als Gelegenheit für eine (Konsum-)Pause, um sich körperlich zu erholen. (vgl. Trabut 2000, 26)

Folgende Gründe für die Beendigung des intravenösen Konsums in Haft lassen sich identifizieren:

- persönliche Gründe (einschließlich einer Abwägung der Risiken, die mit dem Injizieren verbunden sind)
- praktische Gründe (einschließlich der Schwierigkeiten, an Drogen sowie Nadeln und Spritzen heranzukommen)
- ökonomische Gründe (die Kosten des Drogenkonsums)
- Rückgänge im allgemeinen Drogenkonsum.

Was die **Haltung gegenüber dem Drogengebrauch im Gefängnis** angeht, so werden bestimmte Drogen (insbesondere Cannabis und Benzodiazepine) oft als nützlich oder hilfreich (z.B. zur Linderung der Haftserfahrungen) angesehen: Viele Gefangene sehen Cannabis als grundsätzlich harmlos an. Zugleich sehen sie eine Behandlungsnotwendigkeit bei Gefangenen mit ernststen Drogenproblemen und sind sich über die gesundheitlichen Konsequenzen des intravenösen Drogenkonsums im Klaren. Viele Gefängnisbedienstete teilen diese Haltungen; einige äußern sich über Drogen als schmerzlindernde Mittel und die relative Harmlosigkeit von Benzodiazepinen und Cannabis, andere wiederum zeigen sich besorgt über die Entwicklung eines Drogenschwarzmarktes.

Im Gefängnis gibt es kaum eine Privatsphäre; dies führt unweigerlich zu **Stress, besonders bei der Vorbereitung zum Drogenkonsum** (Besorgen/Reinigen des Injektionsbestecks, Hygienevorkehrungen).

Durch das Drogenverbot ist aber auch das **Risiko einer Überdosierung** bei Wiederaufnahme des intravenösen Konsums nach der Entlassung extrem hoch.

Die folgenden Faktoren tragen zusätzlich zur Verbreitung von Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV/Aids und/oder Tuberkulose) in Haft bei:

- Überbelegung, schlechte Ernährung und schlechte Hygienebedingungen
- die Tatsache, dass Gefangene oft zu armen, verelendeten und ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Infektionsrisiko gehören

I.3

EINFÜHRUNG

- die Tatsache, dass sich mit der Inhaftierung in vielen Ländern auch der Zugang zu Maßnahmen der Prävention und medizinischen Versorgung verschlechtert oder ganz verwehrt wird und dass
- Drogengebraucher/innen in vielen Ländern einen großen Teil der Inhaftierten stellen – also hohe Versuchungsrisiken
- polytoxikomanes³ Konsumverhalten und Leiden an schweren Gesundheitsproblemen, wie Entzugssymptomen, Abszessen, Infektionskrankheiten und psychischen Störungen.

³ polytoxikoman = abhängig von verschiedenen Suchtstoffen

4. MEDIZINISCHE VERSORGUNG VON DROGENKONSUMENT(INN)EN IN HAFT

Einleitung

In ihrer europäischen Studie über Gesundheitsprobleme im Gefängnis arbeitete Tomasevski (1992) Drogengebrauch, psychische Störungen (Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Depressionen usw.) und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten als drei wesentliche, eng miteinander verzahnte Problembereiche heraus.

Der Bedarf an psychiatrischen, infektiologischen und vor allem suchtmmedizinischen und psychosozialen Hilfen, die dem State of the Art entsprechen, ist daher hoch. Doch in Haft können Drogen Gebrauchende kaum von den Fortschritten profitieren, die in Freiheit auf diesem Gebiet in den letzten 30 Jahren erzielt wurden. Während sich das Hilfesystem draußen erheblich ausdifferenziert hat, setzt man im Justizvollzug immer noch vorwiegend auf die Aussetzung der Strafe nach dem Motto „Therapie statt Strafe“ (bei Gefangenen mit einer Reststrafe von unter zwei Jahren) und Appelle an Verhaltensänderungen. Evidenzbasierte Ansätze zur Behandlung der Opiatabhängigkeit (wie die Substitution) wurden und werden in vielen Haftanstalten, wenn überhaupt, mit erheblichem Zeitverzug eingeführt (Keppler/Knorr/Stöver 2011). Probleme bestehen ebenso in der Versorgung von Gefangenen mit körperlichen und psychischen/psychiatrischen Begleiterkrankungen. Auch die Angebote der infektiologischen Versorgung (z.B. HCV-Therapie) sind für Gefangene – aus Kostengründen oder Furcht vor vermehrten Reinfektionen – häufig nicht zugänglich. Allerdings zeigen sich auch bei Drogen konsumierenden Häftlingen häufig gesundheitliche Verbesserungen, die dem Zugang zu medizinischer Behandlung

und Pflege, vor allem aber den Bedingungen des Anstaltslebens geschuldet sind, wie etwa ein normaler Tag-Nacht-Rhythmus oder regelmäßige Ernährung.

Anerkannte und bewährte Strategien zur Eindämmung drogenkonsumentbedingter Infektionskrankheiten – Harm-Reduction-Maßnahmen wie z.B. die Spritzenvergabe⁴ – werden im Justizvollzug nicht angewandt. Und obwohl das Risiko, an einer Überdosis zu sterben, nach der Haftentlassung (besonders in der ersten Woche) um ein Vielfaches höher ist als sonst, gibt es kaum Maßnahmen zur Vorbeugung von Überdosierungen (WHO 2010)⁵, die über einen Appellcharakter hinausgehen. Die Vergabe von Naloxon zur Drogennotfallprophylaxe findet bei der Haftentlassung keine Anwendung.

Strukturelle Ungleichheit in Sachen Gesundheit

Grundsätzlich hat jede/r Gefangene einen Rechtsanspruch auf eine angemessene, den üblichen Standards der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende medizinische Versorgung (Lesting/Stöver 2012); das ist in mehreren internationalen und in nationalen Dokumenten festgeschrieben (Europäische Strafvollzugsgrundsätze, Strafvollzugsgesetz). Es darf keine „Zweiklassenmedizin“ geben, die zwischen Gefängnis und Freiheit unterscheidet. Das gilt selbstverständlich auch für die Suchtbehandlung bei drogenabhängigen Gefangenen (ihr Anteil an der Gesamtzahl Inhaftierter liegt in Deutschland zwischen 30 und 40 %; DBDD 2012).

Eine dem Äquivalenzprinzip verpflichtete (sucht-)medizinische Versorgung in Haft, die den „draußen“ geltenden Standards entspricht, steht bislang jedoch noch aus. Diese strukturelle Ungleichheit wirft die Frage auf, ob eine angemessene gesundheitliche Versorgung Gefangener durch einen justizinternen Gesundheitsdienst („Gesundheitsfürsorge“) überhaupt organisiert werden kann (Pont/Stöver/Wolff 2012).

⁴ Nur eine einzige der rund 184 Haftanstalten in Deutschland, die JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg, bietet Gefangenen den Spritzentausch an.

⁵ Die hier beschriebene Situation trifft ebenso auf den Maßregelvollzug zu.

Dass man mit der Inhaftierung im geschlossenen Vollzug aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausfällt, sorgt auch nach der Entlassung für erhebliche Probleme. Vor allem die Fortführung der Substitutionsbehandlung oder die Behandlung von anderen chronischen Erkrankungen wird dadurch erschwert (Lesting/Stöver 2012).

Voraussetzungen der suchtmmedizinischen Versorgung

Während in Freiheit für Drogenabhängige in den letzten 30 Jahren zahlreiche Hilfeformen mit unterschiedlichen Zielen und Methoden entwickelt worden sind (z.B. Suchtbegleitung, Harm Reduction, ambulante Therapie, suchtmmedizinische Versorgung, vor allem Substitutionsbehandlung; Böllinger/Stöver 2002; Michels/Sander/Stöver 2009), beschränkt sich das Behandlungsangebot im Justizvollzug meist immer noch auf abstinenzorientierte Hilfen. Damit einher geht die Annahme, das Gefängnis sei drogenfrei und zugleich ein geeigneter Ort zur Überwindung einer Drogenabhängigkeit. Zugleich wird der Gesellschaft suggeriert, dass dem tatsächlich so sei und Gefängnisse ihren Sicherheitsauftrag erfolgreich erfüllten, was intra- und extramural hohe sozialpsychologische und politische Bedeutung hat. Drogenkonsum im Gefängnis mit all seinen Risiken lässt sich auf diese Weise wirksam negieren.

Diese Politik gründet u. a. auf einem falschen Verständnis von Abhängigkeit. Die Opiatabhängigkeit beispielsweise ist eine schwere, chronisch rezidivierende Erkrankung, bei der Rückfälle (oder Beikonsum) zu erwarten und in das Behandlungskonzept zu integrieren sind (NRW 2010). Auch wenn der Konsum psychotroper Substanzen während der Haft reduziert oder sogar eingestellt wird, sind Rückfälle unmittelbar nach der Entlassung die Regel⁶ und eindeutig mit erhöhtem Mortalitätsrisiko verbunden (Heinemann/Bohlen/Püschel 2002; Singleton/Pendry/Taylor u. a. 2003; Farrell/Marsden 2008). Daher ist verstärkt dafür zu sorgen, dass sich bei Mediziner(inne)n, Krankenpflegepersonal und Anstaltsleitungen, aber auch allen anderen das Verständnis

I.4

⁶ „Kompensationskonsum“ für die Zwangsabstinenz im Gefängnis

für Suchterkrankungen und der Umgang damit verbessern und dass Suchtprobleme und deren Folgen offensiv angesprochen werden.

Die häufig einseitige Ausrichtung der Hilfe auf abstinenzorientierte Angebote⁷ blendet die Erfordernisse einer angemessenen gesundheitlichen und sozialen Versorgung von Gefangenen mit langjährigem Drogenkonsum und die damit verbundenen Belastungen aus. Abstinenz ist für viele dieser Gefangenen keine realistische Option mehr. Suchtbegleitung als eine offensiv auf Schadensbegrenzung zielende Strategie ist innerhalb des Strafvollzugs so gut wie nicht entwickelt worden. Vor allem die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Gefangene fristet in deutschen Gefängnissen ein Schattendasein (Keppler/Stöver 2010b).

Mangelware Substitutionsbehandlung

Die hohe Zahl intravenös konsumierender Drogenabhängiger in deutschen Haftanstalten erfordert adäquate suchtmmedizinische und psychosoziale Antworten. Zum einen deshalb, weil das Setting Gefängnis aufgrund der hohen Durchlaufquote kurzzeitig Inhaftierter große Bedeutung für die Gesundheit der Gesellschaft hat. Zum anderen lassen sich Therapien, die sich „draußen“ als wirksam erwiesen haben, ebenso erfolgreich unter Haftbedingungen durchführen (Stöver/Ritter/Buth 2012) – insbesondere die Opioidsubstitution (Hedrich u. a. 2012; Stöver/Marteau 2012). Deren risikomindernde Wirkung in Haft ist belegt: Unter Substitution wird das Risiko „intravenöser Drogengebrauch“ je nach Studie um 55–75 % gesenkt, das Risiko „Spritzentausch in Haft“ um 47–73 % (Larney 2010).

Ein Vergleich der intramuralen mit der extramuralen suchtmmedizinischen Versorgung in Deutschland fällt jedoch ernüchternd aus. Während sich die Zahl der Patient(inn)en unter Opioidsubstitution „draußen“ in den letzten fünf Jahren um 50 % erhöht hat (auf 77.300

⁷ weil diese Angebote scheinbar mit dem in § 2 StVollzG formulierten Vollzugsziel – der Gefangene solle befähigt werden, „künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen“ – identisch sind

Patient(inn)en im Jahr 2013) und etwa 50 % der geschätzten 150.000–175.000 Opioidkonsument(inn)en erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht einmal annähernd ab. Zwar wurde in den letzten drei Jahren der Zugang zur Substitution verbessert (als Methode der Wahl bei Opioidabhängigkeit) – allein in Nordrhein-Westfalen befinden sich heute ca. 1.400 Gefangene in Behandlung (Render 2012). Anfang 2013 waren in deutschen Haftanstalten aber nur ca. 2.500 opioidabhängige Menschen unter dauerhafter Substitution, das sind etwa 16 % der geschätzten 15.000 Opioidkonsument(inn)en oder -abhängigen in Haft (eigene Berechnungen – Stöver). Draußen dagegen erhalten schätzungsweise 50 % der Opioidkonsument(inn)en eine Substitutionsbehandlung. Gefangene profitieren also nicht vom suchtmmedizinischen Fortschritt, sondern erfahren eine gesundheitliche Ungleichbehandlung.

Eine Untersuchung ergab, dass nur in drei von vier Gefängnissen (74,2 %) eine Substitutionsbehandlung möglich ist; die primäre Indikation ist dabei die Fortführung einer in Freiheit begonnenen Behandlung (Schulte u. a. 2009). Außerdem zeigte sich, dass bei 70 % der Patient(inn)en bei Haftantritt die Behandlung abgebrochen wurde (Stöver 2011). Im Maßregelvollzug steht es um die Kontinuität der Substitutionsbehandlung noch schlechter, denn hier konzentriert sich die Diskussion immer noch auf die Zulässigkeit dieser Behandlungsform (Stöver 2012).

Die 2010 aktualisierten Richtlinien der Bundesärztekammer (2010) weisen eindeutig in Richtung Behandlungskontinuität auch in Haft und anderen Settings, was sich jedoch erst in den nächsten Jahren auf die Fortsetzung einer in Freiheit begonnenen Substitution auswirken wird. Klare Vorgaben der Justizministerien scheinen sich im hierarchisch geprägten Justizvollzug dagegen rasch niederzuschlagen. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise erarbeitete eine Expertengruppe Empfehlungen (NRW 2010), die ärztliche Reaktionen auf alle denkbaren Szenarien von Drogen(misch)gebrauch aufführen. Diese Empfehlungen berücksichtigen einerseits die Therapiefreiheit der Anstaltsärzte, andererseits sind sie so detailliert, dass Ärztinnen und Ärzte nur mit guter Begründung die Fortsetzung einer Substitution ablehnen können. Allerdings mangelt es immer noch vielerorts an suchtmedi-

1.4

zinischer Fachkunde; sie wird jetzt zwar gefördert, kann aber erst bei Neueinstellungen von Ärzt(inn)en zur Voraussetzung gemacht werden.

Eine bundesweite Übersicht zur Substitutionsbehandlung verdeutlicht eine sehr heterogene Versorgungslage, geprägt durch ein Nord-Süd- und ein West-Ost-Gefälle (Keppler/Knorr/Stöver 2011). In Bayern beispielsweise, wo es etwa 9.000 Gefangene gibt und justizintern von etwa 3.000 Drogenabhängigen ausgegangen wird, gibt es so gut wie keine Substitutionsmöglichkeiten. Die Substitution in Haft wird dort nicht als eine angemessene Therapie angesehen, was dazu führte, dass zwei heroinabhängige Gefangene gegen den Freistaat geklagt haben, um eine Substitution zu erhalten.⁸

Oft dauert es Jahre, ehe es gelingt, die Ablehnungs- und Widerstandskultur der Ärzte und Pflegekräfte gegenüber der Substitutionsbehandlung aufzubrechen. Andererseits befürchten die Gefangenen bei Bekanntwerden ihres Drogenkonsums Nachteile für den Vollzug ihrer Strafe – das weist auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Implementation dieser Behandlungsform hin.

Aufgrund der abstinenzorientierten Behandlungsziele der intramuralen Substitution (Schulte u. a. 2009) werden oft nur Entzugsbehandlungen durchgeführt. Diese allein führen jedoch häufig zu Rückfällen und Überdosierungen nach der Entlassung aus der Haft (Crowley 1999). Eine Dauersubstitution ist effektiver als eine Entzugsbehandlung: Sie verfügt über eine hohe Haltekraft während der Haftzeit und fördert nach der Entlassung die Abstinenz von illegalen Drogen. Diese Behandlungsform nützt aber nicht nur den Gefangenen, sondern auch den Haftanstalten: Die Gefangenen haben täglich Kontakt zur medizinischen Abteilung, sodass auch andere gesundheitsrelevante Botschaften vermittelt und entsprechende Verhaltensweisen gefördert werden können (BISDRO/WIAD 2008). Eine Erhöhung der Zahl Substituierter in Haft erfordert jedoch Investitionen in Personal und dessen Qualifizie-

⁸ Nachdem das Landgericht Augsburg die Klage abgewiesen hatte, ging einer der Gefangenen vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) und bekam recht. Laut dem EGMR-Urteil von September 2016 stellt die grundsätzliche Verweigerung der Substitution eine Verletzung der Menschenrechte dar (DAH 2012 und 2016).

rung sowie eine bessere Kommunikation und Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in Freiheit (Pont u. a. 2012).

Weil nicht sein kann, was nicht sein darf: Drogenkonsum in Haft kein Thema

Ein Großteil der Arbeit des medizinischen Dienstes im Justizvollzug besteht in der Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgen. Eine Studie in der U-Haftanstalt Oldenburg zeigte, dass dort 76 % aller medizinisch betreuten Gefangenen wegen ihres Drogenproblems behandelt wurden (Tielking/Becker/Stöver 2003). Doch aufgrund des öffentlichen Drucks, das Gefängnis als drogenfreien Raum zu gestalten, gehen nur wenige Anstalten offen mit Drogenproblemen um. Die meisten Gefängnisse beobachten entweder keinen Drogengebrauch oder sie ignorieren und leugnen ihn aus justizpolitischen Motiven. Weil nicht sein kann, was nicht sein darf, ist der Umgang mit drogenabhängigen Gefangenen ein Balanceakt zwischen der Erwartung, den Resozialisierungsauftrag zu erfüllen, und der Realität eines weit verbreiteten, stark schädigenden Drogenkonsums bei (zum Teil durch die Politik) stark eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens.

Die Reaktionen darauf folgen in der Regel zwei Mustern: a) entweder man grenzt den intramuralen Raum noch stärker vom extramuralen ab oder b) man entwickelt realitätsnahe, bedürfnisgerechte Hilfen im Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Ordnung einerseits und dem medizinischen Versorgungsauftrag andererseits. Sofern sich mit dem ersten Ansatz die Zufuhr und der Konsum von Drogen überhaupt reduzieren ließe, wäre er angesichts des Resozialisierungsauftrags, der ja auf ein Leben außerhalb des Strafvollzugs ausgerichtet ist, kritisch zu betrachten. Außerdem würde dieser Ansatz auch zu Lasten der übrigen Gefangenen gehen. Der zweite Ansatz braucht pragmatische und realistische Ziele, die für den Vollzug wie auch die Gefangenen erreichbar sind. Die Arbeit mit Drogenkonsumenten findet im Justizvollzug jedoch unter stark beschränkenden Bedingungen statt; hier fallen Drogenszene und Hilfeangebote räumlich zusammen, und der Drogenkonsum wird nicht toleriert: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren und dominieren den Anstaltsalltag und den Umgang

mit Drogen gebrauchenden Gefangenen. Hinzu kommt, dass Drogenabhängige wegen unterstellter Rückfall- und Fluchtgefahr in der Regel nicht als „lockerungsg geeignet“ gelten. Folglich können sie ihr Handeln in Freiheit nicht erproben.

Medizinische Rehabilitation: „Therapie statt Strafe“

Bei einer Haftstrafe von weniger als zwei Jahren kann nach § 35 BtMG eine medizinische Rehabilitation begonnen werden – die Strafe wird dann zurückgestellt. Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz hat in der Auswertung eines Vergleichs von Patienten mit und Patienten ohne Hafthintergrund festgestellt, dass bei der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich Abstinenz und (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit grundsätzlich keine Unterschiede bestehen: „Entscheidend für den Erfolg dieser Maßnahme ist vor allem eine kriteriengeleitete, konsequente und für die Gefangenen transparente Bewilligungspraxis, da durch eine von den Häftlingen wahrgenommene Unklarheit Motivationsdefizite und damit Drehtüreffekte entstehen können“ (Kulick 2010). Diese Ergebnisse können allerdings nicht für das gesamte Bundesgebiet verallgemeinert werden.

Die Überleitung in externe Behandlungseinrichtungen offenbart allerdings Probleme: Viele Staatsanwaltschaften und Gerichte legen den Kausalzusammenhang zwischen Tat und Betäubungsmittelabhängigkeit seit kurzem enger aus und lehnen eine Strafrückstellung nach § 35 BtMG sowie den Beginn einer Drogentherapie mit der Begründung „fehlender Kausalzusammenhang“ ab. Den Hintergrund bildet ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH)⁹, wonach es nicht mehr zulässig ist, die Reihenfolge der Vollstreckung mehrerer Strafen umzustellen, was häufig getan wurde. „Der BGH regelt einheitlich, dass jede Strafe zwingend erst zum $\frac{2}{3}$ -Termin unterbrochen werden kann. Sobald mehrere Strafen ausgesprochen wurden, müssen alle bis zum $\frac{2}{3}$ -Zeitpunkt verbüßt werden, und eine Entlassung ist frühestens zum ‚Gesamtzweidritteltermin‘ möglich. Die Folge sind längere Aufenthalte im Justizvollzug“ (Koch 2010).

⁹ vom 4.8.2010; 5AR (VS) 23/10

Inzwischen haben bereits einige Justizministerien Anweisungen erlassen, die Vollstreckungspraxis der Rechtsprechung des BGH anzupassen.¹⁰ Auch bei der bedingten Entlassung aus der Haft nach § 57 StGB oder § 88 JGG werden Probleme sichtbar: Durch die Rechtspraxis bei § 57 StGB in Verbindung mit § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI sind Rentenversicherungsträger zum Teil nicht mehr bereit, eine Zusage für die Übernahme der Rehabilitationskosten zu geben, sondern erst dann, wenn die Strafvollstreckungsbehörde mitteilt, dass § 57 StGB Anwendung findet. „Daraus entsteht ein Teufelskreis, der zu einer Verlängerung der Haftzeit führt und nicht selten dazu, dass gar keine Reha-Maßnahme mehr angetreten wird“ (ebenda). Vor diesem Hintergrund ist auch zu erklären, dass die Zahl der Drogenabhängigen im Maßregelvollzug (Unterbringung nach § 64 StGB) seit Jahren kontinuierlich ansteigt. Bei der strafrechtlichen Prüfung durch Staatsanwaltschaften und Rechtspfleger ist also der tatsächliche Kausalzusammenhang zwischen Straftat und Drogenabhängigkeit zu beachten.

Infektiologische Versorgung

Seit 2014 werden neue, direkt antiviral wirkende Medikamente (DAA) zur Therapie der Hepatitis C eingesetzt. Damit lassen sich fast alle chronischen HCV-Infektionen erfolgreich behandeln. Bei der Behandlung von HIV-Infektionen ist die sogenannte antiretrovirale Therapie (ART) gegenwärtig medizinischer Standard. Wie bei der Suchtbehandlung gibt es auch bei der Behandlung von HCV- und HIV-Infektionen in Haftanstalten Probleme. Die Versorgungsleistung besteht hier – bis auf wenige Ausnahmen – vornehmlich in der Weiterführung einer vor der Inhaftierung begonnenen Therapie.

Im Rahmen der Berichterstattung des Reitox-Knotenpunkts wurden 2011 die Bundesländer unter anderem zur HCV- und HIV-Behandlung bei Gefangenen befragt. Zwar gaben alle Bundesländer an, eine HIV-Therapie und – bis auf Sachsen – auch eine HCV-Therapie anzubieten, jedoch konnte kein Bundesland über den Umfang der durchgeführten Behandlungen Auskunft geben (DBDD 2012). Vollzugsanstalten ar-

¹⁰ So etwa Niedersachsen mit Schreiben an die JVs vom 3.2.2011.

I.4

beiten zwar auch mit Schwerpunktpraxen zusammen, da sie jedoch oft weit außerhalb der Städte liegen (oder außerhalb von Städten mit Schwerpunktpraxen), sind (bewachte) Transporte erforderlich, die teilweise schwierig zu organisieren sind und erhebliche Kosten verursachen (ähnliche Probleme stellen sich im Maßregelvollzug; Asklepios u. a. 2011). Zudem ergeben sich in manchen Fällen Diskontinuitäten in der Verschreibung und Einnahme von Medikamenten durch Verlegungen in andere Haftanstalten. Hinzu kommen die hohen Kosten für die neuen HCV-Medikamente, die von den Justizministerien der Bundesländer getragen werden müssen. Diese hatten einen Versicherungsschutz für Gefangene durch die gesetzlichen Krankenkassen abgelehnt (BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 01. Juli 1998 – 2 BvL 17/94 – Rn. [1–191]).

Ein generelles HCV- und HIV-Screening gibt es – bis auf wenige Ausnahmen – im Justizvollzug nicht. Das aber wäre die Voraussetzung für Beratung und Behandlung (McGovern u. a. 2005). Obwohl ein solches Angebot für intravenös Drogen gebrauchende Häftlinge effektiv und kostengünstig wäre (Sutton u. a. 2006), werden Tests lediglich anhand individueller Kriterien durchgeführt (Schulte u. a. 2007). Strategische, übergreifende Konzepte gibt es nicht. Bei HCV- und HIV-Tests in Haft ist außerdem zu bedenken, dass die ärztliche Schweigepflicht gewährleistet sein muss, eine angemessene Behandlung erfolgt und der Kontakt zu Aidshilfen, Angehörigen und anderen Nahestehenden in vollem Umfang ermöglicht wird – was derzeit vielerorts nicht der Fall ist.

Obwohl HCV- und HIV-Infektionen auch bei Substituierten wirksam behandelt werden können (Morris/McKeganey 2007), fand eine Studie heraus, dass das Vorurteil, Drogengebraucher/innen hätten eine schlechte Compliance, den Zugang dieser Gruppe zur HCV- und HIV-Therapie wesentlich behindert (Schulte u. a. 2007). Aktuelle medizinische Leitlinien dagegen erachten Drogenkonsument(inn)en als eine für die Behandlung der Hepatitis C geeignete Gruppe. Es bedarf folglich noch großer Anstrengungen, um den Zugang zur HCV- und HIV-Therapie in Haft zu verbessern.

Was die Impfung gegen Hepatitis A und B angeht, ist die Situation in den Bundesländern recht heterogen: Die Spanne reicht von Haftan-

stalten mit offensiven Impfangeboten bis hin zu solchen, in denen die Impfung nicht einmal thematisiert wird (Lesting/Stöver 2012).

Spritzenumtauschprogramme

Obwohl von einer weiten Verbreitung riskanten intravenösen Drogenkonsums in Haftanstalten auszugehen ist (Knorr 2009), ist dort die Infektionsprophylaxe völlig unterentwickelt. Lediglich die JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg bietet den Spritzenumtausch an – das sind etwa 0,5 % aller Haftanstalten und 0,16 % aller Gefangenen in Deutschland (vgl. Stöver/Knorr 2014)! Es scheint, dass dieses Prophylaxeangebot politisch nicht durchsetzbar ist. Damit wird die wohl größte gesundheitliche Benachteiligung von Drogengebraucher(inne)n in Haft gegenüber der Situation „draußen“ offenbar – und zugleich die völlige Abhängigkeit gesundheitlicher Versorgung von politischem Kalkül und Populismus (Stöver 2005).

Die Ergebnisse internationaler Studien zeigen:

- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck ist unabhängig von der Größe des Gefängnisses und innerhalb eines breiten Spektrums verschiedener Sicherheitsstufen machbar.
- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck führte nicht zu einem Anstieg des Drogenkonsums oder des Injizierens.
- Spritzen wurden nicht als Waffen missbraucht; die sichere Lagerung gebrauchter Spritzen war zu jeder Zeit gegeben.
- Spritzentausch unter Gefangenen verschwand fast vollständig.
- In den Gefängnissen, in denen Blutanalysen durchgeführt wurden, blieben neue HIV- oder Hepatitis-Infektionen absolute Ausnahmen.
- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck hat für das Gefängnispersonal zu einer Verbesserung der Sicherheit am Arbeitsplatz beigetragen. Wenn Gefangene nicht gezwungen werden, Spritzbesteck zu verstecken, laufen Bedienstete weniger Gefahr, sich bei Zellenrevisi-
onen an ungesicherten Spritzen zu stechen.

- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck wurde in sehr vielen verschiedenen Modellen erfolgreich getestet.
- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck kann erfolgreich neben anderen Präventions- und Therapieprogrammen existieren (Lines et al. 2006).

Ein von der UNODC/WHO/UNAIDS herausgegebenes Handbuch (2014) weist Haftanstalten den Weg für die Umsetzung von Spritzenumtauschprogrammen.

Drogennotfallprophylaxe

Zu den bekannten Risiken für drogenassoziierte Todesfälle gehören Wiedereinstiege in den Konsum nach Abstinenzperioden oder Phasen unregelmäßigen Konsums. Ein typischer Risikozeitraum ist die Zeit nach Entlassung aus der Haft. Laut internationaler Literatur ist das relative Risiko, an einer Überdosis zu sterben, vor allem in den ersten 14 Tagen in Freiheit erhöht – je nach Studie um das 30- bis 120-Fache im Vergleich zu den Todesraten in der Allgemeinbevölkerung, aber auch verglichen mit späteren Konsumzeiträumen (das relative Risiko in den ersten zwei Wochen wird meist als etwa vier- bis siebenfach erhöht beschrieben; WHO 2010). In Deutschland fehlen dazu Daten aus den letzten Jahren. Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahr 2008 registrierten Drogentodesfälle Personen betrafen, die zwei Monate vor Versterben aus der Haft entlassen worden waren (13%) (Heinemann/Stöver 2012). Besonders wichtig als Drogennotfallprophylaxe ist deshalb die Fortführung einer Substitutionsbehandlung oder die Eindosierung etwa sechs Monate vor der Entlassung. Außerdem bietet sich durch ein Training zur Anwendung von Naloxon und die Mitgabe dieses Medikaments eine neue Möglichkeit der Sensibilisierung für das Thema und der wirksamen Vorbeugung von Drogentodesfällen (Wakeman u. a. 2009).

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Zugangshürden zu erprobten, bewährten und anerkannten Behandlungsmethoden in der intramuralen Sucht- und Infektionsmedizin erheblich höher sind als in Freiheit, was aufgrund des Gleichstellungsgebots rechtlich und ethisch bedenklich und aus medizinischer und gesundheitsökonomischer Sicht kontraproduktiv ist. Therapieabbrüche und -aufschübe in Haft – mit zum Teil gravierenden Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Betroffenen (Reimer/Schulte/Stöver 2009) – führen zu Mehrkosten und zur Fehlallokation öffentlicher Mittel. Die auch von politischer Seite unbestrittenen Erfolge der suchtmedizinischen und infektiologischen Versorgung von Opioidabhängigen werden damit im Justizvollzug nicht erreicht. Es besteht dringender Handlungsbedarf, um Versorgungsunterschiede schnellstmöglich zu beseitigen. Maßgebend sind dabei die aktuellen medizinischen Standards, repräsentiert durch entsprechende Richt- und Leitlinien zur medizinischen Versorgung von Opiatabhängigen. Außerdem müssen endlich die Standards der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung als Instrument zur Beschreibung der Ausgangslage und zur Steuerung von Versorgungsleistungen in deutschen Haftanstalten konsequent angewandt werden (das ist bisher nur in Baden-Württemberg der Fall).

Die in diesem Beitrag präsentierten Daten verdeutlichen die strukturellen Probleme, die durch die Entkoppelung der intramuralen von der öffentlichen Gesundheitsversorgung entstehen. Dazu gehören insbesondere das Herausfallen der Gefangenen aus der gesetzlichen Krankenversicherung und der Wegfall der freien Arztwahl. Daraus resultieren mangelndes Vertrauen in das Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht und in einen verantwortungsvollen Umgang mit sensiblen Daten – und nicht zuletzt der erhebliche Zeitverzug bei der Einführung der State-of-the-Art-Medizin. Modelle zur Überwindung der sicherheitsorientierten Anstaltsmedizin und zur Umorganisation der Zuständigkeit für die gesundheitliche Versorgung der Gefangenen – weg vom Justizministerium und hin zu den Gesundheitsministerien – werden zurzeit verstärkt diskutiert (Pont/Stöver/Wolff 2012).



PRÄVENTIONSBOTSCHAFTEN

II.



1. ALLGEMEINE GESUNDHEITSTIPPS FÜR MÄNNER UND FRAUEN IN HAFT

Neben Erbanlagen und individuell steuerbaren Faktoren wie Ernährung, Bewegung, Hygiene oder Lebensstil bestimmen auch die äußeren Bedingungen (z.B. Umwelt, soziales Umfeld) die Gesundheit. So kann sich ein Haftaufenthalt schon an sich negativ auf die Gesundheit auswirken, weil der Freiheitsentzug das seelische Wohlbefinden massiv beeinträchtigt. Je nach Haftbedingungen können außerdem die Möglichkeiten individueller Gesundheitspflege eingeschränkt werden. Dieses Kapitel bietet Informationen und Tipps, was man unter Haftbedingungen für seine Gesundheit tun kann.

1.1 PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN

Haft hat Folgen für das psychische Befinden. Einsamkeit, Trennung von Angehörigen und Lebenspartnern, massive Einschränkungen der persönlichen Freiheit, aber auch Langeweile, Sinnleere, Ohnmachts- oder Schuldgefühle, Konflikte mit Mithäftlingen und dem Vollzugspersonal verursachen Stress. Solche Belastungen können auf Dauer die psychische Gesundheit beeinträchtigen – bis hin zu ernsthaften psychischen Erkrankungen wie einer Depression oder massiven Angststörung. Auch die Abwehrkräfte des Körpers können dadurch geschwächt werden, sodass das Erkrankungsrisiko steigt.

Vieles von dem, was in Haft Stress erzeugt, kann man nicht ohne Weiteres ändern. Deshalb sollte man Möglichkeiten der Entlastung suchen:

- Gespräche mit Mitgefangenen schaffen Nähe. Sie ermöglichen den Gedankenaustausch über Probleme und im Raum stehende Fragen. Der Erfahrungsaustausch und die Perspektive des anderen, der ähn-

liche Probleme teilt, können dabei helfen, den Blickwinkel zu ändern, neuen Mut zu schöpfen oder Probleme – z.B. mit anderen Inhaftierten – zu lösen.

- Auch Vollzugsbedienstete, zu denen eine Vertrauensbasis besteht, können Gesprächspartner sein.
- Mitarbeiter/innen des Psychologischen Dienstes helfen bei massiven psychischen Problemen, die eine ernste Bedrohung für die Gesundheit darstellen. Ggf. kann über den Psychologischen Dienst eine Psychotherapie eingeleitet werden.
- Arbeitstätigkeit und berufliche Aus- und Weiterbildung gehören heute zum Angebot vieler JVA. Sie helfen, den Alltag sinnvoll zu füllen und Zukunftsperspektiven zu eröffnen, wodurch sich das psychische Befinden verbessert. Bei Fragen zur Beschäftigung in Haft hilft z.B. der Sozialdienst der JVA.
- Gemeinsame Freizeitgestaltung hilft, den monotonen Haftalltag zu strukturieren, Langeweile zu verkürzen oder von unveränderlichen Gegebenheiten wie dem Freiheitsentzug abzulenken. Sportliche Aktivitäten können ein Ventil sein, um Aggressionen und Wut abzubauen, und sie stärken das Gemeinschaftsgefühl der Insassen.

1.2 KÖRPERLICHES WOHLBEFINDEN

II.1

Ernährung

Gefangene sind ausreichend mit Vitaminen und Spurenelementen zu versorgen. Eine ausgewogene Ernährung ist in Haft allerdings wohl schwerer einzuhalten als in Freiheit – abhängig ist das vom Speisenangebot der Justizvollzugsanstalt und der Möglichkeit des Zusatzeinkaufs beim Anstaltskaufmann. Zudem ist der finanzielle Handlungsspielraum unter Haftbedingungen in der Regel sehr eingeschränkt. Dennoch sollte man so weit wie möglich versuchen, die folgenden Empfehlungen umzusetzen:

- Frisches Obst und Gemüse versorgen den Körper mit Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen. Falls der Speiseplan der Haftanstalt nicht genügend davon bietet, sollte man versuchen, diese Produkte über den Anstaltseinkauf zu beziehen.

- Sinnvoll kann auch die Zufuhr von zusätzlichem Magnesium, Zink und Selen in Form von Brause- oder Kautabletten sein.
- Eine Ernährungsberatung durch den Anstaltsarzt kann helfen, Ernährungsaspekte der Gesundheit besser zu verstehen.

Eine ausgewogene Ernährung ist insbesondere bei bestimmten chronischen Erkrankungen wie der HIV-Infektion oder Hepatitis von besonderer Wichtigkeit. Der Sozialdienst der JVA berät zu den Möglichkeiten, finanzielle Zusatzleistungen im Rahmen des Ernährungsmehrbedarfs zu erhalten.

Sport

Sport stärkt die Muskulatur, regt den Kreislauf an und fördert die Durchblutung. Auf diese Weise fördert er die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sowie die Ausdauer und unterstützt die körpereigene Immunabwehr. Dabei gilt, wie beinahe überall: die Dosis entscheidet. Den Körper durch Sport zu fordern, fördert langfristig die Gesundheit, eine dauerhafte Überforderung ist dagegen eher schädlich. Ein Trainingseffekt wird am besten durch langsame und gleichmäßige Leistungssteigerung erzielt.

Sportliche Betätigung wirkt sich bei den meisten Menschen positiv auf das psychische Befinden aus. Dieser Effekt beruht auf dem Erleben, sich überwunden und etwas Gutes für den eigenen Körper getan zu haben und – nach einiger Zeit – eine Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens wahrzunehmen. Diesen Effekten kann unter Haftbedingungen eine besondere Bedeutung zukommen, denn hier geht es darum, den Alltag zu strukturieren und etwas für die eigene Psychohygiene zu tun.

Wenn es in der Haftanstalt keine Sportangebote gibt, können auch einfache gymnastische Übungen den Körper fit halten.

Sexualität

Mit der Inhaftierung endet nicht der Wunsch nach körperlicher Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität. Sex spielt auch im Gefängnis eine Rolle, und in allen Haftanstalten kommt es zu Beziehungen zwischen den

Inhaftierten (auch wenn gleichgeschlechtlicher Sex verpönt sein mag). Dabei sollte man darauf achten, dass man sich und seine Partner bzw. Partnerinnen vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützt. Kondome beim Anal- und Vaginalverkehr schützen vor HIV und senken das Risiko einer Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wie Tripper oder Syphilis. Beim Lecken der Scheide bietet ein über die Scheide gelegtes Latextuch, das sogenannte Dental Dam, guten Schutz; zur Not kann man auch ein aufgeschnittenes Kondom oder Plastikfolie verwenden.

Sexuelle Gewalt

Manchmal werden sexuelle Handlungen erzwungen. Sexuelle Gewalt, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung sind Straftaten, die unter keinen Umständen hingenommen werden dürfen.

Für die Opfer sind diese Taten eine traumatische Erfahrung. Betroffene wissen oft nicht, an welchen Beamten oder welche Beamtin des Justizvollzugs sie sich wenden können. Wenn andere Inhaftierte von sexueller Gewalt erfahren, sollten sie nicht wegschauen und die Vorgänge nicht decken. Inhaftierte, denen sexuelle Gewalt angetan wird, sollten jedoch sehr vorsichtig vorgehen, um sich nicht weiter in Gefahr zu bringen. Folgende Vorgehensweise ist zu empfehlen:

- Zunächst sollte unverzüglich der Anstaltsarzt bzw. die Anstaltsärztin aufgesucht werden, sodass medizinische Maßnahmen eingeleitet werden können, falls nötig. Das kann auch für die Beweisaufnahme sinnvoll sein.
- Wichtig sind absolute Vertraulichkeit und eine einstweilige räumliche Verlegung, bis der Sachverhalt geklärt ist.
- Das Gespräch mit Beamt(inn)en des Justizvollzugs, mit Psycholog(inn)en oder Sozialarbeiter(inne)n sollte hergestellt werden.

Erste Hilfe nach sexueller Gewalt

Bei Vergewaltigungen sind Gesundheitsrisiken durch übertragbare Krankheiten nicht auszuschließen. Das Risiko einer Infektion mit HIV oder Hepatitis B kann gesenkt werden, wenn schnell gehandelt wird.

- Besteht die Gefahr, dass HIV übertragen wurde, kann man mit einer meist vierwöchigen Behandlung mit Medikamenten gegen HIV versuchen, eine Infektion zu verhindern. Diese Behandlung wird Post-Expositions-Prophylaxe (kurz: „HIV-PEP“) genannt und sollte möglichst schnell begonnen werden: am besten innerhalb von zwei Stunden, möglichst innerhalb von 24 Stunden und nicht später als 72 Stunden nach der Risikosituation.
- Eine Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus kann durch die Gabe sog. Immunglobuline (passive Immunisierung) verhindert werden.

Drogen

Auch in Haft werden illegale Drogen konsumiert. Der Konsum von Drogen ist mit Gesundheitsrisiken verbunden:

- Drogen verfügen über ein (unterschiedlich hohes) körperliches und psychisches Abhängigkeitspotenzial.
- Dauerhafter Drogenkonsum schädigt den Körper, z.B. die Haut, die Leber und andere innere Organe und das Gehirn.
- Beim gemeinsamen Gebrauch von Utensilien zum Konsum wie Röhren zum Sniefen, Löffel zum Aufkochen, Filter oder Spritzbestecke besteht die Gefahr der Übertragung von Krankheitserregern wie HIV oder dem Hepatitis-C-Virus.

Der gemeinsame Gebrauch von Spritzbestecken und anderem Zubehör sollte unbedingt vermieden werden. Beim Sniefen von Drogen niemals gemeinsame Röhren verwenden (siehe hierzu Teil II, Kap. 4).

1.3 ANSPRECHPARTNER BEI MEDIZINISCHEN, SOZIALEN ODER PSYCHOLOGISCHEN FRAGEN

- Krankenstation oder Medizinischer Dienst der Haftanstalt
- Sozialarbeiter/innen des Sozialen Dienstes
- externe Drogen- oder Aidshilfe

2. INFEKTIONSKRANKHEITEN IM GEFÄNGNIS

Die HIV-Infektionsraten unter Inhaftierten sind nach Angaben von UNAIDS (2008) in vielen Ländern deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Auch andere Infektionskrankheiten wie Hepatitis C oder Tuberkulose treten in der Gruppe der Inhaftierten häufiger – und oft gemeinsam – auf. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass bestimmte Gruppen, die sowieso ein erhöhtes Risiko für die genannten Infektionskrankheiten haben (z.B. Drogengebraucher/innen), aufgrund der Kriminalisierung einen überproportional hohen Anteil an den Inhaftierten stellen. Zum anderen sind es laut UNAIDS aber auch die Haftbedingungen selbst, die das Risiko einer Ansteckung mit einer Infektionskrankheit wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose erhöhen:

- **Mangelnde Hygiene:** In vielen europäischen Gefängnissen lassen die sanitären Einrichtungen zu wünschen übrig. Dementsprechend hoch ist das Risiko, sich Hepatitis A, Entzündungen oder Abszesse zuzuziehen oder es mit Ungeziefer zu tun zu bekommen.
- **Überbelegung:** In großen Gefängnissen in osteuropäischen Ländern teilen sich mitunter 35 Gefangene eine Zelle bzw. sind bis zu 100 Personen in einer Baracke untergebracht. Aber auch in anderen Teilen Europas haben Haftanstalten mit Überbelegung zu kämpfen. Sie verursacht nicht nur organisatorische Probleme, sondern führt auch zu einer Verschlechterung der hygienischen Bedingungen. In Deutschland sind die Gefangenenzahlen rückläufig: Waren 2007 noch 64.700 Menschen inhaftiert, waren es 2015 nur noch 52.412.¹¹ Zwischen den Bundesländern unterscheidet sich die Belegungssituation erheblich: Während z.B. die Einzelunterbringung in Norddeutschland (Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein) Standard ist, erfolgt in Süd- und Ostdeutschland (Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen, Thüringen) häufig noch die gemeinschaftliche Unterbringung.

¹¹ Angaben des Statistischen Bundesamts (Stichtag 31.3.2015); zu finden unter www.destatis.de → Zahlen & Fakten → Gesellschaft & Staat → Justiz & Rechtspflege (letzter Zugriff: 6.1.2017)

- **Gewalt:** Bei Gewalttaten kommt es oft zu blutenden Verletzungen. Möglich ist dabei eine Ansteckung mit Hepatitis B. Bisher ist kein Fall einer Infektion mit HIV oder Hepatitis C infolge einer Schlägerei bekannt. Eine Ansteckung auf diesem Weg ist daher nur theoretisch möglich, in der Realität aber äußerst unwahrscheinlich (denn das Blut fließt hier nicht in den Körper hinein, sondern aus dem Körper heraus).
- **Unhygienischer Drogenkonsum:** Obwohl überall in Europa verboten, werden auch hinter Gefängnismauern Drogen genommen, oft unter äußerst gefährlichen Umständen. Aus Mangel an sterilem Spritzbesteck werden Spritzen geborgt oder selbst gebaut, z.B. aus Kugelschreiberminen. Die gemeinsame Benutzung von Spritzen und Zubehör (Löffel, Filter, Wasser usw.) erhöht massiv das Risiko einer Übertragung von HIV sowie des Hepatitis-B- und -C-Virus. Nur in einer Haftanstalt in Deutschland sind sterile Spritzen und Nadeln erhältlich (JVA für Frauen Berlin-Lichtenberg).
- **Ungeschützter Sex:** Gleichgeschlechtlicher Sex ist im Gefängnis nichts Ungewöhnliches. Oft wird dabei Analverkehr praktiziert. Auch Vergewaltigungen kommen häufig vor. Ungeschützter Analverkehr und Vergewaltigung erhöhen die Infektionsgefahr, weil es hier leicht zu blutenden Verletzungen kommen kann. Sperma und Blut gehören zu den Körperflüssigkeiten, in denen z.B. HIV in besonders hoher Menge enthalten sein kann. Eine Ansteckung ist aber auch ohne Blut- und Spermakontakt möglich, nämlich allein über den intensiven Kontakt zwischen den Schleimhäuten des Penis (an der Innenseite der Vorhaut und am „Bändchen“) und der Schleimhaut des Enddarms (beim Analverkehr) bzw. der Scheide. Hierbei kann sich sowohl der „aktive“ (eindringende) Partner als auch der „passive“ (aufnehmende) Partner infizieren.
- **Blutsbrüderschaft:** Die dabei praktizierten Rituale bergen ein Hepatitis- und HIV-Risiko. In deutschen Haftanstalten spielen Blutsbrüderschaften allerdings keine Rolle.
- **Tätowieren und Piercen:** Beide Praktiken sind in Haftanstalten sehr beliebt. Die Gefahr einer Ansteckung besteht, wenn dabei nicht sterile Nadeln, Farbe, Farbbecher und sonstiges Zubehör bei mehreren Personen benutzt werden. Insbesondere Farbe und Behälter können ein großes Risiko für Hepatitis B und C bergen, da sich die Viren über Wochen in der Flüssigkeit halten können.

2.1 VIREN UND BAKTERIEN

Je nach Haftbedingungen begünstigt der Vollzug den Kontakt mit verschiedensten Krankheitserregern, wobei in der Bundesrepublik Deutschland von vergleichsweise guten Haftbedingungen ausgegangen werden kann. Nachfolgend werden die Erreger von Infektionskrankheiten, die Übertragungswege und die relevanten Erkrankungen im Einzelnen aufgeführt.

Viren

Viren sind winzig kleine Partikel aus Erbinformation (DNA oder RNA) und Eiweißen (Proteinen). Sie besitzen keinen eigenen Stoffwechsel und können sich, anders als Bakterien, nicht aus eigener Kraft vermehren, sondern brauchen dazu Wirtszellen. Sie dringen in diese Wirtszellen ein und setzen dort ihre Erbinformation frei, die dann mit „Werkzeugen“ (Enzymen) in das Erbgut der Wirtszelle eingebaut wird. Mithilfe der veränderten Erbinformation der Wirtszelle werden neue Viren (sog. Viruskopien) erstellt. Die Wirtszelle wird dabei zerstört. Die fertigen neuen Viren können dann ihrerseits neue Wirtszellen befallen.

Der wichtigste Schutz des menschlichen Körpers gegen Krankheitserreger ist sein Immunsystem. Dieses hat eine doppelte Funktion: Es bekämpft Infektionskrankheiten, fördert die Genesung und schützt vor erneuter Infektion mit demselben Erreger, unter anderem durch die Bildung von Antikörpern. Aber manche Viren wie z. B. HIV greifen das Immunsystem selbst an und zerstören es. Andere verstecken sich in bestimmten Körperzellen und kommen erst in günstigen Augenblicken wieder zum Vorschein, wie etwa das Herpes-simplex-Virus. Dieses Virus lebt im Nervensystem von 90 % aller Erwachsenen. Nimmt die Widerstandsfähigkeit ab (z. B. infolge einer anderen Infektionskrankheit) oder hat man sich zu lange in der Sonne aufgehalten, verursacht dieses Virus Fieberbläschen, z. B. an den Lippen. Wieder andere Viren treten in immer neuen Varianten auf, sodass das Immunsystem sie nicht wiedererkennen und schnell abwehren kann, wenn der Körper erneut mit ihnen in Kontakt kommt. Dazu gehört z. B. das Grippevirus.

Bakterien

Bakterien sind einzellige Lebewesen, die sich – anders als Viren – selbstständig fortpflanzen können, dafür also keine Wirtszelle brauchen. Man unterscheidet nach ihrer Form in Kugelbakterien (Kokken), Stäbchenbakterien (Bazillen) und Schraubenbakterien (Spirillen). Unter dem Mikroskop sehen Bakterien recht bizarr aus, im Grunde genommen sind sie aber ganz normale Lebewesen. Allein auf der Haut des Menschen leben mehr als 600 Millionen von ihnen. In den Achselhöhlen sind es bis zu 800 auf nur einem Quadratmillimeter, während auf trockeneren Körperpartien, z.B. dem Unterarm, nur 20 Bakterien pro Quadratmillimeter leben. Es gibt unschädliche, aber auch schädliche Bakterien, wie etwa die Karies verursachenden Streptokokken. Manche Staphylokokken-Arten verursachen Furunkel und Lungenentzündung. Auch die Chlamydien-Infektion, die am weitesten verbreitete Geschlechtskrankheit, sowie Gonorrhö („Tripper“) und Syphilis werden von Bakterien verursacht. Auf Bakterien reagiert der Körper genauso wie auf Viren: Er bildet Antikörper. Bakterielle Krankheiten lassen sich gut mit Antibiotika behandeln.

2.2 ÜBERTRAGUNGSWEGE UND SCHUTZ

Infektionskrankheiten werden übertragen, wenn Menschen miteinander in Kontakt kommen – entweder direkt, z.B. beim Sex, oder indirekt, z.B. durch gemeinsam oder nacheinander von mehreren Personen benutzte Gegenstände wie Spritzbesteck oder Röhrchen zum Sniefen. Bei den meisten Infektionskrankheiten kann man eine Ansteckung leicht vermeiden.

Alltägliche Kontakte

Einige Erreger wie Erkältungs- und Grippe-Viren, Magen-Darm-Viren oder Tuberkulose-Bakterien können schon durch alltägliche Kontakte übertragen werden – z.B. durch Anhusten oder beim Handschütteln,

indirekt über Griffe, Türklinken, Handtücher, Bettwäsche oder die gemeinsame Benutzung sanitärer Anlagen.

Häftlinge mit chronischem Husten auf Tuberkulose zu testen und sie gegebenenfalls zu behandeln, hat dazu beigetragen, dass in Haft weniger Menschen mit dieser Krankheit angesteckt werden. Vor einem grippalen Infekt (Erkältung) kann man sich hingegen kaum schützen – glücklicherweise wird er für Menschen mit stabiler Gesundheit nur selten gefährlich. Anders verhält es sich bei der Grippe (Influenza). Eine Grippe-Impfung empfiehlt sich daher für Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand und sollte auch im Vollzug angeboten werden. Um zu verhindern, dass Krankheitserreger über die Luft weitergegeben werden, sollte man sich beim Niesen und Husten die Hand vor den Mund halten und sich von anderen Menschen abwenden. Außerdem sollte man stets Papiertaschentücher verwenden. Vor allem aber hilft häufiges Händewaschen, das Übertragungsrisiko zu senken, weil gemeinsam benutzte Gegenstände, Griffe oder Türklinken usw. dann weniger stark kontaminiert werden. Handkontakte sollten während einer Infektion vermieden werden.

Sexualkontakte

Bei Sexualkontakten können Krankheitserreger über Sperma, Blut (auch Menstruationsblut), Scheidenflüssigkeit und Ausscheidungen sowie über den Kontakt zwischen Schleimhäuten (am Penis, im Enddarm, in der Scheide) in den Körper der Partnerin oder des Partners gelangen und Infektionen verursachen. Beim vaginal- und analverkehr bieten Kondome zusammen mit fettfreiem Gleitmittel guten Schutz. Das Lecken oder Saugen des Penis („Blasen“) ohne Kontakt mit Sperma ist in Bezug auf HIV risikoarm, doch kann man sich dabei mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wie Tripper, Syphilis oder Hepatitis B infizieren. Gleiches gilt für das Lecken der Scheide (Cunnilingus). Cunnilingus birgt ein geringes Risiko für HIV – bei Aufnahme von Scheidenflüssigkeit ohne Blut reicht die Viruskonzentration für eine Ansteckung nicht aus. Ein Risiko besteht aber, wenn (Menstruations-) Blut aufgenommen wird – Schutz bietet ein über die Scheide gelegtes „Dental Dam“ (ein Latextuch) oder ein aufgeschnittenes Kondom.

Zungenküsse, Petting und gegenseitiges Masturbieren sind in Bezug auf HIV ungefährlich, jedoch können andere sexuell übertragbare Krankheiten weitergegeben werden. (Zu Kondomgebrauch und Safer Sex siehe Teil II, Kap. 3.3 und 3.4.)

Wenn der Sexualpartner oder die Sexualpartnerin HIV-positiv ist, mit einer gut wirksamen antiretroviralen Therapie behandelt wird und die Viruslast seit mindestens einem halben Jahr unter der Nachweisgrenze liegt, ist eine Übertragung des HI-Virus beim Sex extrem unwahrscheinlich. Die HIV-Therapie schützt dann mindestens genauso zuverlässig vor einer Übertragung von HIV wie Kondome („Schutz durch Therapie“), sie schützt aber nicht vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen.

Blut-Blut-Kontakte

Einige Infektionen werden auch über Blut-Blut-Kontakt übertragen, das heißt, wenn Blutpartikel in den Blutkreislauf eines anderen Menschen gelangen. Dies kann auf unterschiedliche Weise geschehen:

- **beim intravenösen Drogengebrauch:** Spritzen sind im Gefängnis rar und werden, falls entdeckt, von den Bediensteten eingezogen, denn Drogengebrauch ist verboten. Man muss davon ausgehen, dass jede im Gefängnis auffindbare Spritze bereits von einer anderen Person benutzt worden ist (es sei denn, man hat sich gerade eine sterile Spritze aus einem Automaten gezogen; so ein Angebot gibt es in Deutschland aber nur in einer einzigen Haftanstalt). Dass gebrauchten Spritzen Blutpartikel anhaften, die z. B. HIV oder Hepatitis-Viren enthalten, ist ziemlich wahrscheinlich. Drogen zu spritzen ist deshalb sehr riskant. Wer im Gefängnis auf diese Gebrauchsform nicht verzichten kann oder will, sollte Spritzen unbedingt vorher reinigen und nur sauberes Zubehör (Löffel, Filter, Tupfer) verwenden (siehe hierzu Teil II, Kap. 4.3 und 4.4). HIV und Hepatitis-C-Viren an nicht metallhaltigem Zubehör (Nadeln sind demnach ausgeschlossen) können inaktiviert werden, indem dieses für 3 Minuten bei 360 Watt in die Mikrowelle gelegt wird.
- **beim Tätowieren oder Piercen:** Beides geschieht oft mit Nadeln oder ähnlichen Gegenständen, die bereits von/bei anderen benutzt

worden sind; ihnen können deshalb Blutreste anhaften. Das Beste ist, man gebraucht diese Instrumente nur ein einziges Mal. Ansonsten sollte man sie vor erneutem Gebrauch gründlich reinigen (siehe hierzu Teil II, Kap. 6.2).

- **beim Schließen von Blutsbrüderschaft:** Bei den üblichen Ritualen kommt es zwangsläufig zu einem Blut-Blut-Kontakt. Man sollte daher nach anderen Wegen suchen, um sich zu verbrüdern.
- **bei gemeinsamer Nutzung von Zahnbürsten, Rasierzeug und Nagelscheren:** An diesen Gegenständen können erregerehaltige Blutpartikel kleben, die dann in den Körper der Mitbenutzer/innen gelangen und möglicherweise eine Infektion – insbesondere mit Hepatitis C und B – verursachen. Deshalb sollte man immer seine eigenen Utensilien verwenden, bei Mehrfachbelegung der Zellen die Utensilien kennzeichnen und diese nicht an andere weitergeben.
- **wenn Blut oder Eiter auf die Schleimhaut von Augen, Mund oder Nase gelangen:** In solchen Fällen sollte man die betroffene Stelle gründlich unter fließendem Wasser ausspülen und den Medizinischen Dienst über zusätzliche Maßnahmen befragen. Dabei ist es wichtig, genau zu beschreiben, was passiert ist. Gegebenenfalls wird man eine nachträgliche Hepatitis-B-Impfung oder eine HIV-PEP (Post-Expositions-Prophylaxe, bei der antiretrovirale Medikamente eingesetzt werden) empfehlen.
- **wenn Blut oder Eiter in eine offene, klaffende Wunde eindringen:** In diesen Fällen sollte die Wunde mit Wasser gründlich gespült werden. Nicht in die Wunde reiben, Blut nach außen dringen lassen und abspülen, dann mit Desinfektionsmittel reinigen. Unverzüglich den Arzt informieren, um ggf. eine HIV-PEP oder eine Impfung gegen Hepatitis B einzuleiten.

2.3 INFEKTIONSKRANKHEITEN IM EINZELNEN

Dieses Kapitel gibt eine Übersicht über die Symptome, Übertragungswege, Behandlungsmöglichkeiten und Vorbeugung solcher Krankheiten, ebenso über die Maßnahmen, die das Gefängnis zum Schutz vor Infektionen ergreifen kann.

Grippe

Oft wird die Grippe mit einer gewöhnlichen Erkältung/einem grippalen Infekt verwechselt. Eine Grippe kann aber schwer verlaufen und unter Umständen zum Tod führen. Gerade ältere Menschen oder Menschen mit Immundefekt, geschädigter Lunge oder mit Herzbeschwerden sind gefährdet.

Übertragung

Grippeviren werden durch Husten, Niesen, Küssen usw. übertragen (Tröpfcheninfektion), also bei alltäglichen sozialen Kontakten.

Symptome

Hohes Fieber, Kopf-, Muskel- und zuweilen Halsschmerzen sowie trockener Husten.

Ob man krank wird oder nicht, hängt von der eigenen Widerstandskraft ab. Je geschwächer diese ist, sprich: je schwächer die Gesundheit, umso größer ist die Gefahr, dass man erkrankt. Die meisten Kranken erholen sich innerhalb einer Woche von selbst. Problematisch wird es, wenn weitere bakterielle Infektionen hinzukommen. Diese können dann zu einer Lungen- oder Herzmuskelentzündung führen.

Schutz vor Ansteckung

Eine Ansteckung lässt sich kaum vermeiden. Jedoch besteht die Möglichkeit, sich gegen Grippe impfen zu lassen. Diese Impfung sollte jährlich einmal wiederholt werden.

Maßnahmen des Gefängnisses

In einigen Gefängnissen bietet der Medizinische Dienst bei Bedarf Grippeimpfungen an. Häftlinge, die sich impfen lassen möchten, sollten sich an den Arzt/die Ärztin oder das Krankenpflegepersonal wenden.

Tuberkulose (Tb)

Tuberkulose ist eine durch Bakterien (Tuberkelbakterien) ausgelöste Infektionskrankheit und kann grundsätzlich alle Organe befallen. Die am weitesten verbreitete Form der Tb ist die Lungentuberkulose

(„Schwindsucht“). Bei einer Tuberkulose vermehren sich die Tuberkelbakterien im entzündlichen Herd, der sich dadurch vergrößert. Haben die Tuberkuloseherde in der Lunge einen direkten Anschluss an die Bronchien, werden die Bakterien ausgehustet. Diesen ansteckenden Zustand der Tuberkulose nennt man offene Tb. Hustet der/die Kranke keine Bakterien aus, spricht man von einer geschlossenen Tuberkulose. Das bedeutet: Nicht jeder Mensch, der sich infiziert hat, ist auch Überträger der Krankheit.

Übertragung

An offener Tb Erkrankte geben beim Sprechen, Husten oder Niesen feinste Tröpfchen an die Umgebungsluft ab, die Tuberkulose-Bakterien enthalten. Die Ansteckung erfolgt in der Regel durch Einatmen dieser Speicheltröpfchen (Tröpfcheninfektion).

Symptome

Zu den Symptomen der Tuberkulose gehören hartnäckiger Husten, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Nachtschweiß und Fieber sowie länger als drei Wochen anhaltende Schmerzen in der Brust; seltener sind Blutbeimengungen im Auswurf. Wer solche Symptome hat, muss unbedingt den Arzt/die Ärztin aufsuchen.

Nach einer Ansteckung

Nicht jeder, der sich mit Tb angesteckt hat, wird sofort krank. Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand erkranken eher, andere können sich jahrelang gesund fühlen, und einige werden gar nicht krank, obwohl sie infiziert sind. Wird bei einer Person eine Lungen-Tb festgestellt, müssen alle, die mit ihr in Kontakt gekommen sind, auf Tb untersucht werden. Wer sich angesteckt hat, ist mit Medikamenten (Antituberkulotika) zu behandeln. Wer infiziert, aber nicht krank ist, wird vorbeugend gegen eine mögliche spätere Erkrankung behandelt. Tb-Medikamente müssen über lange Zeit (mindestens sechs Monate) genommen werden; wer sie vorzeitig absetzt, läuft Gefahr, dass sich die Krankheit entwickelt – die weitere Behandlung wird dann sehr viel schwieriger. Im frühen Behandlungsstadium müssen die Betroffenen isoliert werden, um eine Ansteckung anderer zu vermeiden. Nach wenigen Wochen sind sie nicht mehr ansteckend und können wieder mit anderen Menschen zusammenkommen.

Schutz vor Ansteckung

Weil Tb durch Tröpfcheninfektion verbreitet wird, sollte man sich beim Husten oder Niesen die Hand oder ein Taschentuch vor den Mund halten und sich abwenden. Abwenden sollte man sich ebenso, wenn andere in die eigene Richtung husten oder niesen. Bronchialsekret sollte man nicht irgendwohin, sondern stets in ein Taschentuch spucken. Die Zelle sollte regelmäßig gelüftet werden, besonders wenn sie überbelegt ist.

Maßnahmen des Gefängnisses

In Gefängnissen werden Neuankömmlinge durch den Medizinischen Dienst in der Regel auch auf Tuberkulose getestet, um zu verhindern, dass sich die Krankheit in der Anstalt verbreitet. Nach § 36 (4) Infektionsschutzgesetz sind Gefangene verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge zu dulden. Bei dem Test wird Tuberkulin in die Haut injiziert, ein Stoff, der aus der Zellwand der Tuberkulose-Bakterien gewonnen wird. Falls es nach einigen Tagen zu einer deutlichen Hautreaktion kommt, deutet das entweder auf eine aktive oder auf eine durchgemachte Infektion hin. Eine Tb kann ebenso durch eine Röntgenaufnahme der Lunge oder eine mikrobiologische Untersuchung von Bronchialsekret (Auswurf) diagnostiziert werden. Wird ein Häftling in eine andere Anstalt überstellt, werden die Untersuchungsergebnisse an den dortigen Medizinischen Dienst übersandt. Jede/r Tb-Infizierte – ob Häftling oder Bedienstete/r – sollte sofort behandelt und während der ansteckenden Phase für einige Wochen isoliert werden. Im Falle einer behandlungsbedürftigen Tb erfolgt eine namentliche Meldung an das Gesundheitsamt nach den §§ 6 und 7 des Infektionsschutzgesetzes.

Hepatitis

Bei der Hepatitis handelt es sich um eine Leberentzündung. Die meisten Leberentzündungen werden durch Viren hervorgerufen. Man kennt heute verschiedene Hepatitisviren, die unterschiedlichen Familien angehören und nicht miteinander verwandt sind; der Einfachheit halber bezeichnet man sie mit den Anfangsbuchstaben des Alphabets: Hepatitis A, B, C, D, E.

Die wichtigsten Hepatitis-Formen sind die Hepatitiden A, B und C. Am wenigsten gefährlich ist die Hepatitis A, die in der Regel von selbst ausheilt und nicht chronisch wird. Hepatitis B und C dagegen können chronisch werden und schwere gesundheitliche Probleme verursachen. Nach Schätzungen sind in Deutschland über 50 % der intravenös Drogen gebrauchenden Gefangenen mit Hepatitis A und/oder B infiziert und etwa 80 % mit Hepatitis C. Die durch Viren verursachte Hepatitis gilt als eine „gefängnistypische“ Krankheit.

Symptome der Hepatitis

Für alle Hepatitisformen gilt: Symptome können, müssen aber nicht auftreten. Zu ihnen gehören Müdigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, Fieber, Appetitlosigkeit und Durchfall. Nur bei einem Teil der Infizierten kommt es zu einer Gelbsucht: Der Urin wird dunkel, der Kot entfärbt sich, Haut und Schleimhäute färben sich gelb. In vielen Fällen merken die Betroffenen überhaupt nichts von ihrer Infektion; das ist vor allem bei Hepatitis A und C der Fall.

Behandlung

Allgemein gilt bei Hepatitis: auf Alkohol und andere Drogen möglichst verzichten, bestimmte Medikamente möglichst minimieren oder ganz vermeiden, da die Leber dadurch stark geschädigt werden kann. Bei chronischer Hepatitis B und C ist eine medikamentöse Behandlung möglich.

Maßnahmen des Gefängnisses

Bei Verdacht auf eine Hepatitis-Infektion sollten Gefangene den Medizinischen Dienst aufsuchen, um zu entscheiden, ob ein Test vorgenommen werden sollte; für diesen Test ist eine Blutprobe erforderlich. Bei einer Hepatitis-B- oder -C-Infektion sollte mit dem Arzt/der Ärztin besprochen werden, ob und wann eine Behandlung notwendig ist. Haftanstalten sollten generell Kondome und Gleitgel sowie eine Impfung gegen Hepatitis A und B anbieten. Während die Ständige Impfkommission (STIKO) die Hepatitis-B-Impfung früher nur „länger einsitzenden Gefangenen“ empfohlen hatte, wird sie mittlerweile allen Gefangenen unabhängig von der Haftdauer angeraten.

Zu Hepatitis A, B und C im Einzelnen:

Hepatitis A

Übertragung

Das Hepatitis-A-Virus (HAV) befindet sich im Kot und wird vor allem über den Mund aufgenommen, z.B. durch verschmutztes Wasser oder verunreinigte Nahrungsmittel auf Reisen (vor allem in tropischen und subtropischen Regionen) und beim anal-oralen Sex (Lecken des Anus). Man kann sich aber auch durch den gemeinsamen Gebrauch von Spritzen und Nadeln mit HAV infizieren.

Krankheitsverlauf

In der Regel dauert es zwei bis sechs Wochen, bis die Krankheit ausbricht. Ein „fulminanter“ Verlauf mit akutem Leberversagen kommt bei Hepatitis A normalerweise nur sehr selten vor (in weniger als 0,1% der Fälle). Höher ist das Risiko eines solchen Verlaufs, wenn eine Hepatitis A zu einer schon bestehenden Lebererkrankung oder Hepatitis B oder C hinzukommt. In über 99% der Fälle heilt eine Hepatitis A innerhalb von etwa drei Monaten folgenlos aus, eine medikamentöse Behandlung ist also nicht erforderlich. Danach ist man lebenslang immun, das heißt, vor einer Ansteckung geschützt.

Schutz vor Ansteckung

Auf Hygiene achten. Toilette gründlich reinigen (z.B. mit Chlor oder anderen Desinfektionsmitteln). Nach dem Toilettenbesuch Hände mit Seife waschen. Außerhalb des Vollzugs: Auf Reisen Wasser abkochen, Obst schälen, Verzehr von Muscheln und Schalentieren, Salaten sowie Eis und Eiswürfeln meiden. Safer Use (kein gemeinsamer Gebrauch von Spritzen, Nadeln und Zubehör) und Kondomgebrauch verringern das Ansteckungsrisiko. Gegen Hepatitis A gibt es eine Schutzimpfung!

Hepatitis B

Übertragung

Das Hepatitis-B-Virus (HBV) befindet sich vor allem im Blut, aber auch in Sperma, Vaginalflüssigkeit, Speichel, Muttermilch, Urin und Kot. Übertragen wird es z.B. beim Sex, da HBV in allen Körperflüssigkeiten enthal-

ten ist, die beim Sex eine Rolle spielen können, durch gemeinsamen Gebrauch von Spritzen und Zubehör beim Drogengebrauch, durch unsteriles Material beim Piercen und Tätowieren, gemeinsame Benutzung von Zahnbürsten, Rasierzeug usw., beim Schließen von „Blutsbrüderschaft“ sowie während der Geburt und beim Stillen. HBV ist wesentlich leichter übertragbar als HIV oder Hepatitis C.

Krankheitsverlauf

Nach der Ansteckung dauert es in der Regel zwei bis drei Monate, bis die Krankheit ausbricht. Bei Erwachsenen mit gesundem Immunsystem heilt eine Hepatitis B in über 90 % der Fälle aus; danach besteht wahrscheinlich lebenslanger Schutz vor erneuter Ansteckung. Chronisch wird eine Hepatitis B bei nicht immungeschwächten Personen in 5–10 % der Fälle, bei Drogen Gebrauchenden, deren Immunsystem oft geschwächt ist, in etwa 25 %. Mehr als die Hälfte der chronischen Hepatitis-B-Infektionen verlaufen ohne Beschwerden. Etwa 10–30 % nehmen dagegen einen aggressiven Verlauf: Hier kann es zu einer Leberzirrhose mit bleibenden Schäden und (selten) zu Leberzellkrebs kommen. Eine Leberzirrhose entsteht, wenn die Leber die Entzündung zu heilen versucht. Dabei bilden sich Narben, die das gesunde Gewebe verdrängen, wodurch immer mehr Leberfunktionen ausfallen.

Behandlung

Die Hepatitis B kann heute mit Interferon oder anderen Medikamenten behandelt werden. Einige dieser Medikamente (Lamivudin, Tenofovir, Emtricitabin) werden auch zur antiretroviralen Therapie gegen HIV eingesetzt, allerdings zum Teil in anderer Dosierung. Bei Anwendung dieser Medikamente gegen Hepatitis B sollte eine HIV-Infektion ausgeschlossen werden, um zu verhindern, dass es zu Resistenzen gegen das HI-Virus kommt. Bei einer Ko-Infektion mit HIV muss die zur Behandlung von HIV zugelassene Dosierung gewählt werden. Diese Medikamente dürfen dann auch nicht als Monotherapie eingesetzt werden.

Die Medikamente können das Hepatitis-B-Virus in den meisten Fällen nicht eliminieren, aber seine Vermehrung unterdrücken und das Fortschreiten der Krankheit stoppen. Dafür ist häufig eine dauerhafte medikamentöse Behandlung erforderlich.

Detaillierte Informationen zu Behandlung, Therapieverlauf und Nebenwirkungen finden sich in der Broschüre „Virushepatitis“ der Deutschen AIDS-Hilfe.

Schutz vor Ansteckung

Safer Use (kein gemeinsamer Gebrauch von Spritzen, Nadeln und Zubehör), Kondomgebrauch, ausschließliches Verwenden der eigenen Zahnbürste, des eigenen Rasierzeugs, der eigenen Nagelschere usw. sowie Desinfektion verringern das Infektionsrisiko. Die beste Vorbeugung gegen Hepatitis B ist eine Schutzimpfung; diese schützt zugleich vor Hepatitis D!

Hepatitis C

Übertragung

Das Hepatitis-C-Virus (HCV) befindet sich vor allem im Blut und wird daher besonders bei Blut-Blut-Kontakten übertragen, z. B. beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck und Zubehör, beim Piercen und Tätowieren mit unsterilem Gerät, bei gemeinsamer Benutzung von Zahnbürsten und Rasierzeug, beim Schließen von „Blutsbrüderschaft“. In 3–5 % der Fälle wird HCV von der Mutter auf das Kind übertragen. Eine sexuelle Übertragung ist möglich, das Risiko ist jedoch wesentlich geringer als bei HBV. Die sexuelle Übertragung findet vor allem bei Männern, die Sex mit Männern haben, und hier bei einer zusätzlichen HIV-Infektion statt.

Krankheitsverlauf

Nach einer Ansteckung mit HCV dauert es in der Regel drei Wochen bis sechs Monate, bis die Krankheit ausbricht. Eine akute Hepatitis C wird wesentlich häufiger chronisch als eine Hepatitis B, nämlich in 70–80 % der Fälle. In etwa zwei Dritteln dieser Fälle gibt es Symptome wie Müdigkeit, unspezifische Oberbauchbeschwerden oder Leistungsschwäche. Bei 20–30 % der chronischen Fälle kommt es zu einem aggressiven Verlauf mit Einschränkung der Leberfunktion bis hin zu Leberzirrhose mit anschließendem Leberversagen oder (seltener) Leberkrebs. Bis sich eine Leberzirrhose entwickelt, vergehen etwa 15 bis 20 Jahre. Das Virus kann während der ganzen Zeit weitergegeben werden.

Behandlung

Seit 2014 stehen zur Behandlung einer chronischen Hepatitis-C-Infektion neue, hochwirksame Medikamente zur Verfügung, die in fast allen Fällen zu einer Heilung führen. Diese sind gut verträglich, und die Therapie dauert in der Regel nur noch wenige Wochen.

Schutz vor Ansteckung

Blut-Blut-Kontakte vermeiden, das heißt z.B., beim Drogengebrauch Safer Use praktizieren (Spritzen, Nadeln und Zubehör nicht gemeinsam gebrauchen), beim Tätowieren und Piercen nur sterile Nadeln und steriles Zubehör verwenden, beim Sex Kondome benutzen. Sexuell wird Hepatitis C vor allem bei verletzungsträchtigen Praktiken wie dem Faustfick übertragen. Beim Fisten daher Handschuhe benutzen und für jede Person gesondertes Gleitmittel verwenden. Eine einmal durchgemachte Hepatitis C bietet keine Immunität, man kann sich jederzeit erneut infizieren.

Gegen Hepatitis C ist keine Impfung möglich!

Die 12 am häufigsten gestellten Fragen zu Hepatitis C¹²

1. Wie wahrscheinlich ist es, dass ich Hepatitis C habe?

Das Hepatitis-C-Virus wird vor allem durch Blut übertragen, in erster Linie durch gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck und Zubehör. 70 bis 90 % der injizierenden Drogengebraucher/innen sind HCV-Träger/innen. Wer jemals eine Injektion mit einer nicht sterilen Spritze vorgenommen oder Drogenutensilien mit anderen geteilt hat, kann sich angesteckt haben. Wer sich auf diese Weise mit HIV infiziert hat, ist möglicherweise auch HCV-positiv. Eine Testung auf HIV und HCV ist sinnvoll, um geeignete Behandlungsschritte einzuleiten.

¹² nach Mainline Magazine 1997

2. Könnte ich Hepatitis C haben, obwohl es mir überhaupt nicht schlecht geht?

Ja, das ist möglich. Viele Menschen sind HCV-positiv, ohne etwas davon zu bemerken, und bekommen erst viele Jahre später unspezifische Symptome wie Müdigkeit oder Leistungsschwäche.

3. Kann man an Hepatitis C sterben?

Manchmal verbessert sich der Gesundheitszustand von selbst, und viele Infizierte erreichen ein hohes Alter. Bei einem Teil der Betroffenen entwickelt sich etwa 15 bis 20 Jahre nach der Ansteckung eine Leberzirrhose. In diesen Fällen versagen die Leberfunktionen immer mehr, bis die Patient(inn)en schließlich starke innere Blutungen und Infektionen bekommen, ins Koma fallen und sterben können – hier kann dann nur noch eine Lebertransplantation helfen. Eine Zirrhose kann auch in einen Leberkrebs übergehen.

4. Hat man ein erhöhtes Hepatitis-C-Risiko, wenn man bereits eine andere Virus-Hepatitis gehabt hat?

Nein, aber eine andere Virus-Hepatitis schützt auch nicht vor einer Ansteckung mit Hepatitis C. Allerdings kann eine chronische Hepatitis C schneller zu einem Leberversagen führen, wenn noch weitere Infektionen (z. B. Hepatitis A oder B oder eine HIV-Infektion) vorliegen.

5. Gibt es eine Verbindung zwischen HCV und HIV?

Beide Viren können über verunreinigte Spritzen und anderes Drogengzubehör übertragen werden. Aus diesem Grund sind viele HIV-positiv Drogengebraucher/innen zugleich HCV-positiv. Solch eine „Ko-Infektion“ kann bedeuten, dass die Zerstörung der Leber schneller voranschreitet. Zudem steigt in diesem Fall das Risiko, dass HCV während der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen wird.

6. Was kann man bei Hepatitis C für seine Gesundheit tun?

Auf jeden Fall sollte man „freundlich“ zu seiner Leber sein, das heißt vor allem: auf Alkohol und andere Drogen möglichst verzichten und auch bestimmte Medikamente reduzieren oder meiden (den Arzt/ die Ärztin fragen!). Wichtig sind außerdem gesunde Ernährung, viel

Schlaf, regelmäßige Spaziergänge an der frischen Luft, möglichst wenig Stress sowie ein regelmäßiger Tages- und Nachtrhythmus.

7. Sind Häftlinge mit Hepatitis C, die „draußen“ Drogen gebraucht haben, für eine Behandlung geeignet?

Drogengebrauch muss kein Grund für einen Ausschluss aus einer Therapie sein. Wichtig ist, dass die Medikamente regelmäßig genommen werden. Bei Bedarf kann der/die Anstaltsarzt/-ärztin einen Spezialisten/eine Spezialistin hinzuziehen.

8. Wie kann ich eine Hepatitis-C-Infektion verhindern?

Indem man Situationen meidet, in denen Blut-Blut-Kontakte möglich sind. Das bedeutet für Drogengebraucher/innen: Nadeln, Spritzen, Filter, Wasser, Löffel oder Röhrchen beim Sniefen nie gemeinsam mit anderen benutzen. Jedes gebrauchte Spritzbesteck könnte Blutspuren enthalten. Das Beste ist, man hat immer ein eigenes unbenutztes oder – im Notfall – ein bereits desinfiziertes Spritzbesteck bei sich. Auch Rasierer, Nagelscheren und Zahnbürsten nicht mit anderen Gefangenen teilen! Wenn man sich ein Tattoo oder Piercing stechen lassen möchte, sollte man das „draußen“ vom Profi machen lassen. Im Gefängnis bergen diese Praktiken zu viele Risiken, da nicht steril gearbeitet werden kann. Also: Entlassung oder Ausgang abwarten. Wenn es nicht anders geht, die Hinweise im Kapitel „Tätowieren und Piercen“ beachten.

9. Kann ich mich als HCV-Positive/r noch einmal mit HCV anstecken?

Ja. Wer eine HCV-Infektion durchgemacht hat, kann sich erneut und mit anderen Varianten („Genotypen“) des Hepatitis-C-Virus anstecken.

10. Kann ich mich beim Küssen mit Hepatitis C anstecken?

Nein. Einen HCV-positiven Menschen zu küssen, birgt kein Ansteckungsrisiko – es sei denn, beide Partner haben starkes Zahnfleischbluten oder offene Wunden im Mundbereich. Ein Risiko besteht ebenso, wenn Zahnbürsten, die mit HCV-haltigem Blut in Kontakt gekommen sind, gemeinsam benutzt werden.

11. Kann ich mich durch ungeschützten Sex anstecken?

Das Risiko, sich beim Sex zwischen Mann und Frau mit HCV anzustecken, ist sehr gering. Beim Sex zwischen Männern kann jedoch ein Übertragungsrisiko bestehen, vor allem bei heftigem Sex und verletzungsträchtigen Praktiken wie dem Fisten („Faustfick“). Deshalb empfehlen sich auch hier die bei allen sexuell übertragbaren Krankheiten geltenden Schutzmaßnahmen (z. B. Kondomgebrauch). Beim Fisten Handschuhe benutzen und für jede Person gesondertes Gleitmittel verwenden. Liegt zusätzlich zur Hepatitis C eine HIV-Infektion vor, ist von einer erhöhten Ansteckungsgefahr für andere auszugehen.

12. Können HCV-positive Schwangere das Virus auf ihr Kind übertragen?

Eine Übertragung von HCV auf das Kind ist während der Geburt möglich, jedoch ist das Risiko gering: Zu einer Übertragung kommt es laut Statistik in etwa 3 bis 5% der Fälle. Wenn zusätzlich zur Hepatitis C eine HIV-Infektion vorliegt, ist die Übertragungswahrscheinlichkeit jedoch höher.

HIV-Infektion/Aids

HIV (= Humanes Immunschwäche-Virus) schwächt auf Dauer das Immunsystem, mit dem der Körper Krankheiten abwehrt. Dadurch kann es zu bestimmten, nur bei Immunschwäche auftretenden Erkrankungen kommen, die unter dem Begriff „**Aids**“ zusammengefasst und als „Aids definierend“ oder „Vollbild Aids“ bezeichnet werden. Aids steht für „Acquired Immune Deficiency Syndrome“, zu Deutsch „erworbenes Immunschwäche-Syndrom“ oder „erworbener Immundefekt“. Bei einem Immundefekt ist die Abwehrfähigkeit des Körpers gegenüber Krankheitserregern geschwächt.

Übertragung

HIV kann nur übertragen werden, wenn es in ausreichender Menge in den Körper oder auf Schleimhaut gelangt. Eine Ansteckung ist möglich

über Blut (auch Menstruationsblut), Sperma, Scheidenflüssigkeit und Muttermilch, die das Virus in hoher Konzentration enthalten können. Zu einer Übertragung kann es aber auch über den intensiven Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Enddarm/Anus bzw. zwischen den Schleimhäuten von Penis und Scheide kommen, und zwar in beide Richtungen (vom eindringenden Partner auf den aufnehmenden und umgekehrt).

Zwar ist HIV auch in Urin, Kot, Speichel, Schweiß und Tränenflüssigkeit nachweisbar, jedoch nur in sehr geringer Menge, die für eine Ansteckung nicht ausreicht. Bei alltäglichen Kontakten – z.B. beim Händeschütteln oder Umarmen, beim gemeinsamen Essen und Sport, wenn sich mehrere eine Zigarette teilen, wenn Geschirr und Essbesteck gemeinsam verwendet sowie Duschen oder Toiletten gemeinsam benutzt werden – besteht daher kein Ansteckungsrisiko.

Am häufigsten wird HIV beim Sex ohne Kondom und bei gemeinsamer Benutzung von Nadeln und Spritzen zum Drogenkonsum übertragen. Eine Übertragung ist ebenso möglich beim Tätowieren und Piercen mit nicht sterilem Werkzeug. Mütter können das Virus in der Schwangerschaft, während der Geburt und beim Stillen auf ihr Kind übertragen. Das Risiko, dass HIV beim Sex übertragen wird, ist erhöht, wenn man eine andere sexuell übertragbare Krankheit wie z.B. Syphilis oder Tripper hat.

Symptome und Krankheitsverlauf

Bereits kurz nach der Ansteckung vermehrt sich HIV vorübergehend sehr stark im Körper; in der Regel treten in dieser Zeit grippeähnliche Symptome auf, die aber nach ein bis zwei Wochen abklingen. Viele bemerken diese Symptome kaum oder halten sie für Zeichen eines ganz normalen Infekts. Bei allen Infizierten kommt es zu einer Abwehrreaktion, bei der Antikörper gebildet werden. Diese können in der Regel nach zwölf Wochen zuverlässig durch einen HIV-Antikörpertest nachgewiesen werden. Falls erhebliche Bedenken oder Ängste wegen einer Risikosituation bestehen, kann ein Virusnachweis elf Tage nach potenzieller Ansteckung durchgeführt werden; die Kosten sind ggf. selber zu tragen. Die HIV-Infektion verläuft dann meist lange Zeit unauffällig (symptomlos); das Virus vermehrt sich aber weiter und schädigt da-

durch das Immunsystem. Ohne Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten (s. u.) treten irgendwann (meist nach mehreren Jahren) erste Symptome auf, z. B. lang andauernde Lymphknotenschwellungen an mehreren Stellen (unter den Achseln, in der Leistengegend), starker Nachtschweiß und lang anhaltende Durchfälle. Bei einem schweren, durch HIV verursachten Immundefekt treten bestimmte Krankheiten wie z. B. die Pneumocystis-Pneumonie (= PcP, eine besondere Form der Lungenentzündung), Infektionen der Speiseröhre mit dem Hefepilz *Candida albicans* oder schwere Herpes-Erkrankungen auf. Solche Infektionen nennt man „opportunistische Infektionen“, weil sie die geschwächte Immunlage ausnutzen, um sich ungehindert zu vermehren. Außerdem können sich im Stadium Aids verschiedene Krebsarten entwickeln, z. B. das Kaposi-Sarkom (ein ansonsten seltener Hautkrebs), Gebärmutterhalskrebs und bösartige Tumore des Immunsystems. Weil HIV auch die Zellen des Zentralnervensystems schädigt, können darüber hinaus Nervenentzündungen und Hirnleistungsstörungen auftreten, die meist langsam und unauffällig beginnen.

Behandlung

Die oben beschriebene Entwicklung kann durch gegen HIV gerichtete Medikamente (antiretrovirale Therapie) aufgehalten oder zumindest stark verlangsamt werden. Diese Medikamente hemmen die Virusvermehrung. Bei der antiretroviralen Therapie werden in der Regel mindestens drei HIV-Medikamente zusammen eingesetzt, man spricht deshalb von „Kombinationstherapien“. Die Medikamente müssen lebenslang eingenommen werden. Das Ziel einer Kombinationstherapie ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Immunsystems durch dauerhafte Reduktion der Virusbelastung im Körper. Die Kombinationstherapie funktioniert optimal, wenn die Viruslast (= die Menge der Viruskopien im Blut) möglichst weit gesenkt wird und sich das Immunsystem (gemessen an der Zahl der sog. CD4-Zellen) bestmöglich erholen kann. Die Behandlung kann die HIV-Infektion jedoch nicht heilen, sprich: das Virus aus dem Körper entfernen. Leitlinien zur HIV-Therapie sind auf den Internetseiten der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) www.daignet.de/site-content/hiv-therapie/leitlinien-1 und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä) www.dagnae.de/fachhemen/leitlinien/hiv/ zu finden.

Schutz vor Ansteckung

Bisher gibt es noch keine Impfung gegen HIV. Den besten Schutz vor einer Ansteckung bieten nach wie vor

- Safer Sex, das heißt, beim Vaginal- und Analverkehr Kondome verwenden, beim Lecken/Saugen des Penis („Blasen“) kein Sperma in den Mund gelangen lassen, beim Lecken der Scheide („Cunnilingus“) während der Monatsblutung ein „Dental Dam“ verwenden (= ein Latextuch, das über die Scheide gelegt wird)
- „Schutz durch Therapie“, das heißt, wenn der Sexualpartner oder die Sexualpartnerin HIV-positiv ist, mit gut wirksamen antiretroviralen Medikamenten behandelt wird und die Viruslast seit mindestens einem halben Jahr unter der Nachweisgrenze liegt, ist eine Übertragung des HI-Virus beim Sex extrem unwahrscheinlich (die HIV-Therapie schützt dann mindestens genauso zuverlässig vor einer Übertragung von HIV wie Kondome).
- Safer Use (kein gemeinsamer Gebrauch von Spritzen, Nadeln und sonstigem Zubehör beim intravenösen Drogenkonsum)
- die Verwendung von sterilem Gerät beim Tätowieren und Piercen.

Schutzmaßnahmen für Mutter und Kind

Nach den „Mutterschafts-Richtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen soll jeder Frau in der Schwangerschaft ein HIV-Test empfohlen werden, um rechtzeitig Maßnahmen zum Schutz von Mutter und Kind einleiten zu können, falls eine HIV-Infektion festgestellt wird. Eine Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind erfolgt in erster Linie unter der Geburt. Durch eine gezielte Einnahme von HIV-Medikamenten in der Schwangerschaft und den Verzicht auf das Stillen kann das Infektionsrisiko für das Kind erheblich minimiert werden. Außerdem erfolgt eine vorbeugende zwei- bis sechswöchige antiretrovirale Behandlung des Babys. Nähere Informationen enthält die Arbeitshilfe „Positiv schwanger“ der Deutschen AIDS-Hilfe. Die aktuellen Leitlinien zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft sind auf der Internetseite der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) zu finden (www.daignet.de/site-content/hiv-therapie/leitlinien-1).

Was tun bei Stichverletzungen?

Wenn man sich an einer Nadel verletzt hat, die von einer anderen Person benutzt wurde, empfiehlt sich Folgendes:

- Stichwunde ausbluten lassen (ca. 1 Minute) und mit Hautdesinfektionsmittel desinfizieren.
- Falls kein Desinfektionsmittel vorhanden ist, Wunde mit Wasser ausspülen.
- Wunde nicht mit Pflaster oder Ähnlichem versiegeln.
- Sofort den Arzt/die Ärztin aufsuchen und klären, ob ein HIV- oder Hepatitisrisiko bestanden hat. Gegebenenfalls Durchführung einer Hepatitis-B-Impfung oder einer HIV-PEP und Meldung an die Berufsgenossenschaft (diese übernimmt die Behandlungskosten; ggf. Anerkennung als Arbeitsunfall).

Die aktuellen Leitlinien zur HIV-PEP sind auf der Internetseite der DAIG unter www.daignet.de/site-content/hiv-therapie/leitlinien-1 zu finden.

Was tun nach risikoreichem Sex oder nach sexueller Gewalt?

Wenn es durch Sex oder durch Vergewaltigung zu einem HIV-Infektionsrisiko gekommen ist:

- So schnell wie möglich den Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin kontaktieren.
- Es hilft nur Offenheit: genau darstellen, was passiert ist.
- Mit dem Anstaltsarzt/der Anstaltsärztin entscheiden, ob eine HIV-PEP eingeleitet werden soll (siehe S. 318).

Hinweise zu Ansprechpersonen und möglichen weiteren Schritten sind im Kapitel „Sexuelle Gewalt“ auf S. 105 zu finden.

Rund um den HIV-Test hinter Gittern

HIV-Tests im Justizvollzug

Wenn Gefangene wissen möchten, ob sie sich mit HIV infiziert haben, sollte ihnen ein HIV-Test zusammen mit einer Beratung angeboten werden. In der Beratung ist z. B. zu klären, ob tatsächlich ein Ansteckungsrisiko bestanden hat, ob eventuell Symptome vorliegen, ob der/die Betreffende in der Lage wäre, ein positives Testergebnis zu verkraften, wer in diesem Falle Unterstützung bieten könnte und welche medizinischen Behandlungsmöglichkeiten es für Menschen mit HIV gibt. Der HIV-Test darf nur auf freiwilliger Basis, sprich: mit dem ausdrücklichen Einverständnis des/der Betreffenden durchgeführt werden. Zwangstests oder stillschweigend durchgeführte Tests (z. B. bei Untersuchungen im Krankenhaus) sind rechtlich unzulässig – was selbstverständlich auch „hinter Gittern“ gilt. Dem/der Gefangenen sollte möglichst Zeit gelassen werden, um in Ruhe eine Entscheidung für oder gegen den Test treffen zu können. Auch die Mitteilung des Testergebnisses sollte mit einem ausführlichen Beratungsgespräch verbunden sein.

In vielen Gefängnissen werden freiwillige HIV-Tests bei der medizinischen Eingangsuntersuchung angeboten. In der Regel fehlt hier das Beratungsgespräch vorab und eine Testmitteilung bei negativem Befund. Eine medizinische – und manchmal auch eine psychologische Beratung – erfolgt im Falle eines positiven Befunds. Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bei positiven Testergebnissen ist nicht in allen Bundesländern gegeben; häufig wird die Anstaltsleitung über das positive Testergebnis informiert. 2011 hatte die DAH die Datenschutzbeauftragten der Länder zu dieser Praxis befragt. Nach der Befragung haben einige Bundesländer die Datenweitergabe an die Anstaltsleitung aufgegeben. Hier ein kurzer Überblick dazu (Stand Frühjahr 2012):

Keine Datenweitergabe:

- Berlin
- Bremen
- Mecklenburg-Vorpommern (seit Februar 2012)

- Niedersachsen (seit Mai 2011)
- Rheinland-Pfalz
- Sachsen-Anhalt

Eigentlich keine Datenweitergabe:

- Hamburg (fraglicher Umgang bei Homosexuellen)
- Saarland (eigentlich seit 1992 keine Informationsweitergabe, aber Ausnahmen)

Anstaltsarzt/-ärztin informiert Anstaltsleitung:

- Nordrhein-Westfalen (seit Januar 2012 werden Mitgefangene nicht mehr informiert)
- Schleswig-Holstein (im nicht näher definierten Einzelfall)

Anstaltsarzt/-ärztin informiert Anstaltsleitung sowie Eintrag im EDV-System:

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Hessen
- Sachsen (im nicht näher definierten Einzelfall, dann auch auf der Gefangenenakte als „infektiös“ vermerkt)
- Thüringen

Immer wieder wird vonseiten der Anstalt vorgebracht, das Gefängnispersonal müsse aus Sicherheitsgründen und zur Infektionsprävention über die HIV- oder HCV-Infektion eines Gefangenen in Kenntnis gesetzt werden. Die Ängste und Vorbehalte, die hierbei eine Rolle spielen, können allerdings in Informationsveranstaltungen mit dem Personal besprochen und in der Regel dann auch ausgeräumt werden. Denn es gibt gute Argumente gegen Datenweitergabe sowie entsprechende Vermerke im EDV-System und auf Gefangenenakten:

- Diese Maßnahmen erzeugen ein falsches Gefühl der Sicherheit, das unter Umständen riskantes Verhalten fördert. Denn nicht jede Infektion ist bekannt: Wegen des „diagnostischen Fensters“ ist ein negatives Testergebnis keine Garantie dafür, dass keine HIV- oder HCV-Infektion besteht. Bedienstete und Gefangene müssen davon ausgehen, dass jede/r eine HIV- oder HCV-Infektion haben könnte, und sich entsprechend verhalten.

- HIV wird durch alltägliche Kontakte nicht übertragen. Hinzu kommt die Schutzwirkung der HIV-Therapie: HIV-Positive, die gut wirksame antiretrovirale Medikamente nehmen, haben meist eine Viruslast, die unter der Nachweisgrenze liegt. Dass sich andere bei dieser Person mit HIV anstecken könnten, ist selbst bei Sex ohne Kondom extrem unwahrscheinlich.
- Manche Gefangene verschweigen ihre Infektion und verzichten damit auch auf die Medikamente, um Diskriminierung und Ausgrenzung zu vermeiden. Ein verbesserter Umgang mit den gesundheitlichen Daten und ein klares Auftreten gegen Diskriminierung und Ausgrenzung helfen auch dem Vollzug.

Für Mitarbeiter/innen wie für Gefangene gilt: Sich so zu verhalten, als sei jede/r infiziert, ist der beste Schutz vor einer HIV-Infektion.

Jeder Mensch trägt Verantwortung dafür, sich und andere vor gesundheitlichen Gefahren zu schützen. Die Gefängnisverwaltung wiederum muss die nötigen Bedingungen zum Schutz der Gefangenen und des Personals schaffen, z. B. durch Informationen über Ansteckungsrisiken und Möglichkeiten der Vorbeugung. Ein wichtiges Angebot des anstaltsinternen Gesundheitsdienstes ist dabei der HIV-Test auf freiwilliger Basis. Der Ministerrat der Europäischen Union führt aus: „Herzvorzuheben sind zum einen die Vorteile, die freiwillige und anonyme Tests zur Feststellung übertragbarer Krankheiten bieten, zum anderen die möglichen Folgen von Hepatitis, sexuell übertragbaren Krankheiten, Tuberkulose und HIV-Infektion. Wer sich einem Test unterzieht, muss von anschließender medizinischer Beratung profitieren können.“¹³

Und in den 1993 verabschiedeten WHO-Leitlinien zu HIV und Aids im Gefängnis heißt es: „Außerhalb des Gefängnisses werden die Absonderung und Isolierung HIV-Positiver sowie Beschränkungen in den Bereichen Arbeit und Beschäftigung, Sport und Erholung als nicht sinnvoll

¹³ Empfehlung Nr. R (98) 71 des Ministerrats der Europäischen Union im Hinblick auf die ethischen und organisatorischen Aspekte der Gesundheitsfürsorge in Gefängnisse

erachtet. Dieselbe Haltung sollte HIV-positiven Gefangenen entgegengebracht werden. Die Rechte der Gefangenen sollten nur so weit eingeschränkt werden, wie dies aus medizinischen Gründen unbedingt nötig ist. HIV-infizierte Gefangene sollten gleichen Zugang haben zu Ausbildung und Arbeit in der Küche, in landwirtschaftlichen Betrieben und anderen Arbeitsbereichen sowie zu allen Angeboten, die auch den anderen Gefangenen offen stehen.“

Vor- und Nachbereitung des HIV-Tests

Bei einem HIV-Test (und ebenso bei einem Hepatitis-Test) ist die vor- und nachbereitende Beratung überaus wichtig. Im Mittelpunkt der vorbereitenden Beratung steht das Abwägen der Vor- und Nachteile eines Tests, damit der/die Betreffende eine gut informierte Entscheidung treffen kann. Die nachbereitende Beratung konzentriert sich bei einem positiven Testergebnis auf die psychischen und sozialen Probleme des/der Betroffenen und bei einem negativen Befund auf Information und Aufklärung im Hinblick auf Safer Sex und Safer Use. Voraussetzungen für die HIV-Testberatung sind:

- ausgebildete Berater/innen, denen die Gefangenen vertrauen können
- ein für die Beratung geeigneter Raum, der ein vertrauliches Gespräch in entspannter Atmosphäre zulässt
- garantierte Vertraulichkeit des Medizinischen Dienstes, der die Testberatung anbietet und den Test (z.B. auf der Basis von Anonymität) durchführt
- Verfügbarkeit von Hilfe und Unterstützung sowie von Pflege und medizinischer Behandlung für HIV-positive Gefangene.

Vor dem HIV-Test

Elemente des Beratungsgesprächs:

- *Herausfinden, inwieweit der/die Gefangene über HIV informiert und sich des persönlichen HIV-HCV-Risikos bewusst ist; ihm/ihr durch entsprechende Hinweise zu einer angemessenen Risikowahrnehmung verhelfen.*
- *Sicherstellen, dass der/die Gefangene versteht, was eine HIV- oder HCV-Infektion bedeutet.*
- *Über die Wege der HIV- und HCV-Übertragung und die Möglichkeiten der Risikominimierung informieren.*
- *Risikosituationen besprechen, in denen sich der/die Gefangene befunden hat; klären, wann die letzte Risikosituation war und ob ein Test notwendig ist.*
- *Klären, ob der/die Gefangene glaubt, mit einem möglicherweise positiven Testergebnis umgehen zu können.*
- *Über das Testverfahren, die Modalitäten der Befundmitteilung und die nachbereitende Beratung informieren.*
- *Erklären, was das „diagnostische Fenster“ bedeutet (Zeitraum, bevor Antikörper zuverlässig nachweisbar sind).*
- *Gemeinsam festlegen, wann der Test durchgeführt werden soll.*
- *Sicherstellen, dass der/die Gefangene eine informierte und bewusste Entscheidung für oder gegen den HIV- oder HCV-Test zu treffen vermag.*

Bei den Fragen „Test ja oder nein?“ und „Testen – wo und wann?“ können die im Folgenden präsentierten Informationen für Gefangene hilfreich sein. Der/die Berater/in kann sie mündlich im Gruppengespräch oder in der Einzelberatung vermitteln oder in Form eines Faltblattes aushändigen.

Die Gründe, weshalb jemand erwägt, einen HIV-Test zu machen, können sehr unterschiedlich sein. „Goldene Regeln“ gibt es bei diesem Thema nicht. Hier jedoch einige Punkte, die man bedenken sollte:

- *Wenn man krank ist und die Ursache eine HIV- oder HCV-Infektion sein könnte, stellt der Test ein wichtiges Diagnose-Instrument dar.*
- *Bei kurzer Inhaftierung kann es sinnvoller sein, einen HIV- oder HCV-Test nach der Haftentlassung durchzuführen, da draußen eine bessere Unterstützung durch Familie und Freundeskreis möglich ist.*
- *Ein Test kann hilfreich sein, wenn die Unsicherheit mehr belastet als ein möglicherweise positives Testergebnis. Trotzdem sollte man sorgfältig überlegen, ob man mit einem positiven Ergebnis umgehen kann und ob ein negatives Ergebnis die Sorgen zerstreuen würde.*
- *Ein Test wird empfohlen, wenn man schwanger ist oder sich ein Kind wünscht. Eine sorgfältige Beratung zur Bedeutung des Wissens um den eigenen Serostatus (HIV-positiv/HIV-negativ) ist hier besonders wichtig.*
- *Gegenüber Menschen mit HIV gibt es immer noch Vorurteile. Vorurteile und/oder Unwissenheit können der Grund dafür sein, weshalb HIV-infizierten Gefangenen entgegen besserem Wissen nicht erlaubt wird, in bestimmten Bereichen zu arbeiten (z. B. in der Küche, als Frisör), man sie in Einzelzellen unterbringt oder andere Mitinhaftierte in der gleichen Zelle über den Serostatus des/der Betroffenen informiert.*
- *Der Test sollte in Ruhe überlegt und nicht unter Druck durchgeführt werden. Im Mittelpunkt steht das Wohl des Patienten/der Patientin.*
- *Die HIV- und die HCV-Infektion sind heutzutage gut behandelbar; ein positives Testergebnis ermöglicht den Therapiebeginn. Je früher man von der Infektion erfährt, desto eher kann man mit der Therapie beginnen. Dementsprechend verbessern sich die Behandlungsaussichten.*

Nach dem HIV-Test

Bei einem negativen Testergebnis ist eine Beratung zu präventivem Verhalten und zur Bedeutung des Testbefundes äußerst sinnvoll. Menschen mit positivem Testergebnis sollten bei Bedarf psychologisch unterstützt und mit den für sie wichtigen Informationen versorgt werden. Der zeitliche Rahmen der Beratung sollte es erlauben, Informationen zu verarbeiten und Fragen zu stellen sowie psychische Probleme zu besprechen. Hier die wichtigsten Aspekte der Nachbereitung des HIV-Tests:

- Bei Bedarf psychologische Unterstützung anbieten oder vermitteln.
- Über weitere Tests (z. B. auf Hepatitis C) und Impfmöglichkeiten gegen Hepatitis A und B informieren
- Unterstützung anbieten, um medizinische Behandlung und andere Hilfsangebote nutzen zu können (z. B. für die Hinzuziehung von Spezialisten, ggf. Substitutionsbeginn).
- Auf Beratungsangebote hinweisen, die auf risikobewusstes Verhalten zielen.
- Auf Beratungsangebote zum Thema Familienplanung und Schwangerschaft hinweisen.
- Zur Gründung von haftinternen Selbsthilfegruppen ermutigen.
- Informationsmaterialien zum Mitnehmen bereithalten.

Sexuell übertragbare Infektionen

In Gefängnissen spielen sexuell übertragbare Infektionen (STIs¹⁴) vor allem beim gleichgeschlechtlichen Sex eine Rolle. Bei den meisten Inhaftierten gibt es aber noch ein „Daneben“ – Freigang, Urlaub – und ein „Danach“, das Leben nach der Haft. Deshalb wird im Folgenden auch über die Infektionsrisiken beim Sex zwischen Mann und Frau informiert. Die Erreger von STIs – Bakterien, Viren, Pilze – befinden sich unter anderem in den Schleimhäuten von Mund, Vagina, Anus/Enddarm und Penis und werden daher hauptsächlich beim ungeschützten Sex (vaginal, anal, oral) übertragen. Manche STIs können auch in der Schwangerschaft oder beim Stillen von der Mutter auf das Kind übertragen werden.

¹⁴ STIs ist das englische Kurzwort für *sexually transmitted infections*

Oft zeigen STIs keine sichtbaren Symptome, manchmal jedoch kann man sie erkennen, z.B. an ungewöhnlichem Ausfluss aus Penis, Vagina oder Anus, an Brennen beim Wasserlassen, an wunden Stellen und an Juckreiz im Genital- und Analbereich. Sexuell übertragbare Krankheiten müssen unbedingt ärztlich behandelt werden, denn manche von ihnen können ernste Gesundheitsprobleme verursachen. Das Vorliegen einer STI erhöht außerdem das Risiko, sich mit HIV anzustecken und das Virus zu übertragen. Wer bei sich Symptome feststellt – z.B. ungewöhnlichen Ausfluss, Hautveränderungen oder Juckreiz –, sollte deshalb möglichst sofort zum Arzt/zur Ärztin gehen. Je früher man diese Krankheiten erkennt, desto leichter lassen sie sich behandeln. Das Beste ist, sich regelmäßig beim Medizinischen Dienst untersuchen zu lassen. Fragen zu STIs und Schutzmöglichkeiten beantworten auch die Mitarbeiter/innen der Aidshilfe.

Sexuell übertragbare Infektionen im Einzelnen (in alphabetischer Reihenfolge):

Candida-Mykosen (Hefepilz-Infektionen)

- Erreger: vor allem *Candida albicans*
- Übertragung: Normalerweise ist die Übertragung von Mensch zu Mensch zu vernachlässigen, da der Pilz sowieso schon auf unserem Körper vorkommt. Bei ausgeprägter Erkrankung kann eine Infektion aber auch sexuell übertragen werden (vor allem beim vaginalen Verkehr ohne Kondom).
- Symptome: Befallen werden vor allem die Schamlippen und die Vagina; quälender Juckreiz und weißlicher, bröckeliger Ausfluss begleiten die Infektion. Beim Mann tritt eine *Candida-Mykose* seltener auf; betroffen sind dann vor allem Eichel und Vorhaut. Ist die Haut befallen (meist Hautfalten, z.B. unter den Brüsten, Achseln, Analregion, Oberschenkel), findet man großflächige Rötungen mit feuchten Bläschen, Hautfetzen und Juckreiz. Bei Immunschwäche können auch

- Mund- und Rachenschleimhaut sowie die Speiseröhre befallen sein.
- Behandlung:** Mit Salben oder Tabletten. Bis zur Ausheilung auf ungeschützten Sex verzichten. Der Partner oder die Partnerin sollte mitbehandelt werden, auch wenn er/ sie keine Symptome hat.
- Vorbeugung:** Das Ansteckungsrisiko lässt sich durch Kondome (beim Vaginal- und Analverkehr sowie beim „Blasen“) oder „Dental Dams“ (beim Lecken der Scheide) verringern.

Chlamydien

- Erreger:** Bakterium *Chlamydia trachomatis*, Untergruppen D–K
- Übertragung:** Bei allen Formen von Sexualverkehr mit Schleimhautkontakt möglich; Chlamydien-Infektionen gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen in Deutschland.
- Symptome:** Die Infektion verläuft bei Männern in etwa 50 % der Fälle und bei Frauen in etwa 75 % der Fälle ohne Symptome oder symptomarm. Bei Frauen eventuell Entzündung der Harnröhre, Schmerzen beim Wasserlassen, Ausfluss, Unterleibsschmerzen und Schmerzen beim Sexualverkehr. Bei Männern meist leichte Symptome, z.B. Ausfluss aus dem Penis, Brennen beim Wasserlassen.
- Komplikationen:** Nicht oder zu spät behandelt können Chlamydien bei Frauen zu Entzündungen der Gebärmutter, der Eileiter und Eierstöcke und damit zu Unfruchtbarkeit führen. Bei Männern sind Entzündungen der Hoden mit der Folge von Unfruchtbarkeit sowie Entzündungen des Enddarms möglich.
- Behandlung:** mit Antibiotika; um einen „Pingpong-Effekt“ zu vermeiden, sollten sich auch die Sexpartner/innen untersuchen und ggf. behandeln lassen. Bis zur Ausheilung möglichst auf Sex verzichten.

Vorbeugung: Das Ansteckungsrisiko lässt sich durch Kondome (beim Vaginal- und Analverkehr sowie beim „Blasen“) oder Dental Dams (beim Lecken der Scheide) verringern.

Darmparasiten

Erreger: einzellige Lebewesen (z.B. Amöben, Lamblien oder Shigellen)

Übertragung: bei anal-oralem Sex und bei Fingerspielen

Symptome: manchmal symptomlos, häufig jedoch Durchfälle und (krampfartige) Bauchschmerzen, manchmal Fieber und Gewichtsverlust

Behandlung: mit Chemotherapeutika; auch Sexpartner/innen sollten sich untersuchen und ggf. behandeln lassen. Bis zum erfolgreichen Abschluss der Behandlung auf Sex verzichten, bei dem es zum Kontakt mit dem Anus kommt.

Vorbeugung: Kondome senken das Übertragungsrisiko, auch Händewaschen nach dem Sex und die sorgfältige Reinigung des Analbereichs sind wichtig.

Feigwarzen

Erreger: Humane Papilloma-Viren (HPV; „Warzenviren des Menschen“), wovon es mehr als 100 Subtypen gibt

Übertragung: Vor allem beim Vaginal- und Analverkehr sowie bei anal-oralen Kontakten.

Symptome: Kleine, zum Teil sehr unterschiedlich geformte Warzen (flach, knotig oder blumenkohlartig) an den äußeren Geschlechtsteilen und im Analbereich. Unbehandelt werden sie immer größer und breiten sich aus. Die Warzen können brennen und jucken.

Komplikationen: Einige der HPV-Subtypen können Krebsgeschwüre am Gebärmutterhals und im Analbereich verursachen.

- Behandlung:** Je nach Ort und Größe der befallenen Stelle mit Warzenmitteln, Zytostatika (behindern das Zellwachstum), Vereisung oder chirurgischer Entfernung. Der/die Sexualpartner/in sollte sich ebenfalls untersuchen und gegebenenfalls behandeln lassen.
- Vorbeugung:** Das Ansteckungsrisiko lässt sich durch Kondome (beim Vaginal- und Analverkehr sowie beim „Blasen“) oder Dental Dams (beim Lecken der Scheide) verringern.

Herpes genitalis

- Erreger:** Herpes-simplex-Virus, von dem es zwei Varianten gibt: Typ 1 verursacht vor allem Herpes an Lippen, Mund und Nase, Typ 2 vor allem im Genital- und Analbereich.
- Übertragung:** Vorwiegend durch Kontakt mit den hochinfektiösen Bläschen, z.B. beim Sex (vaginal, anal, oral, anal-oral) oder beim Küssen, ebenso während der Geburt von der Mutter auf das Kind. Auch Schmierinfektionen sind möglich.
- Symptome:** Spannungsgefühl, schmerzhaftes Haut-/Schleimhautveränderungen im Genital- und Analbereich, Rötung und Juckreiz sowie Bläschen, die schließlich aufplatzen und dann (auch ohne Behandlung) abheilen. Möglich sind ebenso grippeartige Symptome wie Fieber, Muskel-, Kopf- und Rückenschmerzen.
- Behandlung:** Durch antivirale Salben oder Tabletten (Virustatika) können die Symptome gemildert werden. Aus dem Körper entfernen kann man das Virus aber nicht.
- Vorbeugung:** Das Ansteckungsrisiko lässt sich durch Kondome (beim Vaginal- und Analverkehr sowie beim „Blasen“) oder Dental Dams (beim Lecken der Scheide) zumindest etwas verringern. Den Kontakt mit den Bläschen sollte man meiden.

Syphilis (Lues, harter Schanker)

- Erreger:** Bakterium *Treponema pallidum*
- Übertragung:** Durch kleinste Verletzungen der Haut und Schleimhaut, vor allem beim Sex. Eine Übertragung ist ebenso möglich bei Blut-Blut-Kontakten. Infizierte Mütter können den Erreger während der Schwangerschaft auf das Kind übertragen.
- Symptome/
Verlauf:** 2–6 Wochen nach der Infektion (1. Stadium) bildet sich an der Eintrittsstelle des Erregers (bspw. Genitalien, Anus, Mund, aber auch an anderen Körperstellen) aus einem roten Pünktchen ein linsen- bis münzgroßes, meist schmerzloses Geschwür. Die aus diesem Geschwür austretende Flüssigkeit ist hoch infektiös. Das Geschwür heilt nach 4–6 Wochen von selbst wieder ab. Nach einer „Ruhepause“ kommt es im 2. Stadium (2–5 Monate nach der Ansteckung) zu allgemeinen Symptomen wie Kopf- und Gliederschmerzen, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Fieber oder geschwollenen Lymphknoten. Zugleich treten juckende Hautausschläge auf, die Knötchen bilden; diese enthalten infektiöse Flüssigkeit. Nach dem Abheilen der Hautausschläge wechseln sich über Jahre Ruhephasen mit symptomatischen Phasen ab; dabei entwickeln sich Ausschläge der Haut oder Schleimhäute, die ohne Beschwerden wieder vergehen. Die Symptome bleiben meist unbemerkt.
- Komplikationen:** Wird die Syphilis nicht behandelt, treten nach 3–10 Jahren (3. Stadium) Hautgeschwüre und Schleimhautschwellungen auf. Durch ausgeprägten Gewebezzerfall kommt es zu bleibenden Schäden an Blutgefäßen, inneren Organen, Gehirn und Nervensystem (Neurosyphilis).
- Behandlung:** So früh wie möglich mit Antibiotika (in der Regel Penicillin). Eine Behandlung ist in jedem Stadium möglich, Organschäden lassen sich allerdings nicht rück-

gängig machen. Untersucht und gegebenenfalls behandelt werden sollten ebenso die Sexualpartner/innen. Für Menschen mit HIV gelten besondere Behandlungsempfehlungen. Wird eine Syphilis festgestellt, ist daher auch ein HIV-Test sinnvoll.

Vorbeugung: Das Ansteckungsrisiko lässt sich durch Kondome (beim Vaginal- und Analverkehr sowie beim „Blasen“) oder Dental Dams (beim Lecken der Scheide) verringern. Den Kontakt mit nässenden Stellen sowie mit Blut vermeiden.

Trichomoniasis

Erreger: Trichomonas vaginalis bzw. urogenitalis, ein einzelliges Geißeltierchen

Übertragung: Beim Vaginal-, Anal- und Oralsex (in erster Linie beim Vaginalverkehr), aber z.B. auch durch gemeinsames Benutzen von Handtüchern oder Waschlappen. Mütter können den Erreger während der Geburt auf das Kind übertragen.

Symptome: Meist treten keine Symptome auf. Bei Frauen eventuell grün-gelber, schaumiger und übel riechender Ausfluss, Schmerzen beim Sexualverkehr; bei Männern eventuell morgens leichter Ausfluss aus dem Penis, auch Vorhaut und Eichel können betroffen sein. Bei Frauen und Männern: Entzündung der Harnröhre, Harndrang und Brennen beim Wasserlassen.

Komplikationen: Bei einem Aufsteigen der Erreger können entzündliche Verklebungen der Eileiter zu Unfruchtbarkeit führen, betroffen sein können auch die Nieren. Bei Schwangeren mit Trichomonaden-Infektion kommt es häufiger zu Komplikationen vor und während der Geburt (z. B. zu Frühgeburten).

Behandlung: mit Antiprotozoenmitteln; Sexpartner/innen sollten sich (auch bei fehlenden Symptomen) mitbehandeln lassen, bis zum Abschluss der Behandlung sollte auf Vaginalverkehr verzichtet werden.

Vorbeugung: Das Ansteckungsrisiko lässt sich durch Kondome (beim Vaginal- und Analverkehr sowie beim „Blasen“) oder Dental Dams (beim Lecken der Scheide) verringern.

Trippler (Gonorrhö)

- Erreger:** Bakterium *Neisseria gonorrhoeae*
- Übertragung:** Beim Vaginal-, Anal- und Oralverkehr, bei anal-oralen Kontakten, beim gegenseitigen Masturbieren, bei Fingerspielen und über Sexspielzeuge. Möglich ist ebenso eine Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Geburt.
- Symptome:** Bei Frauen gelber oder grünlicher, stark riechender Ausfluss aus der Vagina, bei Männern weißer oder gelber Ausfluss aus dem Penis. Bei Frauen und Männern: Schmerzen beim Wasserlassen; bei Trippler im Analbereich Schmerzen beim Stuhlgang, Stuhldrang, schleimig-eitrige Beimengungen; bei Trippler im Mund-Rachen-Bereich hochrote Entzündung des Rachens und Beläge im Mund.
- Komplikationen:** Wird zu spät oder gar nicht behandelt, sind bei Frauen Entzündungen der Gebärmutter, der Eileiter und der Eierstöcke möglich, was zu Unfruchtbarkeit führt. Bei Männern kann es zu einer Entzündung der Nebenhoden und damit ebenso zu Unfruchtbarkeit kommen. Die Ansteckung des Babys bei der Geburt kann zu einer Augeninfektion bis hin zur Erblindung führen. In seltenen und schweren Fällen kann ein unbehandelter Trippler Gelenkentzündungen, Hautausschläge, Hirnhautentzündung und Herzmuskelentzündung verursachen.
- Behandlung:** Möglichst früh mit Antibiotika.
- Vorbeugung:** Das Ansteckungsrisiko lässt sich durch Kondome (beim Vaginal- und Analverkehr sowie beim „Blasen“) oder Dental Dams (beim Lecken der Scheide) verringern.

Filzläuse und Krätzmilben

Filzläuse und Krätzmilben kommen überall dort vor, wo viele Menschen auf engem Raum zusammenleben – also auch im Gefängnis. Diese Parasiten werden häufig beim Sex weitergegeben.

Filzläuse

Filz- oder Schamläuse sind Blut saugende Insekten, die sich in Schamhaaren sowie Brust- und Achselhaaren, aber auch in den Wimpern ansiedeln.

Übertragung: Von Mensch zu Mensch durch engen Körperkontakt (z.B. beim Sex), durch gemeinsame Benutzung von Bettwäsche und Handtüchern.

Symptome: Juckreiz, deutlich sichtbare Läuse und an den Haaren klebende Eier (Nissen), eventuell rötlich-blaue Einstichstellen in der Haut.

Behandlung: Mit sogenannten Läusemitteln (gibt's in der Apotheke), die wiederholt anzuwenden sind, um alle Nissen abzutöten. Bei starker Behaarung auch den Unterbauch, das Gesäß und die Oberschenkel mitbehandeln. Die Nissen mit einem feinen Kamm auskämmen, die Entfernung ist auch durch eine Rasur möglich. Handtücher, Bettwäsche und Kleidung täglich wechseln und gründlich reinigen (durch Kochen). Der/die Sexualpartner/in sollte ebenfalls behandelt werden.

Vorbeugung: Vermeiden enger Körperkontakte.

Krätze (Skabies)

- Erreger:** Krätzmilben
- Übertragung:** Von Mensch zu Mensch (auch von Hund zu Mensch) durch engen Körperkontakt, gelegentlich auch durch gemeinsame Benutzung von Bettwäsche oder Handtüchern.
- Symptome:** Starker Juckreiz, der nachts und bei Wärme zunimmt; Hautausschlag mit Rötung und Knötchen (hervorgerufen durch die Milbenweibchen, die bis zu 10 cm lange Gänge in die Oberhaut graben und dort Kot und Eier ablegen). Sichtbare Milbengänge vor allem an Fingern, Handgelenken, Fußkanten, Ellenbogen, Achselfalten und Brustwarzen sowie in der Genital- und Analregion. In schweren Fällen auch Befall von Gesicht, Nacken, Kopfhaut und Rücken; hier besteht besonders hohe Ansteckungsgefahr.
- Behandlung:** Einreiben mit insektizider Lösung. Kontaktpersonen sind mit zu behandeln, auch wenn sie keine Symptome haben. Bett- und Unterwäsche sowie Handtücher sollten täglich bis halbtäglich gewechselt und bei mindestens 60 °C gewaschen werden. Auch nach erfolgreicher Behandlung kann der Juckreiz (ausgelöst durch abgetötete Eier und abgelegten Kot) etwa vier bis acht Wochen weiter bestehen.
- Vorbeugung:** Vermeiden engen Körperkontakts. Eine gesunde und gepflegte Haut verringert das Infektionsrisiko.



11.2

Was weißt du über Infektionskrankheiten?¹⁵

Ist eine HIV-Infektion möglich, wenn man vom Teller einer anderen Person isst? Ist es gefährlich, wenn man sich an einer benutzten Spritze verletzt? Wie häufig sind HIV- und Hepatitis-C-Koinfektionen bei Drogengebraucher(inne)n? Kurzum: Wie gut kennst du dich mit gesundheitlichen Risiken aus? Teste dein Wissen mit diesem Quiz.

1. Wasser und Seife machen das Hepatitis-B-Virus unschädlich.

- A richtig
- B falsch

2. Mehr als die Hälfte aller intravenös Drogen Gebrauchenden ist mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert.

- A richtig
- B falsch

3. Wenn man sich an einer Spritze verletzt, die vor mehreren Tagen zum letzten Mal benutzt wurde, besteht kein Ansteckungsrisiko.

- A richtig
- B falsch

4. HIV ist leichter übertragbar als Hepatitis B.

- A richtig
- B falsch

¹⁵ Nach „Rate your Risks“ von Mainline Amsterdam

5. Benutzt man Messer und Gabel von HIV-Positiven, kann man sich mit HIV infizieren.

- (A) richtig
- (B) falsch

6. Mit Tuberkulose kann man sich bereits durch Einatmen ausgehusteter Tröpfchen infizieren.

- (A) richtig
- (B) falsch

7. Nur Menschen mit akuter Hepatitis B können andere mit dem Hepatitis-B-Virus anstecken.

- (A) richtig
- (B) falsch

8. Durch Bisse kann man mit Hepatitis B angesteckt werden.

- (A) richtig
- (B) falsch

9. Die meisten HIV-positiven Drogengebraucher/innen sind zugleich Träger/innen des Hepatitis-C-Virus.

- (A) richtig
- (B) falsch

10. Wer in einer Haftanstalt arbeitet, hat ein erhöhtes Risiko, sich ansteckende Krankheiten zuzuziehen.

- (A) richtig
- (B) falsch



**11.2**

Ergebnis

Addiere die hinter deinen Antworten stehenden Punkte.

1. A 0 B 1
2. A 1 B 0
3. A 0 B 1
4. A 0 B 1
5. A 0 B 1
6. A 1 B 0
7. A 0 B 1
8. A 1 B 0
9. A 1 B 0
10. A 1 B 0

0–5 Punkte: Deine Kenntnisse über gesundheitliche Risiken sind mangelhaft. Das ist nicht ungefährlich. Durch Unwissenheit könntest du dich mit einem gefährlichen Virus infizieren.

6–8 Punkte: Du weißt einigermaßen über gesundheitliche Risiken Bescheid, das reicht aber nicht aus.

9–10 Punkte: Du bist gut über gesundheitliche Risiken informiert. Wenn du dein Wissen in sicheres Verhalten umsetzt, ist das Risiko, dass du dich oder andere ansteckst, sehr gering.

Die richtigen Antworten zu unserem Quiz

1. Wasser und Seife machen das Hepatitis-B-Virus unschädlich.
B = falsch. Nicht Wasser und Seife, sondern nur Desinfektionsmittel können das Hepatitis-B-Virus unschädlich machen.
2. Mehr als die Hälfte aller intravenös Drogen Gebrauchenden ist mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert.
A = richtig. 70 bis 80 Prozent dieser Gruppe sind mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert.
3. Wenn man sich an einer Spritze verletzt, die vor mehreren Tagen zum letzten Mal benutzt wurde, besteht kein Ansteckungsrisiko.
B = falsch. HIV ist zwar außerhalb des menschlichen Körpers unter Alltagsbedingungen nicht überlebensfähig. In kleinen Blutresten in benutzten Spritzen kann das Virus jedoch mehrere Tage aktiv bleiben. Auch Hepatitis B und C kann durch benutzte Spritzen übertragen werden.
4. HIV ist leichter übertragbar als Hepatitis B.
B = falsch. Das Hepatitis-B-Virus ist weitaus leichter übertragbar als HIV.
5. Benutzt man Messer und Gabel von HIV-Positiven, kann man sich mit HIV infizieren.
B = falsch. Zwar ist HIV auch im Speichel von Menschen mit HIV und Aids nachweisbar, aber nur in sehr geringer Menge, die für eine Ansteckung nicht ausreicht. Außerdem ist das Virus außerhalb des menschlichen Körpers unter Alltagsbedingungen nicht überlebensfähig, auch nicht an Gläsern, Tassen, Tellern oder an Besteck. Geschirr und Besteck gemeinsam zu benutzen, ist daher ohne Risiko.
6. Mit Tuberkulose kann man sich bereits durch Einatmen ausgehusteter Tröpfchen infizieren.
A = richtig. Tuberkulose wird durch Hustentröpfchen übertragen. Wende den Kopf ab, wenn jemand in deine Richtung hustet oder niest.





11.2

7. Nur Menschen mit akuter Hepatitis B können andere mit dem Hepatitis-B-Virus anstecken.
B = falsch. Das Virus kann nicht nur bei akuter, sondern auch bei chronischer Hepatitis B übertragen werden.
8. Durch Bisse kann man mit Hepatitis B angesteckt werden.
A = richtig. Das Hepatitis-B-Virus befindet sich im Blut, aber auch im Speichel. Bei einer akuten Hepatitis-B-Infektion kann das Virus auch über einen Biss übertragen werden.
9. Die meisten HIV-positiven Drogengebraucher/innen sind zugleich Träger/innen des Hepatitis-C-Virus.
A = richtig.
10. Wer in einer Haftanstalt arbeitet, hat ein erhöhtes Risiko, sich ansteckende Krankheiten zuzuziehen.
A = richtig. Menschen in Haftanstalten – Gefangene wie auch Vollzugsbedienstete – sind Virusinfektionen sehr viel häufiger ausgesetzt als die übrige Bevölkerung. Die Risiken beschränken sich hier allerdings hauptsächlich auf die Hepatitis B, weshalb Gefangene und Bedienstete auch geimpft werden sollten. HIV und Hepatitis C sind im alltäglichen Kontakt nicht übertragbar.

3. SEX IN HAFT

Sexualität zu leben und Lust zu empfinden gehört zu den menschlichen Bedürfnissen. Sexuelle Beziehungen gibt es daher „hinter Gittern“ genauso wie in Freiheit. Durch die Bedingungen des Justizvollzugs wird zugleich die Bereitschaft gefördert, während der Haftzeit gleichgeschlechtliche Beziehungen einzugehen. Mann-männlichen Sex haben dabei nicht nur schwule Gefangene, sondern auch Männer, die sich als heterosexuell begreifen. Die Häufigkeit von Sexkontakten hängt ab von Faktoren wie Unterbringung (Einzelzelle, Doppelzelle oder Schlafsaal), Haftdauer und der Gewährung von Lockerungen (z. B. Ausgang, Urlaub). Mit Haftantritt ist die Beziehung zur Partnerin/zum Partner erheblichen Belastungen und Veränderungen ausgesetzt: Das Besuchsrecht ist häufig auf einmal monatlich beschränkt. Langzeitbesuchsräume, in denen Gefangene mit ihrer Partnerin/ihrer Partner Sex haben können, gibt es nur in wenigen Haftanstalten.

3.1 SEX ZWISCHEN MÄNNLICHEN GEFANGENEN

Das Wissen über Infektionsrisiken beim Sex und Verhaltensweisen zur Vermeidung von Infektionen ist bei männlichen Gefangenen nur gering ausgeprägt (Eckert et al. 2007). Ein Grund mag sein, dass der mann-männliche Sex bei Gefangenen allgemein tabuisiert ist. Ein weiteres Tabuthema – sowohl für die Gefängnisleitung und die Bediensteten als auch für die Gefangenen selbst – ist aber die Tatsache, dass beim mann-männlichen Sex HIV, Hepatitisviren oder andere Erreger übertragen werden können. Zu Sexkontakten (z. B. Anal- und Oralverkehr) kommt es in unterschiedlichen Situationen und aufgrund verschiedener Motivationen: Sex entsteht entweder einvernehmlich und aus freien Stücken heraus. Sex kann aber auch erzwungen werden oder als Zahlungsmittel dienen.

Kondome und Gleitmittel zugänglich zu machen, ist zweifellos eine sinnvolle Maßnahme. Aber in Fällen sexueller Gewalt werden sie in der Regel keine Anwendung finden. Und selbst der einvernehmliche Sex findet sehr viel häufiger ungeschützt als mit Kondom statt. Selbst wenn Kondome verfügbar sind, wird nur in Einzelfällen davon Gebrauch gemacht, um sexuell übertragbare Infektionen zu verhindern (siehe auch Reyes 2000).

3.2 VERFÜGBARKEIT VON KONDOMEN UND GLEITMITTELN IN HAFTANSTALTEN

Die WHO-Richtlinien zu HIV und Aids in Gefängnissen (1993) empfehlen: „Da eindringender Sexualverkehr im Gefängnis stattfindet – selbst dann, wenn dies verboten ist –, sollten den Häftlingen für die gesamte Dauer der Haftzeit Kondome zugänglich gemacht werden. Kondome sollten außerdem vor jedem Ausgang und vor der Entlassung ausgehändigt werden.“ Hinzuzufügen ist, dass Kondome auch bei Besuchen der Lebenspartner/innen verfügbar sein sollten.

Die Bereitstellung von Kondomen wird in europäischen Gefängnissen sehr unterschiedlich gehandhabt und reicht von der freien Zuteilung bis hin zum völligen Verbot. Allgemein jedoch besteht ein Mangel an Bereitschaft, das Problem wahrzunehmen und anzuerkennen.

Die Kondomvergabe in europäischen Gefängnissen erfolgt über

- Sozialarbeiter/innen
- die Krankenstation/den Medizinischen Dienst
- Geistliche
- den Kaufladen
- die „Infobox“ (in Nordrhein-Westfalen legt seit 1998 ein sogenannter Kondomerlass die anonyme und kostenfreie Abgabe von Kondomen und Gleitgel im Vollzug fest)

Weltweit stellen Sexualkontakte unter Häftlingen das größte Tabu im Gefängnis dar; entsprechend kontrovers wird die Verfügbarkeit von Kondomen und Gleitmitteln diskutiert.

3.3 RUND UM DAS KONDOM

Kondome bieten, wenn sie richtig angewendet werden, guten Schutz vor HIV und ungewollter Schwangerschaft. Zudem reduzieren sie das Risiko einer Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Es gibt ganz unterschiedliche Produkte, zum Beispiel:

- **Kondome mit Gleitmittel:** Viele Kondome sind bereits vom Hersteller mit einem fettfreien (in der Regel wasserlöslichen) Gleitmittel versehen. Diese Gleitgelschicht ist für Analsex aber nicht ausreichend, hierfür sollte zusätzliches Gleitgel verwendet werden! Das Gleitmittel schützt die Vagina/den Anus und das Kondom vor allzu starker mechanischer Beanspruchung und mindert so das Risiko, dass das Kondom reißt oder abrutscht.
- **Kondome mit Geschmack:** Sie sind fürs „Blasen“ (Fellatio) gedacht. Die meisten dieser Produkte sind nicht mit Gleitmittel versehen, manchmal sind sie auch aus dünnerem Material gefertigt und für den Anal- und Vaginalverkehr nicht geeignet.
- **Extra starke Kondome:** Man hat sie speziell für den Analsex entwickelt, der auch bei Heterosexuellen weit verbreitet ist. Sie bieten mehr Sicherheit, sollten aber immer mit zusätzlichem Gleitmittel verwendet werden.
- **Extra große Kondome:** Sie sind nur dann sinnvoll, wenn man die anatomischen Voraussetzungen dafür tatsächlich erfüllt. Bei einem kleinen Penis ein Kondom in Übergröße zu verwenden, erhöht die Gefahr, dass es beim Sex abrutscht.

Kondome und Gleitmittel: Was ist zu beachten?

Für den Analverkehr sollten Kondome zusammen mit reichlich Gleitmittel verwendet werden. Beim Vaginalverkehr empfiehlt sich ein Gleitmittel dann, wenn zu wenig Scheidenflüssigkeit produziert wird (die Scheide also „zu trocken“ ist). Kondome vertragen keine öl- oder fetthaltigen Gleitmittel wie Handcreme, Körperlotion, Vaseline, Babyöl, Haarwachs, Speiseöl oder Butter. Das Gummi wird dadurch angegriffen und porös. Daher sollten nur Gleitmittel auf Wasser- oder Si-

likonölbasis verwendet werden (Silikonöl ist kein herkömmliches Öl und greift das Gummi deshalb nicht an). Auch sollten nur Markenkondome verwendet werden, die man am Gütesiegel auf der Verpackung erkennt. Das wichtigste Gütesiegel ist der Aufdruck „geprüft nach EN ISO 4074“ gemäß der in allen Ländern der Europäischen Union gültigen Norm (Euro-Norm). Auf eine unbeschädigte Verpackung und das Haltbarkeitsdatum achten. Kondome vor direkter Sonneneinstrahlung, Hitze/Kälte, Reibung, Druck und spitzen oder scharfen Gegenständen schützen.

Anleitung zum Kondomgebrauch

- Öffne die Packung vorsichtig (nicht mit den Zähnen oder einer Schere), damit das Kondom nicht beschädigt wird, und nimm das Kondom heraus (Vorsicht bei spitzen Fingernägeln!).
- Ziehe die Vorhaut des steifen Penis zurück und setze das Kondom richtig herum (mit der Gummiwulst nach oben) auf die Eichel.
- Drücke das Kondom an der Spitze etwa 1–2 cm zusammen, um genügend Platz für das Sperma zu lassen, und rolle das Kondom gleichmäßig bis zur Peniswurzel ab. Achte dabei darauf, dass das Kondom nicht mit den Fingernägeln beschädigt wird.
- Nie zwei Kondome übereinander verwenden! Sie scheuern gegeneinander und rutschen leichter ab!
- Verwende (beim Analverkehr reichlich) fettfreies Gleitmittel.
- Überprüfe vor jedem erneuten Eindringen kurz mit der Hand, ob das Kondom noch richtig sitzt.
- Ziehe Penis und Kondom sofort nach dem Samenerguss zusammen heraus; halte dabei das Kondom am Gummiring fest.
- Mach einen Knoten in das Kondom und entsorge es – aber nicht in die Toilette, sonst wird der Abfluss verstopft. Kondome nie mehrmals benutzen!

3.4 SAFER SEX – SCHUTZ VOR HIV UND ANDEREN SEXUELL ÜBERTRAGBAREN INFEKTIONEN

Mit Safer Sex kann das Risiko einer Ansteckung mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Erregern reduziert werden. Ein wesentliches Element des „sichereren Sex“ ist der Gebrauch von Kondomen. Ungeschützter Analverkehr („Arsch ficken“) und vaginaler Verkehr sind besonders risikoreiche Sexpraktiken. Mit Kondomen, richtig angewandt, lässt sich das HIV-Risiko jedoch stark verringern. Sie verringern außerdem das Risiko einer Übertragung von anderen sexuell übertragbaren Erregern. Zu den Sexpraktiken im Einzelnen:

■ **Analverkehr**

Der ungeschützte Analverkehr ist die risikoreichste Sexpraktik. Die Darmschleimhaut ist äußerst empfindlich und kann HIV direkt aufnehmen oder abgeben. Auch Hepatitis-Viren und andere sexuell übertragbare Erreger (z.B. Tripper-Bakterien oder Chlamydien) können auf diesem Weg in den Körper gelangen. Ein Infektionsrisiko trägt aber nicht nur der aufnehmende („passive“) Partner, wie oft geglaubt wird. Auch der einführende („aktive“) Partner kann sich anstecken, und zwar über die Schleimhäute an der Vorhautinnenseite, am „Bändchen“ und an der Harnröhre.

Beim Analverkehr – ob zwischen Männern oder zwischen Mann und Frau – sollte daher stets ein Kondom mit reichlich wasserlöslichem Gleitmittel verwendet werden. Für den Analverkehr gibt es extra starke Kondome.

■ **Vaginalverkehr**

Durch kleine, nicht spürbare Verletzungen, Reizungen oder Entzündungen der Schleimhaut in der Scheide oder an der Gebärmutter (z.B. durch das Tragen einer Spirale) kann HIV (z.B. aus Sperma, aber auch aus der Schleimhaut des Penis) in den Körper der Frau gelangen. Während der Regelblutung ist der Muttermund etwas geöffnet, und in der Gebärmutter entstehen durch das Abbluten der Schleimhaut kleine Wunden, die das Eindringen von HIV in die Blutbahn ermöglichen.

Umgekehrt können infizierte Scheidenflüssigkeit und Menstruationsblut über für HIV empfängliche Zellen in der Vorhautinnenseite und Harnröhre auch zur Ansteckung des Mannes führen. Beim Vorliegen einer STI (z.B. Tripper, Pilze oder Genitalherpes) und während der Menstruation ist das Risiko für die Frau wie für den Mann erhöht.

Beim Vaginalverkehr sollte daher stets ein Kondom (bei Bedarf mit wasserlöslichem Gleitmittel) verwendet werden.

■ **Lecken oder Saugen des Penis (Fellatio oder „Blasen“)**

Solange kein Sperma oder Blut in den Mund gelangt, ist das Risiko einer Ansteckung mit HIV sehr gering. Gelangt Sperma in den Mund- und Rachenraum, kann eine Übertragung des Virus erfolgen. In diesem Fall Sperma nicht schlucken, sondern mehrfach ausspucken, Mund gut spülen (wenn möglich, mit hochprozentigem Trinkalkohol) und ausspucken.

Kondome schützen beim Blasen auch vor anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wie Gonorrhö, Chlamydien oder Syphilis.

■ **Lecken der Scheide (Cunnilingus)**

Die HIV-Konzentration in der Vaginalflüssigkeit infizierter Frauen reicht für eine Ansteckung beim Lecken der Scheide nicht aus. Ein HIV-Risiko besteht aber während der Menstruation, da die Viruskonzentration im Blut sehr hoch ist. Sehr leicht können beim Lecken andere Krankheitserreger übertragen werden, z.B. Herpes (vor allem, wenn ein/e Sexualpartner/in Bläschen im Genitalbereich oder am Mund hat) oder Tripper.

Wer beim Lecken sichergehen will, benutzt ein „Dental Dam“, ein kleines Tuch aus dünnem Latex, das auf die Scheide gelegt wird. Dental Dams sind in Sex-Shops erhältlich. Man kann aber auch ein aufgeschnittenes Kondom verwenden. Während der Menstruation sollte auf ungeschützten Cunnilingus verzichtet werden.

■ **Mit der Hand befriedigen (Wichsen)**

Dem Partner mit der Hand „einen runterzuholen“, ist in Bezug auf HIV völlig risikolos, sofern die Haut intakt ist.

Bei offenen Wunden oder Ausschlag an den Händen schützt ein Pflaster.

■ **Fingerspiele (anal, vaginal)**

Das Eindringen mit einem oder mehreren Fingern in die Scheide oder den Anus ist ohne Risiko, was HIV angeht. Es kann aber leicht durch Schmierinfektion zu einer Ansteckung mit Hepatitis-Viren, Darmparasiten oder anderen sexuell übertragbaren Erregern kommen. Das Risiko erhöht sich bei Wunden an Hand und Fingern oder bei Nagelbettentzündungen.

Bei Fingerspielen empfiehlt sich das Tragen von Latex-Handschuhen oder -Fingerlingen und die Verwendung von Gleitmittel.

■ **Faustfick („Fisting“ – anal, vaginal)**

Das Risiko einer HIV-Übertragung ist dabei eher gering, erhöht sich jedoch bei Wunden oder Entzündungen an der Hand. Sehr leicht möglich sind Verletzungen der empfindlichen Schleimhaut im Darmbereich, aber auch die Vagina kann bei dieser Praktik verletzt werden.

Beim Faustfick sollte stets reichlich Gleitmittel verwendet werden. Außerdem empfiehlt sich das Tragen von Latex-Handschuhen (für jeden neuen Partner einen neuen Handschuh verwenden).

■ **Anal-oraler Sex („Arschlecken“ oder „Rimming“)**

Eine HIV-Infektion ist hierbei kaum möglich, aber es können Hepatitis-Viren und Darmparasiten übertragen werden. Das Ansteckungsrisiko (auch im Hinblick auf HIV) erhöht sich bei blutenden Verletzungen des Anus oder des Darms.

Bei entsprechender Hygiene ist das Lecken des Anus ohne Risiko. Wer auf diese Praktik steht, sollte sich gegen Hepatitis A und B impfen lassen.

■ **Spiele mit Urin („Anpissen“, „Natursekt“) und Kot („Scat“, „Kaviar“)**

Urin und Kot enthalten HIV nur in sehr geringer Menge – sofern kein Blut dabei ist (geringe, meist nicht sichtbare Blutbeimengungen sind möglich bei Leber- oder Niereninfektionen oder bei Hämorrhoiden). Bei Spielen mit Urin oder Kot kann man sich aber sehr leicht mit Hepatitis-Viren und anderen sexuell übertragbaren Erregern (z.B. Tripperbakterien) und mit Darmparasiten anstecken. Diese Gefahr ist noch größer, wenn Urin oder Kot in den Mund gelangt.

Urin und Kot sollte man nicht auf offene Wunden gelangen lassen, ebenso wenig in Nase, Augen, Mund, Vagina oder Anus: Dort befinden sich Schleimhäute, über die Krankheitserreger sehr leicht in den Körper gelangen. Wer auf Spiele mit Urin oder Kot steht, sollte sich gegen Hepatitis A und B impfen lassen.

■ **S/M (Sadomasochismus)**

Peitschen, Fesseln und sonstige Hilfsmittel sind sicher, sofern kein Blut im Spiel ist. Haftet solchen Gegenständen Blut an und kommen sie bei mehreren Personen nacheinander zum Einsatz, besteht ein HIV-Risiko.

Das Gleiche gilt, wenn Sperma auf offene Wunden gelangt.

Bei S/M gilt: Hilfsmittel stets gründlich reinigen, bevor man sie bei weiteren Personen anwendet. Man wäscht sie zuerst mit Wasser und Seife und behandelt sie anschließend mit Desinfektionsmittel. Mikrowellengeeignete Gegenstände können außerdem für drei Minuten bei 360 Watt in die Mikrowelle gelegt werden, so werden HIV und HCV inaktiviert.

■ **Dildos, Vibratoren und anderes Sexspielzeug („Toys“)**

Dildos und andere Toys sind sicher, wenn sie nur von/bei derselben Person benutzt werden.

Werden Dildos und Vibratoren von/bei mehreren benutzt, zieht man ihnen vor jedem Wechsel ein neues Kondom über, oder man wäscht sie gründlich mit Wasser und Seife. Einen anal benutzten Dildo sollte man nicht gleich danach in die Vagina einführen: Dabei können Bakterien aus dem Anus in die Vagina gelangen und Infektionen verursachen.

■ **Gruppensex**

Ob Gruppensex riskant ist, hängt ausschließlich davon ab, was dabei gemacht wird.

Auf jeden Fall gilt: Beim Vaginal- und Analverkehr ein Kondom benutzen (und zwar jedes Mal ein neues!), kein Sperma in den Mund gelangen lassen. Das Beste ist, man einigt sich schon vorher auf Safer Sex und achtet darauf, dass sich jede/r an die „Spielregeln“ hält.

■ **Massage**

Massieren, sich aneinander reiben und Ähnliches ist ohne HIV-Risiko.

■ **Küssen**

Obwohl sich HIV auch im Speichel befinden kann, ist bisher noch keine Infektion hierüber nachgewiesen worden. Küsse, auch tiefe, intensive Zungenküsse, gelten als sicher, solange kein Blut im Spiel ist. Beim Küssen können allerdings andere Krankheitserreger übertragen werden, z. B. Hepatitis-B- oder Herpes-Viren.

3.5 SEXUELLE GEWALT

Sexualität in Haft ist ein Tabu. Aber noch schwieriger ist es, über sexuelle Gewalt in Haft zu sprechen. Besonders schwierig ist es dabei, einen Zugang zu den Opfern von sexuellen Misshandlungen zu bekommen. Nach einer Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KfN) von 2012 haben knapp 5 % der befragten Inhaftierten in den vier Wochen vor der Befragung sexuelle Gewalt erlebt (Bieneck, Pfeiffer 2012, KfN Forschungsbericht Nr. 119). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch internationale Studien. 2008/2009 wurden für eine Studie in den USA ca. 76.000 Gefangene befragt, 4,4 % berichteten von sexueller Gewalt in den letzten 12 Monaten.

Das Risiko, Opfer von sexueller Gewalt zu werden, ist bei sehr hohen Gefangenenraten und Überbelegung erhöht.

Weitere Risikofaktoren sind:

- geringes Alter
- schwächtiger Körperbau¹⁶
- Unerfahrenheit mit Haft
- psychische Erkrankung
- bereits vor der Inhaftierung Opfer von sexueller Gewalt gewesen
- Homosexualität

Grundsätzlich ist wichtig, die Themen Sexualität und sexuelle Gewalt in Haft zu besprechen sowie Ansprechpartner/innen hierzu in Haftanstal-

¹⁶ Inhaftierte, deren Körpergewicht unter 82 kg liegt, haben ein 4-fach erhöhtes Risiko, Opfer von sexueller Gewalt zu werden. Das kann zur Folge haben, dass sich einige Inhaftierte bewusst Übergewicht zulegen (Dr. Thomas Barth, DAH-Konzeptseminar Sexualität in Haft, unveröffentlichtes Protokoll, 2013).

ten zu benennen. Dann besteht zumindest eine Chance, dass im Falle eines sexuellen Übergriffs Hilfe in Anspruch genommen wird. In allen Justizvollzugsanstalten sollte es einen Notfallplan geben, der festlegt, was bei Bekanntwerden einer sexuellen Nötigung oder Vergewaltigung zu tun und wer in so einem Fall Ansprechperson ist. Für diese Funktion könnte z. B. der/die Seelsorger/in der JVA infrage kommen, da die Gefangenen ihm oder ihr meist großes Vertrauen entgegenbringen.

Am wichtigsten in der Akutversorgung sind das Angebot von Schutz und Verlegung, psychologische Unterstützung sowie die medizinische Erstversorgung. In der Beratung und Therapie sollten auch mögliche Folgen der Gewalterfahrung (Schlafstörungen, Ohnmachtsgefühl, Gefühl der Erniedrigung, Vermeidungsverhalten usw.) thematisiert werden. Zu prüfen ist auch, ob ein zusätzlicher Besuch von Vertrauenspersonen oder Angehörigen zeitnah angeboten werden kann. Wenn die Tat einen gewissen „Bekanntheitsgrad“ auf der Station erlangt haben sollte, könnte ggf. auch ein Plenum organisiert werden, auf dem der Vorfall besprochen wird.

Darüber hinaus sollte sich die JVA regelmäßig Gedanken zu möglichen Präventionsmaßnahmen machen. Fragen, die in diesem Zusammenhang jede JVA für sich beantworten sollte, sind u. a.:

- Was kann an der räumlichen Situation verbessert werden (Wasch- und Gemeinschaftsräume, Zellen bei Mehrfachbelegung)?
- Wer würde sich als kompetente Ansprech-/Vertrauensperson eignen? Wenn diese benannt wurde, sollte sie auch die notwendigen Schulungen und Trainings erhalten.

Weitere Schutz- und Sensibilisierungsmaßnahmen:

- Bei der Aufnahme in die Haft beachten, ob der/die Gefangene gefährdet erscheint (Alter, Gewicht, bereits Opfer von Gewalt gewesen usw.). Die Erstellung einer „Ampel“ zu jedem Gefangenen – ähnlich der aus der Suizidprävention – könnte hierbei hilfreich sein.
- Mitarbeiter/innen der JVA sensibilisieren, das gilt insbesondere für die des Allgemeinen Vollzugsdienstes (AVD), die den meisten und engsten Kontakt zu den Gefangenen haben.

4. SAFER USE – RISIKOBEWUSSTER DROGENKONSUM IN HAFT

In Europa ist bei Heroin-Gebraucher(inne)n das Spritzen die am weitesten verbreitete Konsumform. Neben Heroin werden auch noch andere Drogen injiziert, z.B. Kokain, Amphetamine oder Substitutionsmedikamente (z.B. Buprenorphin). Da Spritzbesteck in Gefängnissen rar ist, neigen Gebraucher/innen von Spritzdrogen in Haft zu hochriskanten Verhaltensweisen im Hinblick auf Krankheitserreger, die durch Blut übertragen werden. Da außerhalb des Justizvollzugs der Zugang zu sterilen Spritzbestecken über die Drogen- und Aidshilfe meist problemlos ist, erleben viele Drogenkonsument(inn)en in Haftanstalten einen regelrechten „Hygiene-Rückfall“. An Spritzbesteck kommt man im Gefängnis durch

- Einschmuggeln (z.B. von „abgesägten“, in Anus oder Vagina versteckten Spritzen)
- Ausleihen oder Mieten bereits benutzter Spritzen
- Diebstahl aus der Krankenstation oder dem Justizvollzugskrankenhaus
- Herstellen von Spritzen aus Materialien, die im Gefängnis verfügbar sind.

Mit dem Gebrauch solcher Spritzbestecke sind zwangsläufig viele gesundheitliche Risiken verbunden. Aus mündlichen Berichten weiß man, dass sie häufig von allen Drogengebraucher(inne)n einer Abteilung oder gar der ganzen Anstalt benutzt werden. Gelegentlich wird Spritzbesteck auch als Währung eingesetzt, es hat besonders hohen Wert, wenn es an Nachschub mangelt.

Nicht sterile Spritzbestecke werden aus unterschiedlichen Gründen benutzt:

- weil man abhängig ist, die Kontrolle verliert und im entscheidenden Augenblick alle Vorsichtsmaßnahmen vergisst
- weil die Betroffenen glauben, der Begriff „gemeinsamer Gebrauch“ beziehe sich nur auf Situationen, in denen eine gerade benutzte Spritze sofort an die nächste Person zum Gebrauch weitergegeben wird. Gesundheitlich riskant sind aber ebenso Spritzen, die schon vor längerer Zeit von einer anderen Person benutzt worden sind. HCV beispielsweise kann sich mehrere Tage in Blutresten in einer Spritze halten.
- weil man sich gegenseitig versichert hat, dass man keine HIV- oder Hepatitis-Infektion habe (ist bekannt, dass jemand HIV hat, darf er/sie die Spritze erst als Letzte/r benutzen).

Der in Gefängnissen so häufig vorkommende gemeinsame Spritzengebrauch muss unbedingt reduziert werden. Die bisher üblichen Strategien der Kontrolle des haftinternen Drogengebrauchs kollidieren mit den Forderungen einer neuen, pragmatisch orientierten Gesundheitspolitik nach wirkungsvollen Maßnahmen zur Prävention übertragbarer Krankheiten. So heißt es in den WHO-Richtlinien zu HIV und AIDS in Gefängnissen (1993): „Alle Gefangenen haben ein Recht auf Gesundheitsfürsorge einschließlich vorbeugender Maßnahmen, die den ‚draußen‘ geltenden Standards entspricht – und zwar ohne Einschränkungen gerade auch im Hinblick auf Aufenthaltsstatus und Herkunftsland. [...] Vorbeugenden Maßnahmen sollte das aktuelle Risikoverhalten in Haftanstalten zugrunde gelegt werden. Dazu gehören vor allem der gemeinsame Gebrauch von Spritzbesteck bei Drogenkonsument(innen) und der ungeschützte Sexualverkehr.“

4.1 SPRITZENVERGABE IM GEFÄNGNIS

Gegen die Einführung der Spritzenvergabe im Gefängnis sind viele Einwände ins Feld geführt worden, u. a. folgende:

- Dadurch werde ein im Gefängnis nicht erlaubtes Verhalten geduldet.
- Nadeln könnten als Waffen gegen Mitarbeiter/innen oder Gefangene eingesetzt werden.

- Der Gebrauch von Spritzdrogen werde dadurch weiterverbreitet.
- Wer bisher nicht intravenös konsumiert oder gar keine Drogen genommen hat, werde dadurch zum Drogenspritzen verleitet.

Pilotprojekte zur Spritzenvergabe in der Schweiz, Deutschland, Spanien, Luxemburg, Moldawien und Kirgisistan haben sich indes als erfolgreich erwiesen:

- Weder Gefangene noch Mitarbeiter/innen wurden jemals bedroht.
- Die Rate der gemeinsamen Benutzung von Spritzbestecken ging zurück.
- Die Zahl der Spritzenabszesse konnte deutlich reduziert werden.
- Eine Spritzenabgabe ist in unterschiedlichen Haftformen mit unterschiedlichen Sicherheitsstufen machbar (Stöver/Nelles 2003).

Ähnliche Bedenken gegenüber der Spritzenvergabe wurden Mitte der 1980er-Jahre auch in den Städten geäußert, sie sind inzwischen jedoch völlig ausgeräumt. Geht es allerdings um Gefangene, wollen Politiker/-innen oftmals „Härte gegenüber Kriminalität“ demonstrieren. Die Gefängnisregelungen zu lockern und Spritzenvergabeprojekte einzuführen, würden einige Medien sicherlich als „laxe Haltung“ ankreiden.

Selbst viele der nachfolgend beschriebenen „zweitbesten“ Lösungen werden sich in der Praxis als nicht realisierbar erweisen. Die verbreitete Sicht, die Vergabe von Spritzen führe zu deren Einsatz als Waffen, ignoriert die Tatsache, dass Spritzen – und zwar verunreinigte – in den meisten, wenn nicht gar allen Haftanstalten bereits im Umlauf sind. Viele Haftanstalten und viele Bedienstete setzen sich für die Eindämmung von Infektionsrisiken im Gefängnis ein. Diese Arbeit sollte durch die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen unterstützt und gefördert werden.

4.2 ÄUSSERST RISKANT: NEEDLE-SHARING

Um die erworbene Droge zwischen zwei oder mehreren Konsument(inn)en aufzuteilen, werden häufig zwei unterschiedliche Methoden angewandt. Die gefährlichste ist das Needle-Sharing, bei dem ein und dasselbe Injektionsbesteck von mehreren Personen benutzt wird:

- Das Heroinpulver wird auf einem Löffel aufgelöst,
- die gesamte Flüssigkeitsmenge wird in eine Spritze aufgezogen,
- die Spritze wird von einer Person zur anderen weitergereicht. Der Inhalt der Spritze wird dabei mit Hilfe der auf ihr aufgedruckten Mess-Skala zu gleichen Teilen aufgeteilt – eine vor allem im Gefängnis verbreitete, sonst aber selten angewandte Methode.

Bei der zweiten Methode wird das Heroin auf verschiedene Spritzen aufgeteilt, um die Droge in gleich große Portionen aufzuteilen. Dies kann auf zwei Wegen geschehen:

- **Front loading:** Mit der ersten Spritze wird die Lösung über die vordere Öffnung (den Konus) in die zweite Spritze eingegeben, auf der sich noch keine Nadel befindet.
- **Back loading:** Der Kolben der zweiten Spritze wird entfernt und die Heroinlösung von der ersten Spritze in die Öffnung an der Rückseite der zweiten Spritze gegeben. Diese Technik wird hauptsächlich bei Insulinspritzen angewandt, bei denen Zylinder und Nadel eine Einheit bilden.

Sicher im Hinblick auf Infektionskrankheiten sind die beiden Methoden nur bei ganz neuen Konsumutensilien. Man sollte sie daher auch nicht bei Spritzen anwenden, die schon einmal desinfiziert worden sind – auch dann nicht, wenn man die Spritzen erneut desinfiziert hat.

Die sicherste Methode, um den Stoff aufzuteilen, ist Folgende: Eine Person teilt das Pulver auf, und alle Beteiligten nehmen sich ihre „Portion“. Danach benutzt jede Person ihr eigenes Spritzbesteck und Zubehör.

4.3 REINIGUNG VON SPRITZEN UND NADELN

Für jede Injektion eine neue Nadel und Spritze – diese goldene Safer-Use-Regel kann man unter Haftbedingungen kaum befolgen. Deshalb sollte die zweitbeste Methode, das Auskochen des Spritzbestecks, Anwendung finden. Und ist auch das nicht möglich, weil kein Kocher oder Tauchsieder verfügbar ist, gibt es noch einige andere Verfahren, die immer noch besser sind als nichts. Im Folgenden geben wir Anweisungen zu verschiedenen Methoden der Spritzenreinigung¹⁷.

Das Reinigen von Spritzen garantiert keine hundertprozentige Sicherheit. Spritzen lassen sich nicht so einfach reinigen – nimm dir deshalb genügend Zeit dafür.

Auskochen

Das Auskochen ist das zeitlich aufwendigste, aber auch sicherste Verfahren. Weil es in vielen Haftanstalten Kochmöglichkeiten gibt, die auch genutzt werden dürfen, ist diese Methode durchaus „gefängnis-tauglich“.

Materialien: Topf, Wasser (oder Tauchsieder)

Dauer: 15 Minuten

- Verfahren:
- Spüle Spritze und Nadel zweimal mit kaltem Wasser aus, indem du Wasser durch die Nadel aufziehst und ins Waschbecken oder in die Toilette spritzt.
 - Löse (wenn möglich) die Nadel vom Zylinder und ziehe den Kolben aus der Spritze heraus. Lege die Einzelteile mindestens 15 Minuten lang in sprudelnd kochendes Wasser und schütte anschließend das gebrauchte Wasser weg.
 - Setze nach dem Auskochen und Abkühlen die Einzelteile wieder zusammen.
 - Spüle die zusammengesetzte Spritze vor dem Gebrauch noch mal mit kaltem Wasser aus.

¹⁷ Nach Trautmann/Barendregt 1994

- Vorteile:
- Die Methode ist zwar nicht hundertprozentig sicher, bietet aber guten Schutz vor Krankheitserregern (z.B. HIV, Bakterien, Pilze).
 - Zusammen mit der Spritze kann auch der Löffel (oder ein ähnlicher Behälter) durch Auskochen desinfiziert werden.
- Nachteile:
- Die Methode braucht Zeit. Die Spritze nur ein oder zwei Minuten in heißes Wasser zu legen, reicht auf keinen Fall aus!
 - Die häufig verwendeten zerlegbaren Spritzen können höchstens dreimal ausgekocht werden. Danach sind sie nicht mehr luftdicht.
 - Manche Spritzen überstehen das 15- bis 20-minütige Auskochen nicht.

Behandlung in der Mikrowelle

- Material: Mikrowelle
- Dauer: 3 Minuten
- Verfahren:
- Lege nicht metallhaltiges Zubehör und Flüssigkeiten für 3 Minuten bei 360 Watt in die Mikrowelle.
- Vorteile:
- HIV und Hepatitis-C-Viren können schnell und erfolgreich inaktiviert werden
- Nachteile:
- Metallhaltige Utensilien wie zum Beispiel Nadeln können in der Mikrowelle nicht behandelt werden.

Desinfektion mit Haushaltsbleiche

Nur in wenigen Ländern gibt es offizielle Empfehlungen für die Bereitstellung und Anwendung von Desinfektionsmitteln zur Spritzenreinigung. Bleichmittel zusammen mit detaillierten Informationen in allen Haftanstalten verfügbar zu machen, ist grundsätzlich zu begrüßen, denn Spritzen zu bleichen ist allemal besser, als sie gar nicht zu reinigen. In Schottland zum Beispiel händigt man Häftlingen Sterilisationstabletten mit genauen Anweisungen für die Desinfektion von Geschirr, Besteck, Rasierklingen, Nachtgeschirr und Spritzbesteck aus.

Aus „draußen“ gemachten Erfahrungen weiß man, dass das Bleichverfahren selbst unter optimalen Bedingungen jeweils sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Im Gefängnis wird das Reinigen und Bleichen von Spritzbestecken noch weniger zufriedenstellend erfolgen, weil die hierfür geeigneten Mittel und Bedingungen nicht verfügbar sind.

Wegen der chemischen Instabilität von Natriumhypochlorit (NaOCl) wird vom Gebrauch dieses Bleichmittels zwar abgeraten, aber für die Notfalldesinfektion ist es das Mittel der Wahl. Haushaltsbleiche sollte nicht zusammen mit anderen Reinigungsmitteln verwendet werden, weil das ihre Wirkung herabsetzen kann. Sind Bleichspritzer ins Gesicht oder in die Augen gelangt: unter fließend kaltem Wasser abspülen, um die Reizung zu lindern. Leider findet sich Natriumhypochlorit nicht in vielen Produkten, uns ist zurzeit nur DanKlorix bekannt. Bleichmittel sind nur begrenzt haltbar, nach dem Öffnen verliert die Haushaltsbleiche nach drei bis vier Wochen ihre Desinfektionswirkung.

- Material:** Haushaltsbleiche (Natriumhypochlorit) in der am stärksten erhältlichen Konzentration, Tasse oder Schüssel
- Dauer:** ungefähr 6 Minuten
- Verfahren:** zweimal Wasser, zweimal Bleichmittel, zweimal Wasser:
- Vorspülen: Zieh sauberes kaltes Wasser durch die Nadel auf, bis die Spritze vollständig gefüllt ist, und spritze es ins Waschbecken oder in die Toilette. Das Ganze noch einmal wiederholen.
 - Bleichen: Zieh Bleichmittel durch die Nadel in die Spritze auf, dass noch etwas Luft im Kolben bleibt. Schüttle die Spritze 2 Minuten lang, bevor du die Bleiche wieder herausdrückst. Das Ganze noch einmal wiederholen.
 - Spülen: Zieh sauberes kaltes Wasser durch die Nadel auf, bis die Spritze vollständig gefüllt ist, und spritze es ins Waschbecken oder in die Toilette. Das Ganze noch einmal wiederholen.
- Vorteile:**
- Das Bleichverfahren ist billig und schnell.
- Nachteile:**
- Je mehr sichtbare Blutreste in der Spritze sind, desto unsicherer ist das Verfahren. Spüle daher gründlich mit Wasser vor und vergiss nicht, die mit Bleichmittel gefüllte Spritze gut zu schütteln.

II.4

- Bleichmittel halten nur begrenzte Zeit. In Verbindung mit Sauerstoff verlieren sie nach drei bis vier Wochen ihre desinfizierende Wirkung.
- Bleichmittel ist nicht in allen europäischen Gefängnissen verfügbar und nicht in allen Ländern der EU als Desinfektionsmittel zugelassen – ein Hinweis darauf, dass diese Mittel nicht 100 %ig sicher sind.
- Manche Spritzentypen werden durch Bleichmittel beschädigt.

Noch sicherer ist das Verfahren, wenn man die Spritze nach dem Desinfizieren und Spülen in ihre Einzelteile zerlegt und diese eine Stunde lang in ein Bleichebad gibt.

Desinfektion mit Jod

Diese Methode ist weniger bekannt als das Desinfizieren mit Haushaltsbleiche. Geeignet hierfür sind konzentrierte Jodverbindungen (z. B. Betaisodona®-Lösung oder Braunol®), die als Desinfektionsmittel für chirurgische Instrumente zugelassen sind. Eine Literaturstudie des niederländischen Nationalen Instituts für Volksgesundheit und Umwelthygiene (RIVM) hat ergeben, dass keines der vorliegenden Forschungsergebnisse gegen die Verwendung von Jod zur Spritzenreinigung spricht. Die in der Schweiz an Inhaftierte ausgehändigten Verbandskästen enthalten auch Jod, das unter anderem zum Reinigen von Spritzen benutzt wird.

Material: 100 g Jodlösung (siehe oben), Tasse oder Schüssel

Dauer: ungefähr 6 Minuten

Verfahren: Zweimal Wasser, zweimal Jod, zweimal Wasser:

- Vorspülen: Zieh sauberes kaltes Wasser durch die Nadel auf, bis die Spritze vollständig gefüllt ist, und spritz es ins Waschbecken oder in die Toilette. Das Ganze einmal wiederholen.
- Zieh so viel Jodlösung durch die Nadel in die Spritze auf, dass noch etwas Luft im Kolben bleibt, und schüttle die Spritze 2 Minuten lang, bevor du die Jodlösung wieder herausspritzt. Das Ganze einmal wiederholen.

- Spülen: Zieh sauberes kaltes Wasser durch die Nadel auf, bis die Spritze vollständig gefüllt ist, und spritz es ins Waschbecken oder in die Toilette. Das Ganze einmal wiederholen.
- Vorteile:
- Das Verfahren ist relativ billig und schnell.
 - Die Qualität der Spritze wird durch die Jodlösung kaum beeinträchtigt.
- Nachteile:
- Je mehr sichtbare Blutreste in der Spritze sind, desto unsicherer ist das Verfahren, was Hepatitis-Viren angeht.
 - Wer allergisch ist gegen Jod oder Schilddrüsenbeschwerden hat, muss die Spritze nach dem Desinfizieren besonders gründlich ausspülen.
 - Gelangt Jod auf Haut und Kleidung, verursacht es gelbe Flecken.

Noch sicherer ist das Verfahren, wenn man die Spritze nach dem Desinfizieren und Spülen in ihre Einzelteile zerlegt und diese für eine Stunde in ein Jodbad gibt.

Desinfektion mit Alkohol

- Material: mindestens 70- bis 80 %iger medizinischer Alkohol (Ethanol, Isopropanol oder n-Propanol; für den Verzehr vorgesehener Alkohol ist nicht geeignet), Tasse oder Schüssel
- Dauer: etwa 6 Minuten
- Verfahren:
- Vorspülen: Zieh sauberes, kaltes Wasser durch die Nadel auf, bis die Spritze vollständig gefüllt ist, und spritz es ins Waschbecken oder in die Toilette. Das Ganze einmal wiederholen.
 - Zieh den Alkohol durch die Nadel in die Spritze auf und lass ihn mindestens 2 Minuten einwirken. Schüttele die Spritze gut durch, bevor du den Alkohol wieder herausdrückst. Das Ganze einmal wiederholen.
 - Spülen: Zieh sauberes kaltes Wasser durch die Nadel auf, bis die Spritze vollständig gefüllt ist, und spritz es ins Waschbecken oder in die Toilette. Das Ganze einmal wiederholen.

II.4

- Vorteile:
- Das Verfahren ist schnell.
 - Alkohol ist lange haltbar.
- Nachteile:
- Alkohol desinfiziert nicht immer 100 %ig.
 - Alkohol kann die Beschichtung der Spritzeninnenseite angreifen, sodass der Kolben nicht mehr gut gleitet.

Noch sicherer ist es, wenn man die Spritze nach dem Desinfizieren und Spülen noch einmal zerlegt und sie für eine Stunde in ein Alkoholbad gibt.

4.4 ZUBEHÖR¹⁸

Viele Drogenkonsument(inn)en glauben, sie seien sicher, solange sie keine Nadeln und Spritzen gemeinsam benutzen. Die für das Vorbereiten der Drogeninjektion und das Teilen der Droge verwendeten Utensilien (einschließlich Feuerzeuge, Messer usw.) werden dabei als mögliche Infektionsquellen meist übersehen. Für eine Infektion mit Hepatitis B und C reichen aber bereits 0,00004 Milliliter Blut aus – das sind weniger als ein Fünfhundertstel eines Tropfens. Wegen des hohen Hepatitisrisikos sollten alle in Haftanstalten Tätigen, die mit Drogengebraucher(inne)n zu tun haben, über die Einzelheiten des intravenösen Drogengebrauchs Bescheid wissen, um diese Gefangenen zu Verhaltensänderungen zu ermutigen. Bereits einfache Vorkehrungen können die Gefahr einer Infektion mit Krankheitserregern aller Art deutlich mindern, wie z. B. das Schaffen eines geschützten Raums oder das Händewaschen vor und nach dem Spritzen.

Injektionszubehör ist im Gefängnis allgemein knapp, da es bei Zellen-durchsuchungen beschlagnahmt wird. Meist werden Drogen von zwei oder mehr Häftlingen gemeinsam konsumiert. Die Gefahr, dass dabei – wissentlich oder unwissentlich – bereits von anderen benutztes und möglicherweise mit Bakterien oder Viren kontaminiertes Zubehör verwendet wird, ist deshalb groß. Bei in Haftanstalten durchgeführten Sa-

¹⁸ Nach „The Safer Injecting Briefing“ von www.exchangesupplies.org

fer-Use-Trainings hat sich gezeigt, dass den meisten Teilnehmer(inne)n dieser Infektionsweg nicht bewusst war und sie deshalb keinerlei Vorsichtsmaßnahmen getroffen hatten.

Hier das übliche Zubehör:

- Löffel oder anderer Behälter (zum Mischen der Droge mit Wasser usw.)
- Wasserbehälter und Wasser
- Alkoholtupfer
- Filter
- Unterlage für die Vorbereitung
- Säure
- Aderpresse/Staubbinde
- weitere Hilfsmittel wie Feuerzeuge, Messer usw.

Mitarbeiter/innen der Drogen- und der Aidshilfe sowie des Medizinischen Dienstes der Anstalt müssen mit den Drogengebraucher(inne)n alle Spritzutensilien thematisieren und ebenso den Kontext, in denen sie benutzt werden. In diesem Kapitel gehen wir deshalb detailliert auf die üblichen Utensilien ein und zeigen die von ihnen ausgehenden Infektionsrisiken sowie die Reinigungsmöglichkeiten auf.

Löffel

Häufig wird ein Löffel benutzt, um darin die Droge in Wasser aufzulösen. Unter Drogenkonsument(inn)en ist es üblich, Löffel auszuleihen. Kommt der Löffel mit einer Spritze in Kontakt, die zuvor jemand anders benutzt hat (z. B. beim Aufziehen der Droge vom Löffel), kann das bereits ausreichen, um z. B. Hepatitis-B-Viren zu übertragen. Für Drogengebraucher/innen empfiehlt es sich, ihre Löffel zu markieren und sie für andere unzugänglich aufzubewahren.

Vor dem Gebrauch sollten Löffel ausgekocht oder mit Bleiche gereinigt und gut abgespült werden (siehe Spritzenreinigung, S. 111). Das Gleiche gilt selbstverständlich für alle anderen Behälter, die für die Aufbereitung der Drogen benutzt werden, etwa der Boden leerer Getränkedosen und -flaschen.

Wasser und Wasserbehälter

Häufig wird Heroin mit Wasser aufbereitet – oft mit Wasser, das bereits benutzt wurde, um Spritzen und Nadeln von Blutresten flüchtig zu reinigen oder andere Verunreinigungen abzuspuhlen. Das Risiko einer Hepatitis- oder HIV-Übertragung besteht ebenso, wenn man die Droge aus einem gemeinsam benutzten Wasserbehälter hochzieht, der mit einem bereits von jemand anders benutzten Spritzbesteck in Kontakt gekommen ist. Bereits kleinste, mit bloßen Augen nicht sichtbare Blutreste können ausreichen, um Krankheitserreger zu übertragen. Am besten verwendet man steriles Wasser – sofern welches vorhanden ist. Es sollte nur für den eigenen Gebrauch sein und anschließend weggeschüttet werden. Einmal geöffnet, sollte man die Flasche nicht für die nächste Injektion aufbewahren: Wasser vermag Bakterien aus der Luft aufzunehmen, oder es könnte von jemand anders benutzt worden sein. Wasser direkt aus der Leitung ist besser als destilliertes oder abgefülltes Wasser aus der Flasche, das möglicherweise Bakterien ausgesetzt war, warm gelagert wurde und daher jede Menge Mikroorganismen enthalten könnte.

Wird ein gemeinsamer Wasserbehälter benutzt – z.B. zum Reinigen von Nadeln und Spritzen – und soll das Wasser desinfiziert werden, muss es fünfzehn Minuten lang gekocht werden, um Hepatitis-B- und -C-Viren unschädlich zu machen.

Filter

Sie werden benutzt, um nicht aufgelöste Bestandteile aus der Drogenlösung (z.B. Schmutzpartikel) herauszufiltern, damit sie beim Spritzen nicht in die Vene gelangen. Meist werden dazu kleine Stücke von (manchmal bereits benutzten) Zigarettenfiltern genommen, aber auch Baumwolle, Verbandsmaterial, Watte, Toilettenpapier, Tampons oder Papiertaschentücher. Durch diese provisorischen Filter wird das aufgelöste Heroin vom Löffel in die Spritze gezogen – das ist durchaus sinnvoll, da handelsübliches Heroin fast immer gestreckt ist, was hohe Risiken mit sich bringt. Wird kein Filter benutzt, kommt es sehr leicht zu Abszessen und Venenverletzungen oder zu einer bakteriell ausge-

lösten Endokarditis (Herzentzündung), die unbehandelt schnell lebensbedrohlich werden kann. Man nimmt an, dass Endokarditis bei Drogenkonsument(inn)en Frühinvalidität verursacht.

Untersuchungen niederländischer Institute haben ergeben, dass die an den provisorischen Filtern befindlichen Rückstände bis zu 0,0046 Gramm Heroin enthalten. Die meisten Drogenkonsument(inn)en wissen um diese Rückstände. Je knapper die Droge ist, desto sorgsamer wird sie verbraucht, weshalb manche die Filter aufheben, und zwar die eigenen wie auch von anderen benutzte Filter. Wenn sie kein Heroin mehr haben, kochen sie zehn oder mehr dieser Filter wieder im Löffel auf, um die in ihnen enthaltenen Heroinreste zu nutzen.

Risiken durch Filter:

- Werden bereits benutzte und zusammen aufbewahrte Filter irgendwann wieder gebraucht, können durch sie Krankheitserreger übertragen werden, vor allem dann, wenn sie noch feucht, z.B. in einer Dose, aufbewahrt werden. Feuchtigkeit ist nämlich der ideale Nährboden für Fäulnis, Pilze und Bakterien. So können innerhalb von sechs Stunden bis zu 8 Millionen Bakterien „wachsen“, die dann beim Gebrauch der Filter in die Venen, das Herz oder das Gewebe gelangen. Filter können ebenso Virusträger sein. Vor allem Hepatitis-Viren können in feuchtem Milieu für lange Zeit überleben. Wer also gebrauchte Filter „für schlechte Zeiten“ sammelt, sollte sie vor dem Aufbewahren erst einmal trocknen, um das Infektionsrisiko zu verringern. Auf die „sparsame Praktik“ sollte man jedoch möglichst verzichten – die damit verbundenen Risiken sind einfach zu groß.
- Filter können mit den Nadeln verschiedener Personen in Kontakt gekommen sein, wenn die Droge von mehr als einem/einer Drogengebraucher/in vom selben Löffel aufgezogen wird. Gegen Viren, Bakterien und Pilze können Filter nichts ausrichten!
- Vom Filter können lose Fasern mit in die Spritze aufgezogen werden, dann in die Vene gelangen und Kreislaufprobleme verursachen. Das passiert besonders leicht bei Filtern aus Watte oder Stoff.

Als provisorische Filter am wenigsten geeignet sind Toilettenpapier, Papiertaschentücher oder Tampons. Am besten eignen sich wahrscheinlich neue, saubere Zigarettenfilter, besonders solche, die man

für selbst gedrehte Zigaretten benutzt. Aber auch sie können Probleme verursachen, wenn man sie auseinanderbricht.

Im Handel gibt es verschiedene Arten von Infusionsfiltern. Einige von ihnen dienen speziell dazu, Bakterien herauszufiltern, die Hautinfektionen und Abszesse verursachen können. Bei allem Nutzen, den solche Filter haben können, sollte man aber auch sie mit Vorsicht verwenden. Sie können nämlich

- ein falsches Gefühl von Sicherheit erzeugen. Die Nutzer/innen glauben, dass alle Krankheitserreger herausgefiltert werden, was jedoch nicht stimmt: Gegen Viren, die sich in Blutzellen befinden, kann ein solcher Filter nichts ausrichten.
- erneut und/oder gemeinsam benutzt werden, genau wie provisorische Filter.
- so feinporig sein, dass den Nutzer(inne)n das Filtern entweder zu lange dauert oder zu effektiv ist, indem zu viel von der Droge aus der Lösung herausgefiltert wird.
- wegen geringer Porengröße unter Druck verstopfen oder platzen.

Seit 1997 ist ein von der Schweizer Compet AG entwickelter und zusammen mit der Firma Braun zur Serienreife gebrachter Filter im Handel, der alle Schmutzteilchen herausfiltert, die größer als 15 Mikron sind (1 Mikron = 1/1000 mm). Das Filtermaterial ist hart, das heißt, es kann sich nicht auflösen und in die Venen gelangen. Sein größter Vorteil ist jedoch, dass es für Heroin völlig durchlässig ist. Außerhalb der Haftanstalten sind die Filter in vielen Projekten (Konsumräume, Kontaktläden usw.) zu erhalten.

Alkoholtupfer

Alkoholtupfer nimmt man, um die Einstichstelle zu reinigen. Wer oft Drogen spritzt, geht meist ziemlich sorglos mit Tupfern um. Manchmal verwenden mehrere Personen ein und denselben Tupfer. Durch einen mit Blut verunreinigten Tupfer können Krankheitserreger in offene Wunden gelangen. Ob der im Tupfer enthaltene Alkohol ausreicht, um das absorbierte Blut zu desinfizieren, ist nicht gewiss – vor allem dann nicht, wenn die Vakuumverpackung lange vor Gebrauch des Tupfers geöffnet wurde und dieser austrocknen konnte. Hat sich der Alko-

hol verflüchtigt, hat der Tupfer keine desinfizierende Wirkung mehr, weshalb Alkoholtupfer immer nur von einer Person benutzt und die Einstichstelle in einem Zug gereinigt werden sollte.

Um Bakterien und Viren unschädlich zu machen, muss die Haut desinfiziert werden und das Desinfektionsmittel/der Alkohol 30 Sekunden einwirken – eine Zeitspanne, die sogar Pflegekräfte und Mediziner/innen oft unterschreiten.

Übrigens: Mit Alkoholtupfern gereinigte Löffel sind nur gereinigt, aber nicht desinfiziert. Aber selbst das ist besser als gar nichts!

Unterlagen

Unterlagen, auf denen die Drogen für die Injektion vorbereitet werden, können mit Blut verunreinigt sein oder mit Wasser, mit dem gebrauchte Spritzen gereinigt wurden. Am besten ist es, solche Flächen vor ihrem Gebrauch jedes Mal mit Bleiche oder einem anderen Reinigungsmittel zu säubern. Ist das in Haft nicht möglich, sollte die Injektion wenigstens auf einer wegwerfbaren Unterlage vorbereitet werden, etwa auf einem Papiertuch.

Säure

Säure wird benutzt, damit sich die eigentlich fürs Rauchen hergestellte Heroinbase leichter in eine Injektionslösung auflöst. Für das stärker raffinierte hypochloride Heroinsalz braucht man keine Säure, da es in Wasser leicht löslich ist, ebenso wenig für die Vorbereitung von Kokain-Hydrochlorid (Kokainsalz) – auch nicht in Form von Crack (basisches Kokain) – oder Amphetaminen für die Injektion.

Für die Vorbereitung von Heroin werden unterschiedliche Säuren wie beispielsweise Zitronensaft oder Essig verwendet. Essig ist zum Aufkochen völlig ungeeignet. Der Saft wiederum enthält winzige Fruchtfleischstückchen, die zu Arterienverschlüssen (Embolien) führen können, und er kann Pilze und Bakterien enthalten. So wurden z.B.

Pilzinfektionen, die zu Beschädigungen der Netzhaut (Candida Endophthalmitis) und so zu einer Beeinträchtigung der Sehkraft und zu Erblindung geführt haben, auf Zitronensaft zurückgeführt, desgleichen Herzklappenentzündungen.

Am sichersten sind Säuren in Pulverform wie Ascorbinsäure (Vitamin C) oder Zitronensäure. Davon sollte aber nur so viel wie unbedingt nötig verwendet werden, da diese Säuren auf Dauer die Venen (und auch das Gewebe) reizen und porös machen. Je saurer die Lösung ist, desto eher treten Reizungen auf. Ascorbinsäure ist wahrscheinlich weniger ätzend als Zitronensäure und daher besser geeignet.

Stauschlauch

Ein Stauschlauch zum Stauen der Venen sollte nur wenn unbedingt nötig benutzt werden. Besonders zu Beginn der „Drogenkarriere“ sind dicht unter der Haut liegende Venen auch ohne Stauschlauch noch leicht zu finden. Bleibt ein Stauschlauch zu lange angelegt, kann die Blutzufuhr zu dem betreffenden Körperteil vermindert werden. Wird er vor der Injektion nicht gelöst, kann das abgebundene Glied auch absterben (lokaler Gewebstod), falls der/die Betroffene wegen Überdosierung das Bewusstsein verliert.

Wird der Stauschlauch vor dem Spritzen nicht gelockert, muss die Lösung mit starkem Druck in die Vene gespritzt werden. Dabei kann ein Teil der Droge ins Gewebe gelangen, oder die Vene kann platzen. Um „Fehlschüsse“ zu vermeiden, sollte der Schlauch vor dem Spritzen abgenommen werden. Mit Blut verunreinigte Stauschläuche, die gemeinsam benutzt werden, bergen das Risiko einer Hepatitis-C-Infektion.

Es gibt verschiedene Techniken, um dicht unter der Haut liegende Venen zugänglich zu machen:

- Faust abwechselnd ballen und entspannen
- Arm heftig kreisen lassen
- mit Kraft durchgeführte Körperübungen aller Art
- Körperteil herunterhängen lassen
- Körperteil in möglichst warmem Wasser baden.

4.5 RICHTIG SPRITZEN

Die Umgebung, in der die Droge injiziert wird, kann die Übertragung von Krankheitserregern unter Umständen begünstigen. Die Infektionsgefahr ist geringer, wenn der Konsum in ruhiger, entspannter Atmosphäre ohne zeitlichen Druck erfolgen kann, wenn es genügend Licht und fließendes Wasser gibt und wenn ein steriles Spritzbesteck verfügbar ist – was im Gefängnis leider häufig nicht der Fall ist. Haftanstalten sollten dafür sorgen, dass zumindest ein Teil dieser Bedingungen erfüllt ist (in der Zelle oder in einem anderen Raum).

Erfolgt die Injektion im Beisein einer weiteren Person, ist die Gefahr, dass eine Überdosis unbemerkt bleibt, sehr viel geringer. Es steigt jedoch das Infektionsrisiko, wenn Spritzen und Zubehör gemeinsam benutzt werden.

Die folgenden Anweisungen gehen von den günstigsten Bedingungen aus, die in Gefängnissen in der Regel jedoch nicht gegeben sind. Daher werden, wo möglich, Alternativen aufgezeigt.

Vorbereitung der Injektion¹⁹

- Bevor du mit der Vorbereitung beginnst: Wasche dir gründlich die Hände über dem leeren Waschbecken.
- Reinige den Löffel (oder den Boden einer Dose) mit Wasser und Seife oder einem Alkoholtupfer.
- Benutze sauberes Wasser: Kaltes Leitungswasser ist sauberer als warmes Wasser, und fließendes Wasser ist sauberer als stehendes Wasser. Kaltes Leitungswasser hat meist die gleiche Qualität wie Wasser aus der Flasche (außer z.B. bei hohem Eisen- oder Nitratgehalt). Wasser aus der Flasche sollte keine Kohlensäure enthalten. Außerdem könnte es bereits benutzt worden sein.
- Mach dir einen neuen Filter aus sauberem Material (Zigarettenfilter usw.) und mit sauberen Händen. Am besten eignet sich ein Infusionsfilter.

¹⁹ Nach Anweisungen von L. Synn Stern

- Achte darauf, dass die Flüssigkeit in der Spritze transparent ist und keine Krümel oder Flöckchen enthält (andernfalls: noch einmal aufkochen, schütteln und/oder filtern). Schmutz in der Spritze kann „Shakes“ verursachen oder zu Abszessen, Embolien und Herzkrankheiten führen! Die Nadel verstopft nicht so schnell, wenn du zusätzlich ein wenig kaltes Wasser aufziehst. Achte darauf, dass sich keine Luftblasen in der Spritze befinden.
- Wenn du Heroinbase spritzt, nimm Ascorbinsäure (Vitamin C) anstelle von Zitronensaft.

Durchführung der Injektion²⁰

- Nimm eine neue Spritze, um Infektionen (Hepatitis B und C, HIV, Bakterien) und Blutergüsse (durch defekte Nadeln) zu vermeiden.
- Such dir eine neue Einstichstelle. So kommt es weniger oft zu Narben, Blutergüssen, Abszessen, Schwellungen, verödeten Venen und Kreislaufproblemen.
- Such dir die dickste Vene und nimm jedes Mal eine andere. Wenn das nicht möglich ist, such eine Stelle, die mindestens zweieinhalb Zentimeter vom letzten Einstich entfernt ist.
- Reinige die Einstichstelle mit einem Alkoholtupfer und warte, bis sich der Alkohol verflüchtigt hat. So kann der Alkohol seine Wirkung entfalten.
- Mit einem Stauschlauch kannst du die Venen stauen. Nimm dafür ein elastisches Band, das sich leicht wieder lösen lässt, z.B. ein Gummiband oder einen Strumpf. Wenn du in den Arm spritzt, lass ihn erst eine Weile herunterhängen, damit er sich mit Blut füllt, bevor du ihn staust. Stau den Arm nicht zu fest oder zu lange!
- Falls du keine Vene findest, löse das Band, mach ein paar Körperübungen und stau den betreffenden Körperteil erneut. Achte darauf, dass du den Stauschlauch vor dem Herausziehen der Nadel lösen kannst. Halte z.B. ein Ende des Bandes mit dem Mund fest. Wirst du zu sehr „stoned“, öffnet sich dein Mund, und das Band löst sich von selbst.
- Vergiss nicht, die Luft aus der Spritze herauszudrücken. Halte die Spritze senkrecht, klopfe bei Bedarf Luftblasen heraus und drücke den Kolben vorsichtig hinein, bis keine Luft mehr in der Spritze ist.

²⁰ Nach Anweisungen von L. Sydn Stern

- Sicherer ist, den Stauschlauch zu lösen, bevor du den Kolben drückst. Andernfalls kann der gestaute Körperteil absterben, falls du eine Überdosis erwischst und bewusstlos wirst. Wenn du aber Venen hast, die beim Lösen des Stauschlauchs „zurückspringen“, kannst du das nicht machen. Darum ist es auf jeden Fall besser, wenn bei der Injektion jemand in der Nähe ist.
- Führe die Nadel in einem Winkel von 15 bis 30 Grad in Richtung Herz ein, sonst schädigst du die Venenklappen. Der Schliff der Nadel (dort befindet sich die Öffnung) muss dabei nach oben zeigen, damit die Nadel glatt in die Vene geht.
- „Rollvenen“ musst du mit einem Finger oder mit der Handkante fixieren, sonst stichst du ins Gewebe. Die Nadel setzt man in diesem Fall zwischen Stauschlauch und Finger, der auf die Vene drückt.
- Wird beim Zurückziehen des Kolbens rotes Blut sichtbar, hast du eine Vene getroffen. Ist das Blut hell (rosa) und schaumig und drückt in die Spritze oder daran vorbei, hast du eine Arterie getroffen. In diesem Fall musst du den Stauschlauch sofort lösen und die Nadel herausziehen. Drücke (mindestens 5 Min. lang) einen Verband auf die Einstichstelle, bis die Blutung aufgehört hat. Eine getroffene Arterie kann schlimme Folgen haben, deswegen ist ärztliche Hilfe ratsam.
- Ist die Nadel in der Vene, dann drück den Kolben langsam und vorsichtig in die Spritze. Prüfe dabei durch Anziehen des Kolbens, ob du immer noch in der Vene bist. Bei Kokain fällt es nicht auf, wenn du daneben gestochen hast. Rutscht die Nadel beim Spritzen aus der Vene heraus, musst du den Stauschlauch lösen und eine andere Stelle suchen.
- Wenn du fertig bist, löse den Stauschlauch und zieh die Nadel heraus. Drücke mit einem sauberen Zellstofftuch oder Alkoholtupfer für einige Minuten auf die Einstichstelle (am besten mit hochgehaltenem Arm bzw. Bein), um Blutungen unter der Haut zu vermeiden.
- Hast du neben eine Vene gestochen oder treten unter der Haut Blutungen auf, trägst du am besten Heparinsalbe oder Salzwasser auf und legst darüber einen Druckverband an, damit sich kein Abszess bildet.
- Entsorge Spritze, Nadel und Tupfer nach dem Gebrauch am besten in einem festen Behälter oder tausche die Spritze gegen eine neue ein (bei einem Spritzenvergabe-Projekt oder über einen Spritzenautomaten).

4.6 ALTERNATIVEN ZUM SPRITZEN

Heroin kann nicht nur gespritzt, sondern auch geraucht oder gesniefen werden. Die meisten Heroingebräucher/innen drücken jedoch, vor allem wegen der hohen Preise für den Stoff und dessen schlechter Qualität. Auf jeden Fall sind Rauchen und Sniefen die sichereren Alternativen zum Drücken.

Heroin sniefen (schnupfen)

So wird's gemacht:

- Rolle ein Röhrchen aus festem Papier oder nimm einen Strohhalm.
- Zerkleinere das Heroin zu feinem Pulver (z. B. mit einer Rasierklinge auf einem Spiegel).
- Lege das Pulver auf einer Unterlage in eine Reihe („Line“).
- Schnupfe das Pulver durch das Röhrchen in die Nase.

Vorteile:

- Das erforderliche Material ist billig und leicht erhältlich.
- Überdosierungen sind hier selten, da das Heroin nur langsam in den Blutkreislauf gelangt.
- Die Venen werden geschont.

Nachteile:

- Häufiges Sniefen kann schmerzhaftes Entzündungen der Nasenschleimhaut und Perforationen im Nasenbein verursachen.

Durch gemeinsam benutzte Röhrchen beim Rauchen oder Sniefen können Hepatitis-Viren übertragen werden. Deshalb gilt: Immer nur eigene Röhrchen benutzen, Röhrchen nicht weitergeben!

Heroin „chinesen“ (von Folie rauchen)

Am effektivsten ist das „Chinesen“ mit Heroin, das mit Koffein gestreckt wurde.

So wird's gemacht:

- Gib ein wenig Heroin auf ein Stück Aluminiumfolie.
- Erhitze die Alufolie vorsichtig von unten mit einem Feuerzeug. Das Heroin gerinnt dabei zu einer öligen Flüssigkeit und geht in Rauch über.
- Inhaliere den Rauch über ein Röhrchen (gerolltes Papier oder Strohhalm) durch den Mund.

Vorteile:

- Das erforderliche Material ist billig und leicht erhältlich.
- Überdosierungen sind kaum möglich.
- Die Venen werden geschont.
- Es besteht kein HIV/HCV-Risiko.

Nachteile:

- Das Heroin muss von relativ hoher Qualität sein.
- Die Methode bedarf einiger Übung, damit der Stoff nicht „verpufft“.
- Manche Beimengungen im Heroin können Reizungen der Atemwege verursachen. Komplikationen gibt es vor allem dann, wenn Bronchien oder Lunge schon geschädigt sind, etwa bei Bronchialasthma.

Durch gemeinsam benutzte Röhrchen beim Rauchen oder Sniefen können Hepatitis-Viren übertragen werden. Deshalb gilt: Immer nur eigene Röhrchen benutzen, Röhrchen nicht weitergeben!



II.4

Geh auf Nummer sicher – Safer Sex und Safer Use

Safer Sex und Safer Use sind unverzichtbar zur Vermeidung von Infektionen mit HIV oder anderen Viren. Wie gut weißt du eigentlich über den Kondomgebrauch und das Reinigen von Spritzen Bescheid? Wie hoch ist das Infektionsrisiko, wenn man sich an einer Spritze verletzt? Teste dein Wissen mit diesem Quiz!

1. Das Reinigen von Spritzen mit Bleichmittel oder Jod ist 100 %ig sicher.

- A richtig
- B falsch

2. Wer Angst hat, dass das Kondom platzt, sollte sicherheitshalber zwei Kondome übereinander streifen.

- A richtig
- B falsch

3. Mehr als zwei Jahre altes Bleichmittel ist nicht mehr zum Reinigen von Spritzen geeignet.

- A richtig
- B falsch

4. Beim Reinigen von Spritzen mit Bleichmittel muss dieses einmal in die Spritze aufgezogen, geschüttelt und dann herausgespritzt werden.

- A richtig
- B falsch

5. Wer sich an einer benutzten Nadel verletzt, muss die Wunde sofort aussaugen.

- (A) richtig
- (B) falsch

6. Beim Auskochen von Spritzen kommt es eigentlich nur auf die Nadel an.

- (A) richtig
- (B) falsch

7. Das Kondom muss erst kurz vor dem Samenerguss übergestreift werden.

- (A) richtig
- (B) falsch

8. Beim Auskochen müssen Spritzen mindestens 15 Minuten lang in sprudelnd kochendem Wasser liegen.

- (A) richtig
- (B) falsch

9. Wird ein Kondom benutzt, muss der Penis nach dem Samenerguss sofort zusammen mit dem Kondom herausgezogen werden.

- (A) richtig
- (B) falsch

10. Für den Analverkehr gibt es extra starke Kondome.

- (A) richtig
- (B) falsch



Ergebnis

Addiere die Punkte, die hinter deinen Antworten stehen.

- | | | |
|-----|-----|-----|
| 1. | A 0 | B 1 |
| 2. | A 0 | B 1 |
| 3. | A 1 | B 0 |
| 4. | A 0 | B 1 |
| 5. | A 0 | B 1 |
| 6. | A 0 | B 1 |
| 7. | A 0 | B 1 |
| 8. | A 1 | B 0 |
| 9. | A 1 | B 0 |
| 10. | A 1 | B 0 |

0–5 Punkte: Deine Kenntnisse sind mangelhaft.

6–8 Punkte: Du weißt einigermaßen gut Bescheid, das reicht aber nicht aus.

9–10 Punkte: Du bist gut informiert.

**11.5**

Die richtigen Antworten zu unserem Quiz

1. Das Reinigen von Spritzen mit Bleichmittel oder Jod ist 100 %ig sicher.
B = falsch. Wie das Auskochen ist auch das Reinigen mit Bleichmittel oder Jod nicht vollkommen sicher. Vollkommen sicher sind nur neue, steril verpackte Spritzen.
2. Wer Angst hat, dass das Kondom platzt, sollte sicherheitshalber zwei Kondome übereinander streifen.
B = falsch. Zwei Kondome übereinander scheuern sich gegenseitig und können dadurch leicht reißen.
3. Mehr als zwei Jahre altes Bleichmittel ist nicht mehr zum Reinigen von Spritzen geeignet.
A = richtig. Um richtig wirken zu können, muss die Konzentration des Bleichmittels mindestens 5 % betragen, was bei einem über zwei Jahre alten Bleichmittel nicht mehr der Fall ist.
4. Beim Reinigen von Spritzen mit Bleichmittel muss dieses einmal in die Spritze aufgezogen, geschüttelt und dann herausgespritzt werden.
B = falsch. Das Bleichmittel muss zweimal in die Spritze aufgezogen, geschüttelt und dann herausgespritzt werden. Beide Male muss man die Spritze etwa 2 Minuten lang schütteln.
5. Wer sich an einer benutzten Nadel verletzt, muss die Wunde sofort aussaugen.
B = falsch. Die Wunde nicht aussaugen, sondern gut ausbluten lassen. Danach spült man sie mit viel Wasser aus und desinfiziert sie mit einer 70 %igen Alkohollösung. Nach einer solchen Verletzung (oder wenn Blut, Sperma oder Scheidenflüssigkeit in eine Wunde gelangt ist) ist ein Arztbesuch ratsam. Eine Impfung kann 6 Stunden nach dem Risiko-kontakt noch eine Hepatitis-B-Infektion verhindern. Die Gefahr einer HIV-Infektion durch Nadelstichverletzungen ist äußerst gering. Man sollte den Arzt/die Ärztin fragen, ob ein HIV-Test oder eine Behandlung (HIV-PEP) erforderlich ist.





II.4

6. Beim Auskochen von Spritzen kommt es eigentlich nur auf die Nadel an.
B = falsch. Blutreste können sich ebenso in der Spritze befinden. Deshalb Nadel und Spritze zuerst mit kaltem Wasser ausspülen. Dann Nadel, Spritze und Kolben auseinander nehmen und alle Teile 15 Minuten in sprudelnd kochendem Wasser desinfizieren.
7. Das Kondom braucht man erst kurz vor dem Samenerguss überzustreifen.
B = falsch. Das Kondom muss bereits vor dem ersten Eindringen übergestreift werden, weil auch der so genannte Lusttropfen HIV (und ebenso andere Krankheitserreger) enthalten kann.
8. Beim Auskochen müssen Spritzen mindestens 15 Minuten lang in sprudelnd kochendem Wasser liegen.
A = richtig
9. Wird ein Kondom benutzt, muss der Penis nach dem Samenerguss sofort zusammen mit dem Kondom herausgezogen werden.
A = richtig. Wird der Penis schlaff, kann das Kondom abrutschen. Beim Herausziehen des Penis hält man das Kondom am Gummiring fest. Das benutzte Kondom wird zugeknotet entsorgt (nicht in die Toilette werfen!).
10. Für den Analverkehr gibt es extra starke Kondome.
A = richtig. Man kann aber auch ein normales Kondom verwenden. Wichtig ist nur, dass zusätzlich reichlich wasserlösliches Gleitmittel benutzt wird. Öl- oder fetthaltige Gleitmittel greifen das Kondom an und machen es porös.

5. DROGEN: WIRKUNGEN, KONSUMFORMEN, RISIKEN²¹

Sobald wir über Heroin, Kokain, Cannabis, XTC (Ecstasy) oder Crystal Meth sprechen, laufen wir Gefahr, eine Grundsatzdebatte auszulösen. Aber es stellen sich auch viele Fragen, denn nur wenige kennen sich genau mit Drogen aus. Die Halbwahrheiten und Mythen, die sich um sie ranken, machen sie für die einen beängstigend, für die anderen umso anziehender. Drogengebraucher/innen genießen das Gefühl, das die Droge hervorruft. Sie werden niemals ihre ersten Drogenexperimente vergessen, die ihnen einen Rausch verschafften oder sie im fünften Gang ins Paradies katapultierten. Ihre Eltern erinnern sich hingegen lieber an den ersten Zahn der Tochter/des Sohnes und an die Zeit, als sie/er noch nicht drogenabhängig, sondern wild auf Barbie oder Lego war.

Wenn Drogen so gefährlich und verwerflich sind – warum werden sie dann genommen? Keine/r geht gerne das Risiko einer Überdosis ein oder ist gerne süchtig. Nur wenige nehmen illegale Drogen, um auf diese Weise gegen das Drogenverbot zu protestieren. Wer sich den ersten Druck setzt oder die erste „Line“ schnupft, tut dies nicht etwa deshalb, weil er oder sie lebensmüde ist, sondern aus Neugier, Langeweile und/oder weil er/sie zu einer Clique gehören möchte. Drogen werden vor allem deshalb genommen, weil mit ihnen positive Erfahrungen gemacht werden – ein Aspekt, der oft übersehen wird.

Im nun folgenden Kapitel gehen wir auf verschiedene Drogen ein und beschreiben kurz, wie sie aussehen, woher sie kommen, wie sie konsumiert werden und wie sie wirken. Um die gesundheitlichen Risiken des Drogengebrauchs und um verschiedene Konsumformen geht es dann in den beiden anschließenden Kapiteln.

²¹ nach Mainline 1997

5.1 WIRKUNGEN

Drogen wirken auf das zentrale Nervensystem auf je unterschiedliche Weise. Die sogenannten Uppers wie Kokain und Speed haben stimulierende Wirkung. Sie erzeugen das Gefühl, jede Menge Energie zu haben, und machen gesprächiger und ungezwungener. Heroin, Alkohol und Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel) betäuben eher und werden daher auch „Downers“ genannt. Halluzinogene wie LSD und Rauschpilze verändern das Bewusstsein: Unter ihrem Einfluss kann die Welt plötzlich völlig anders aussehen.

Die Grenzen zwischen stimulierenden, beruhigenden/betäubenden, bewusstsverändernden oder halluzinogenen Substanzen sind nicht immer klar definiert. Die meisten Drogen wirken auf zweifache Weise: Ecstasy z.B. stimuliert und verändert zugleich das Bewusstsein. Je nach Situation und gebrauchter Menge kann Cannabis sowohl halluzinogen als auch beruhigend wirken. Und während die ersten Gläser Alkohol stimulieren, kann bei fortgesetztem Konsum die betäubende Wirkung die Oberhand gewinnen. Wie Drogen wirken, wird unterschiedlich wahrgenommen, abhängig vom Gebrauchsmuster und davon, ob man sie experimentell, zur Entspannung, gewohnheitsmäßig, umständehalber oder als Abhängige/r konsumiert.

Wichtig ist, sich dessen bewusst zu sein, dass die Wirkung einer bestimmten Droge von mehreren Faktoren abhängt. Hierzu gehören

- Art der Droge
- Dauer des Gebrauchs
- Erfahrungen und Toleranz der Gebraucher/innen
- Gesundheitszustand der Gebraucher/innen
- Geschlecht, Alter und körperliche Konstitution
- gleichzeitiger Gebrauch anderer Drogen
- Reinheit und Qualität der Droge
- Einnahmeform
- eingenommene Menge
- psychische Verfassung und an den Konsum geknüpfte Erwartungen
- Umgebung und Situation, in der die Droge genommen wird (in Hektik im Gefängnis oder entspannt zu Hause, allein oder in Gesellschaft)

Statt nach ihrer Wirkung kann man Drogen auch nach ihrer Herkunft einteilen. Crystal Meth, LSD, Ecstasy und Benzodiazepine sind synthetische oder halbsynthetische Stoffe, die im Labor hergestellt werden. Haschisch, Kokain, Rauschpilze und die sogenannten Opiate sind natürlichen Ursprungs. Aus der Cannabis-Pflanze wird beispielsweise Haschisch und Marihuana gewonnen, aus dem Kokastrauch Kokain und aus Mohn Opium, der Rohstoff für Morphin, Methadon und Heroin.

Das Problem mit Urinkontrollen

Die meisten Drogen hinterlassen Spuren im Urin, die bei Urinkontrollen festgestellt werden können. Solche Untersuchungen sind aber nicht immer zuverlässig. Mitunter können positive wie auch negative Befunde falsch sein. So kann z.B. eine Urinkontrolle nach dem Verzehr mohnhaltiger Lebensmittel (z.B. eines Mohnbrötchens) dazu führen, dass man fälschlicherweise des Opiatkonsums beschuldigt wird.

Haschisch und Marihuana (Cannabis)

Haschisch und Marihuana werden aus der Hanfsorte Cannabis Sativa gewonnen. Die Blütenspitzen der weiblichen Pflanzen enthalten die Grundstoffe für Marihuana, und Haschisch wird aus dem Harz der Cannabis-Pflanze gewonnen. Nach Tabak und Alkohol ist Cannabis die am weitesten verbreitete Droge der Welt. Marihuana ist grünbraun, Haschisch hellbraun bis schwarz. Cannabis hat einen unverkennbaren Geruch.

Wie wird Cannabis konsumiert?

Haschisch und Marihuana werden entweder in Zigarettenform („Joint“) oder in speziellen Pfeifen („Chillum“ oder Wasserpfeife/„Bong“) geraucht. Für einen Joint wird Haschisch oder Marihuana auf Zigaretten- tabak gekrümelt und in Papier aufgerollt; den Joint raucht man wie eine normale Zigarette. Die Kombination mit Tabak ist übrigens etwas unlogisch, da Tabak die Wirkung von Cannabis abschwächt: Tabak verengt die Blutgefäße, Cannabis dagegen erweitert sie (und das Bewusst-

sein). Pur geraucht, also ohne Tabak, wirken Haschisch und Marihuana daher viel stärker.

Zuweilen wird Cannabis in Gebäck verarbeitet und als „Space Cake“ gegessen. Da die Wirkung dabei erst nach einer Stunde eintritt, besteht die Gefahr einer zu hohen Dosis (siehe „Ausflippen“ weiter unten).

Wie wirkt Cannabis?

Haschisch und Marihuana machen „high“ oder „stoned“. Das Wort „stoned“ bezieht sich darauf, dass sich Arme und Beine nach Cannabis-Konsum schwer wie Stein anfühlen. Verantwortlich für das Erschlaffen der Muskeln ist der Wirkstoff Tetrahydro-Cannabinol (THC). THC bewirkt aber mehr: Es verstärkt die Stimmung, in der man sich gerade befindet (auch schlechte Laune!), verringert das Konzentrations- und Reaktionsvermögen und beeinflusst Sinneswahrnehmungen; Farben und Musik können sehr intensiv empfunden werden. Anfänger/innen bekommen manchmal Lachkrämpfe, während andere (auch erfahrene Gebraucher/innen) von Heißhunger überfallen werden.

„Ausflippen“

Bei zu hoher Dosis kann es zu Angst- und Panikanfällen kommen. Eine Überdosis Haschisch kann auch Schwindel, Übelkeit und Ohnmachtsanfälle auslösen. In Verbindung mit Speed (siehe weiter unten) kann sich mitunter Paranoia (Verfolgungswahn) einstellen. Dann hilft nur zu warten, bis die Angst sich legt, und zu versuchen, die/den Betroffene/n zu beruhigen.

Alkohol und Cannabis

Haschisch zu rauchen und gleichzeitig Alkohol zu trinken, bringt nichts, denn Alkohol schwächt die Wirkung von Cannabis ab.

Wie macht sich Cannabis-Konsum bemerkbar? Cannabiskonsument(inn)en wirken auf Außenstehende in der Regel matt und träge. Nur selten führt Cannabis zu aggressivem Verhalten. Viel häufiger hat es genau die gegenteilige Wirkung: Die Konsument(inn)en sitzen friedlich zusammen und unterhalten sich. In manchen Kulturen werden die Extrakte von Cannabis Sativa seit vielen Jahrhunderten als Schmerz- und Heilmittel verwendet, unter anderem bei Erschöpfung, Asthma,

Hustenanfällen, Rheuma, Migräne, Krämpfen und anderen Beschwerden. US-Präsident John F. Kennedy rauchte regelmäßig einen Joint, um seine chronischen Rückenschmerzen zu lindern. Königin Victoria von England benutzte Marihuana-Samen bei Menstruationsbeschwerden.

Tabak

Tabak wird als Zigarette („Fluppe“ oder „Kippe“) oder in der Pfeife geraucht, aber auch gesnieft oder gekaut. Tabakrauch kann auch passiv aufgenommen werden; er enthält etwa 4.000 verschiedene chemische Stoffe, einschließlich Teer, Nikotin, Kohlenmonoxid, Azeton, Ammoniak und Blausäure. Nikotin als Reinsubstanz ist ein Gift. Eine kleine Menge Nikotin zu schlucken kann für Erwachsene tödlich sein.

Wie wirkt Tabak?

Tabak ist ein anregendes Genussmittel, das den Blutfluss zu den Extremitäten behindert (kalte Fingerspitzen) und den Blutdruck ansteigen lässt. Zunächst stimuliert Tabak die Aktivitäten von Gehirn und zentralem Nervensystem, um sie dann zu reduzieren. Für erfahrene Raucher/innen hat Tabak vielfältige Wirkungen, die wiederum davon abhängen, weshalb geraucht wird und in welcher Umgebung dies geschieht. Unerfahrene Raucher/innen indes verspüren „Trunkenheit“, Rausch und Übelkeit und bekommen tränende Augen. In den meisten Ländern verfügt die Mehrheit der Bevölkerung zumindest über einige Erfahrung im Umgang mit Tabak. Einige hören auf, andere rauchen weiter, und der Prozentsatz der regelmäßig Rauchenden liegt je nach Altersgruppe, sozialem Niveau, Bildung und Geschlecht zwischen 40 und 60 Prozent.

Alkohol

Alkohol entsteht bei der Gärung von Getreide oder Fruchtzucker (z.B. in Trauben) und wird verarbeitet zu Bier (ca. 5 % Alkohol), Wein (ca. 11 % Alkohol) und Spirituosen (ca. 35 % Alkohol). Sherry und Portwein haben zwar einen höheren Alkoholgehalt als die anderen Weine (ca. 20 %), werden aber diesen zugerechnet.

Wie wirkt Alkohol?

Ein oder zwei Gläser Alkohol machen locker, fröhlich und wach. Je mehr man trinkt, umso unbekümmerter wird man. Zugleich schleichen sich immer mehr Fehler bei alltäglichen Routinehandlungen ein, z.B. beim Autofahren. Später kann die Stimmung in Depressivität oder Aggressivität umschlagen. Alkohol hat außerdem betäubende und schmerzlindernde Wirkung; oft werden Verletzungen oder deren Ausmaß erst später bemerkt.

Mit zunehmender Alkoholmenge tritt die betäubende Wirkung immer mehr in den Vordergrund. Es kommt zu Gleichgewichts-, Koordinations- und Sprachstörungen: Man schwankt, fällt häufiger hin, greift daneben, lallt usw., und die Leistungsfähigkeit ist stark eingeschränkt. Wer weitertrinkt, wird schläfrig und wirr und fällt bei fortgesetztem Konsum in die Bewusstlosigkeit oder ins Koma.

Kokain, Basecoke/Freebase und Crack

Kokain wird aus dem Kokastrauch gewonnen, der in Südamerika in den Anden wächst. Schon die Inkas haben die Blätter des Strauchs als Mittel gegen Müdigkeit und Höhenkrankheit gekaut. Kokain entsteht nach chemischer Bearbeitung der Kokablätter. Das weiße kristallartige Pulver kann zu Basecoke und Crack weiterverarbeitet werden. Crack ist mit Backpulver verschnittenes aufgekochtes Kokain. Basecoke ist reines aufgekochtes Kokain.

Wie wird Kokain konsumiert?

Reines Kokain wird in der Regel geschnupft, kann aber auch gespritzt werden. Beim Schnupfen (Sniefen) wird das Kokain in eine Reihe („Line“) gelegt und durch ein Röhrchen in die Nase hochgezogen. Crack und Basecoke werden entweder durch „Chinesen“ (Droge auf ein Stück Alufolie legen, erhitzen und den Dampf durch ein Röhrchen inhalieren; auch „Chasing the dragon“ oder „den Drachen jagen“ genannt) oder „Basen“ (mit einer Crack-Pfeife oder Wasserpfeife rauchen) aufgenommen. Rauchen hat den Vorteil, dass der Wirkstoff mit ein paar Zügen inhaliert wird. Die Wasserpfeife dämpft dabei die Hitze des verdampften Stoffes. Der „Flash“ (eine „Lustwelle“, die den ganzen Körper

schlagartig durchströmt) ist beim „Drachenjagen“ weniger heftig als beim „Basen“.

Wie wirkt Kokain?

Geschnupftes Kokain wirkt innerhalb weniger Minuten. Die Wirkung hält etwa eine halbe Stunde an. Kokain gibt Energie und verschafft einen „klaren Kopf“, macht redselig und stimuliert das Lustempfinden, unterdrückt Hunger und Müdigkeit. Unter Kokain bewegt man sich schneller und diskutiert heftiger als im nüchternen Zustand. Kokain an sich macht zwar nicht aggressiv, verstärkt aber vorhandene Aggressionen.

Crack und Basecoke wirken viel explosiver als Kokain, der „Flash“ dauert aber nur ein paar Minuten.

Heroin und Methadon

Heroin und Methadon zählen zu den Opiaten. Diese Stoffe werden aus dem Klatschmohn gewonnen. Rohopium, das schwächste Mittel unter den Opiaten, erhält man durch Trocknen des milchigen Safts, der beim Anschneiden der nicht ausgereiften Samenkapsel des Mohns ausfließt. Rohopium wird seit Jahrhunderten als Droge gebraucht. Aus Rohopium lässt sich Morphin gewinnen. Heroin ist das stärkste Opiat und entsteht nach chemischer Bearbeitung des Morphiums. Reines Heroin ist in der Drogenszene nicht erhältlich, hier variiert der Wirkstoffgehalt sehr stark. Das grobkörnige weiße Pulver oder die gelbbraunen Bröckchen werden mit Koffein, Paracetamol oder Zucker verschnitten.

Wie wirken Opiate?

Alle Opiate wirken stark betäubend, ganz besonders das Heroin. Gefühle und Empfindungen wie Schmerz, Kummer, Angst, Hunger und Kälte werden abgeschwächt oder ganz unterdrückt. Opiatgebraucher/-innen werden träge und schläfrig, sind kaum ansprechbar und unaufmerksam. Heroin und Methadon an sich lösen keine Aggressionen aus. Unter Entzugerscheinungen können Opiatabhängige allerdings gereizt reagieren.

Heroin

Heroin wurde 1898 auf den Markt gebracht und unter anderem als Medikament gegen Morphiumsucht (!) eingesetzt. Erst als man erkannte, dass Heroin viel süchtiger macht als Morphin, wurde es in den meisten Ländern nach und nach als Medikament aus dem Verkehr gezogen. Heroin löst einen kurzen euphorischen „Flash“ aus, gefolgt von einem Gefühl der Gleichgültigkeit: Die Außenwelt scheint nicht mehr zu existieren. Im Schnitt hält die Wirkung drei bis fünf Stunden an.

Wie wird Heroin eingenommen?

Heroin kann man von Folie inhalieren („chinesen“), spritzen, schnupfen oder rauchen. Das „Chinesen“ wird in vielen Ländern immer beliebter: Die Droge wird auf ein Stück Alufolie gelegt und erhitzt, der Dampf wird durch ein Röhrchen inhaliert und gelangt unmittelbar in die Lungen.

Methadon

Methadon ist ein synthetisches Opiat, das vor dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland erfunden wurde. Es hat wie Heroin eine stark betäubende und schmerzlindernde Wirkung, die aber sehr viel länger anhält (zwischen 12 und 24 Stunden). Wer Methadon nimmt, kann daher längere Zeit ohne Entzugserscheinungen durchhalten, was einen normalen Tages- und Nachtrhythmus ermöglicht.

Methadon eignet sich optimal als Ersatzstoff für Heroinabhängige, die aus dem Heroinkonsum aussteigen wollen. Trotzdem ist Methadon kein Allheilmittel: Es macht genauso süchtig wie Heroin. Viele Gebrauchter/innen empfinden die Methadonabhängigkeit sogar als stärker als die Heroinsucht.

Wie wird Methadon eingenommen?

Methadon wird in der Regel oral eingenommen. Obwohl es auch injizierbares Methadon gibt, wird das Mittel zumeist als Pille oder in flüssiger Form verabreicht.

Halluzinogene

Halluzinogene sind natürliche oder chemisch hergestellte Stoffe, die einen starken Einfluss auf die Gefühle, das Bewusstsein und die Wahrnehmungsfähigkeit haben. Die Kombination von Halluzinogenen mit anderen Drogen oder Alkohol zieht unvorhersehbare Wirkungen nach sich und ist daher äußerst gefährlich.

LSD

Am 16. April 1943 sah sich der Schweizer Chemiker Albert Hofmann unverhofft gezwungen, früher als geplant mit seiner Arbeit im Labor aufzuhören. Nach eigener Aussage befahl ihn „plötzlich eine heftige Unruhe und ein leichtes Schwindelgefühl“. Der Grund: Hofmann hatte mehr oder weniger zufällig von seiner eigenen Erfindung, dem LSD, genascht. LSD (Lysergsäurediäthylamid) ist ein halbsynthetischer Stoff, der von einem natürlichen Pilz abgeleitet ist. LSD ist geruchs-, farb- und geschmacklos.

Wie wird LSD konsumiert?

LSD wird in der Regel als „Paper-Trip“ gehandelt, das ist ein Stück essbares Papier (etwa 0,5 cm groß), auf das winzige Mengen LSD geträufelt wurden. Normalerweise enthält ein solcher Trip lediglich 50 bis 100 Mikrogramm LSD (ein Mikrogramm ist ein Tausendstel Milligramm).

Wie wirkt LSD?

Die Wirkung von LSD setzt ungefähr 30 bis 60 Minuten nach der Einnahme ein. Sie versetzt die Konsument(inn)en in eine völlig eigene Welt, in der Gegenstände spontan ihre Form ändern, Musik sichtbar wird und Farben plötzlich duften. Räume erscheinen so groß wie Ballsäle, wer sitzt, glaubt zu stehen, und wer steht, glaubt zu fliegen. Dieser „Trip“ verläuft wellenförmig und erreicht zwei bis sechs Stunden nach der Einnahme seinen Höhepunkt. Nach 12 bis 24 Stunden lässt die LSD-Wirkung nach.

Noch Monate oder gar Jahre nach einem Trip kann ein „Flashback“ auftreten. Dabei erlebt man erneut einen Teil des Trips, obwohl man gar

kein LSD genommen hat. Ein Flashback kann nach ein paar Minuten wieder vorüber sein oder mehrere Stunden andauern.

Wie macht sich der Konsum bemerkbar?

LSD-Konsument(inn)en scheinen den Kontakt mit der Umgebung zu verlieren. Mitunter kommt es zu Angstpsychosen, begleitet von heftigen Schweißausbrüchen und Todesangst („bad trip“, schlechter Trip). LSD-Gebraucher/innen werden nicht aggressiv, eher freundlich und nett.

Rauschpilze

Rauschpilze sind die ältesten bekannten Halluzinogene. Sie werden seit jeher von den Ureinwohner(inne)n Mittel- und Südamerikas genommen, um mit den Göttern in Kontakt zu treten. Diese „magische“ Wirkung verdanken die Pilze dem Wirkstoff Psilocybin, der in mehr als zwanzig Pilzarten vorkommt. Die bekanntesten sind der mexikanische, balinesische oder hawaiianische Psilocybin-Pilz und der in unseren Breiten wachsende spitzkegelige Kahlkopf. Manche Arten wachsen in Europa in der freien Natur, andere werden kultiviert.

Wie werden Rauschpilze eingenommen?

Die Pilze werden sowohl frisch als auch getrocknet gegessen. Getrocknet wirken sie stärker. Außerdem kann man sie zu Tee aufgießen. Vier bis zwölf Milligramm genügen für einen Trip.

Wie wirken Rauschpilze?

Psilocybin ähnelt in seiner Wirkung dem LSD, ist aber milder. Auch „schlechte Trips“ kommen seltener vor. Die Wirkung hält drei bis sieben Stunden an und ist in den ersten beiden Stunden am stärksten.

Wie macht sich der Konsum bemerkbar?

Im Allgemeinen merken Außenstehende wenig vom Psilocybin-Konsum. Rauschpilze machen nicht aggressiv.

Methamphetamine/Speed

Methamphetamine (umgangssprachlich Crystal Meth, Meth, Crystal, Speed) sind euphorisierende Drogen und Ende des 19. Jahrhunderts erstmals im Labor hergestellt worden. Anfangs wurden sie als Appetitzügler verschrieben und im Zweiten Weltkrieg von Soldaten als Aufputzmittel benutzt. Erst während der ersten „Speed-Welle“ unter Jugendlichen (1969–1972) kamen die Gefahren des übermäßigen Speedkonsums ans Licht. 1988 wurde das in Deutschland bekannteste Methamphetamine (Pervitin) verboten.

Wie wird Speed konsumiert?

Speed ist in Pillenform oder als Pulver erhältlich und wird in der Regel geschluckt, seltener gespritzt. Im Sport werden Weckamine als Dopingmittel benutzt, da sie unter anderem das Durchhaltevermögen steigern.

Wie wirkt Speed?

Wird Speed geschluckt, dauert es 15 bis 20 Minuten, bis die Wirkung einsetzt. Beim Schnupfen wirkt es bereits nach wenigen Minuten, beim Spritzen sofort. Die Wirkdauer hängt ab von der Konsumform, der Dosis und der Toleranzentwicklung. Die durchschnittliche Wirkdauer beträgt 3 bis 5 Stunden, bei sehr hoher Dosis bis zu 15 Stunden.

Speed stimuliert das zentrale Nervensystem und putscht auf, gibt Energie und macht aktiv, unterdrückt Schlaf, Müdigkeit und Hungergefühle. Körpertemperatur und Blutdruck steigen, und der Puls wird schneller. Die Pupillen weiten sich, und die Muskeln werden angespannt, was sich in Kiefersteife und Zähneknirschen äußern kann. Speed kann auch Herzrasen, Kopfschmerzen und Schwindelgefühle hervorrufen. Speed-Gebraucher/innen wirken hyperaktiv, gehetzt und überdreht. Bei Konflikten lassen sie Hemmungen eher fallen, was sich in aggressivem Verhalten äußern kann. Speed macht zugleich fröhlich, aufmerksam und selbstsicher.

Ecstasy (XTC)

Die „Liebesdroge“ der neunziger Jahre wird in Form bunter Pillen verkauft, die oft mit einem Aufdruck versehen sind. Sein Image als Liebesdroge verdankt Ecstasy Wirkstoffen, die Glücksgefühle und Vertraulichkeit erzeugen. XTC gilt zudem als „Partydroge“, die nächtelanges Tanzen ermöglicht, ohne müde zu werden. Es ist nämlich, wie viele andere Drogen, eine Substanz mit unterschiedlicher Wirkung.

Wie wirkt Ecstasy?

XTC ist ein Speed-Derivat, das aufputscht und das Bewusstsein verändert. Die Konsument(inn)en erscheinen aktiv und fröhlich, und viele haben das Bedürfnis, nett und freundlich miteinander umzugehen. XTC macht nicht aggressiv. Bei übermäßigem Konsum (mehrere Pillen an einem Abend oder an mehreren aufeinander folgenden Tagen) überwiegt die aufputschende Wirkung.

Schlaf- und Beruhigungsmittel – Benzodiazepine

Die Wirkung von Benzodiazepinen wurde Mitte des 20. Jahrhunderts entdeckt. Bekannte Vertreter dieser Medikamentengruppe sind Librium®, Valium® (auch Diazepam genannt), Rohypnol®, Seresta®, Normison® und Prothiad®.

Wie werden Benzodiazepine eingenommen?

Schlaf- und Beruhigungsmittel werden meistens geschluckt, können aber auch gespritzt werden. Benzodiazepine sind in der Regel als Tabletten erhältlich. Manche Drogengebraucher/innen lösen die Tabletten jedoch auf, um den Stoff intravenös konsumieren zu können. Um dies zu verhindern, hat man einige Produkte mit einer besonderen Beschichtung versehen. Diese wird aber einfach abgelutscht, um die Tabletten anschließend aufzulösen.

Wie wirken Benzodiazepine?

Benzodiazepine reduzieren die Aktivität des Gehirns, machen träge und schläfrig. Auch die Motorik verlangsamt sich, womit das Verletzungsrisiko steigt. Benzodiazepine machen nicht aggressiv. Ärzt(in-

n)en verschreiben Benzodiazepine bei Patient(inn)en, die an Schlaflosigkeit, Stress, Angstzuständen, Nervosität und Übermüdung leiden.

„Hausgemachte“ Drogen

Im Gefängnis haben selbstgemachte Drogen eine lange Tradition. Viele verschiedene Substanzen werden hergestellt und wegen ihrer psychoaktiven Wirkung konsumiert. Man trinkt z.B. aus Früchten gewonnenen Alkohol und raucht getrocknete Bananenschalen. Auch ärztlich verschriebene Medikamente werden häufig wegen ihrer psychoaktiven Substanzen statt als Arznei genutzt.

In Gefängnissen ist auch der Konsum von sehr lange gekochtem Tee und ultrastarkem Kaffee verbreitet. Diese Substanzen wirken stimulierend, vor allem durch das extrahierte Koffein. Einige Sorten Tee enthalten zwei- bis dreimal mehr Koffein als eine durchschnittliche Kaffeeprobe. Das Koffein beeinflusst den Stoffwechsel und das vegetative Nervensystem und steigert die Wachheit. Andere Bestandteile von Tee und Kaffee, wie etwa die Alkaloide Theobromin und Theophyllin, beeinflussen die Herzkranzgefäße und das Atmungssystem. Aufgrund der pharmakodynamischen Aspekte von Koffein, Theophyllin und Theobromin ist anzunehmen, dass diese Substanzen bis zu einem gewissen Grad körperlich abhängig machen können.

5.2 KONSUMFORMEN

Was die Form der Drogeneinnahme angeht, sind Drogengebraucher/-innen in der Regel sehr flexibel, vor allem, wenn die Zeit drängt. Sind keine Spritzen verfügbar, wird „von Folie inhaliert“ („chinesen“), und ist auch keine Folie da, wird die Droge geschnupft oder geraucht. Jede Methode hat Vor- und Nachteile. Wird die Droge gespritzt, ist der „Flash“ stärker; wer dazu aber nicht die eigene Spritze nimmt, setzt sich der Gefahr einer HIV-Infektion aus. „Chinesen“ ist gesundheitlich weniger riskant, schadet allerdings der Lunge. Außerdem ist Know-how erforderlich: Bei Anfänger(inne)n löst sich die teure Droge oft buchstäblich in Rauch auf. Im Folgenden eine Übersicht über die Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden des Drogengebrauchs.

Sniefen (Schnupfen)

Methode für den Gebrauch von Kokain und Speed/Crystal Meth, seltener Heroin. Das Pulver (z.B. Kokain) wird in eine Reihe („Line“) gelegt und durch ein Röhrchen in die Nase hochgezogen.

Vorteile

- Bei Kokain setzt die Wirkung schon nach ein paar Minuten ein. Gespritzt und geraucht wirkt Kokain zwar noch schneller, aber nicht so lange.
- eine schnelle Methode

Nachteile

- Übermäßiger Konsum kann schmerzhafte Entzündungen der Nasenschleimhaut und Perforationen im Nasenbein verursachen.
- Möglich sind chronische Erkältungen und Entzündungen der Atemwege, Nasenbluten, Kopfschmerzen, ebenso eine Beeinträchtigung des Geruchs- und Geschmackssinns.
- Durch gemeinsam benutzte Röhrchen können Hepatitisviren übertragen werden.

Rauchen in der Wasser- oder Base-Pfeife („Basen“)

Methode für den Gebrauch von Crack und Basecoke.

Vorteile

- heftiger Flash
- eine einfache und schnelle Methode

Nachteile

- Rauchen greift die Lungen an. Lungenbeschwerden verursacht vor allem das Rauchen von Basecoke.
- Möglich sind Herzrhythmusstörungen.
- Durch gemeinsam benutzte Base-Pfeifen können Tuberkulose-Erreger oder Hepatitis A übertragen werden.

Von Folie inhalieren („chinesen“)

Methode für den Gebrauch von Heroin, Kokain, Crack, Basecoke, „Snowball“ (Kokain kombiniert mit Heroin). Die Drogen werden auf Alufolie erhitzt, und der Dampf wird durch ein Röhrchen direkt in die Lungen inhaliert.

Vorteile

- „Chinesen“ ist eine sichere Alternative zum Spritzen (keine Spritzenabszesse, HIV- oder Hepatitis-Infektionen, Überdosierung).
- eine schnelle Methode

Nachteile

- Bei Verwendung von Plastikröhrchen können gefährliche Plastikdämpfe in die Lungen gelangen.
- Das Inhalieren reizt die Atemwege und erhöht die Schleimproduktion. Die meisten Lungenbeschwerden werden durch Basecoke auf Ammoniak-Basis verursacht. Basecoke auf Magensalz-Basis ist weniger gefährlich.

Spritzen

Methode für den Gebrauch von Heroin, Speed und Kokain, seltener von bestimmten Benzodiazepinen. Heroin wird auf einem Löffel oder in einer Dose in Wasser und Säure (Ascorbinsäure oder Zitronensaft), Kokain nur in Wasser aufgelöst und erhitzt. Die Lösung wird in die Spritze aufgezogen und injiziert.

Vorteile

- Der „Flash“ ist heftiger als bei allen anderen Konsumformen. Dieses kurze euphorische Gefühl tritt bei längerem Konsum aber immer seltener auf.
- Spritzen gibt das Gefühl, dass man die Droge voll auskostet.

Nachteile

- Wird ein von anderen benutztes Spritzbesteck (Spritze, Nadel, Löffel) verwendet, ist das Risiko einer HIV-Übertragung sehr hoch. Das Gleiche gilt für Hepatitis-Viren, die auch über das Zubehör (Filter, Löffel, Wasser) übertragen werden können. Unsteriles Spritzbesteck und Zubehör können ebenso Spritzenabszesse verursachen.
- Möglich ist ein „Shake“. Das ist ein Zitteranfall oder Schüttelkrampf, der durch Drogen-Beimengungen oder verunreinigte Utensilien verursacht wird. Auch deshalb ist auf sauberes Spritzbesteck und Zubehör zu achten.
- Wird *Kokain* nicht richtig in Wasser aufgelöst, bilden sich Klümpchen, die nach dem Spritzen Blutpfropfen und Gefäßverstopfungen verursachen können.
- Durch das Spritzen von *Kokain* kann es zu „sterilen Entzündungen“ kommen: Diese werden nicht von Bakterien, sondern von absterbendem Unterhautgewebe verursacht.
- Nur *Heroin* kann unter die Haut (z. B. des Unterleibs) und in die Muskeln gespritzt werden, nicht aber *Kokain* oder *Speed*: Hier würde das Gewebe absterben. Allerdings ist generell davon abzuraten, in den Muskel oder unter die Haut zu spritzen. Die Gefahr, dass dabei Gewebe beschädigt wird und sich Abszesse bilden, ist sehr groß.
- Je länger man Drogen intravenös nimmt, desto schwieriger wird es, geeignete Einstichstellen zu finden. Die Venen vernarben und „verschwinden“ sozusagen. Wenn am Unterarm „nichts mehr geht“, blei-

ben nur noch schlechtere Alternativen: Injektionen in Hände oder Füße sind sehr schmerzhaft, in Leiste und Hals besteht wegen der dort verlaufenden Schlagadern Lebensgefahr. Wird die Schlagader versehentlich verletzt, muss die Nadel sofort herausgezogen und die Schlagader fünf bis zehn Minuten fest zugeedrückt werden. Ärztliche Hilfe ist unbedingt notwendig.

- Manche *Schlafmittel* wie Temazepam (Normison®), Tuinal® oder Ketamin werden mitunter in die Vene gespritzt.
- Wird für die orale Einnahme bestimmtes Methadon injiziert, kann der darin aufgelöste Zucker die Gefäßwände angreifen und Entzündungen an der Einstichstelle verursachen. Außerdem kann es zu einem „Shake“ kommen.
- Gefahr der Überdosierung.

Rauchen

Methode für den Gebrauch von Cannabis, Crack und Basecoke, seltener Heroin.

Vorteile

- Rauchen ist gesellschaftlich akzeptiert.
- Miteinander einen Joint zu rauchen ist gesellig.

Nachteile

- Das Rauchen von Tabak, Crack und Basecoke greift die Lungen an.
- Das Rauchen von Joints (selbst gedrehte Zigaretten aus Tabak und Cannabis) schädigt die Atemwege. Cannabisrauch enthält wie Tabakrauch krebserregende Stoffe. Cannabisrauch wird außerdem in der Regel tiefer inhaliert und länger in den Lungen gehalten.

Essen

Methode für den Konsum von Cannabis („Space Cake“) und Rauschpilzen.

Vorteile

- Essen von Cannabis schont die Lungen – anders als Rauchen.

Nachteile

- Wegen der langsamen Aufnahme des Wirkstoffs ins Blut dauert es lange, bis die Wirkung einsetzt. Wer keine Geduld hat, kann leicht eine zu hohe Dosis nehmen.
- Da man nicht weiß, wie viel Wirkstoff Rauschpilze jeweils enthalten, erhöht sich die Gefahr „schlechter Trips“.

Schlucken

Methode für den Gebrauch von Speed, Ecstasy, LSD, Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Methadon.

Vorteile

- Schlucken ist eine problemlose Einnahmeform.

Nachteile

- Ohne Test weiß man nie genau, welche Stoffe in Pillen oder „Paper trips“ enthalten sind. (Ausnahme: Pharmaprodukte wie Schlaf- und Beruhigungsmittel und Methadon).
- Da die Wirkung erst später einsetzt als bei anderen Konsumformen, ist Geduld notwendig.

11.5**Trinken**

Methode für den Gebrauch von Alkohol, Methadon und Rauschpilzen (Tee).

Vorteile

- Bei Methadon lässt sich die Menge gut dosieren.
- Trinken ist sozial akzeptiert.

Nachteile

- Übermäßiger Alkoholkonsum kann Leberzirrhose und Leberkrebs sowie Krebs in Mund, Kehlkopf, Hals und Speiseröhre verursachen.
- Flüssiges Methadon enthält viel Zucker und kann bei mangelnder Mundhygiene die Zähne angreifen.

5.3 RISIKEN

Heroin gilt als „Killerdroge“. Aber reines Heroin greift weder das Gewebe noch die Organe an, verursacht weder Leberzirrhose noch das Korsakow-Syndrom – eine schwere Schädigung des Gehirns infolge langen und exzessiven Alkoholkonsums. Die Gefahr des Heroinkonsums liegt in der stark betäubenden Wirkung der Droge, in der Form ihrer Einnahme und in Überdosierungen, zu denen es vor allem bei kombiniertem Gebrauch mit anderen Mitteln kommt. Wer z.B. Valium mit Heroin kombiniert, riskiert einen K.o.-Schlag in Zeitlupe. Eine Erkältung bleibt wegen der stark betäubenden Wirkung des Heroins unbemerkt, was zu einer Schwächung der körperlichen Verfassung oder sogar zu einer Lungenentzündung führen kann. Und wer Drogen mit Spritzbestecken injiziert, die bereits von anderen benutzt worden sind, riskiert eine HIV-Infektion. All das sind aber Folgeschäden, die nicht von dem Stoff an sich verursacht werden.

Abhängigkeit, Sucht

Zum Thema „Abhängigkeit“ oder „Sucht“ gibt es im Grunde drei unterschiedliche Sichtweisen oder Theorien. In der moralischen Sichtweise gilt Sucht als verwerflich, und Abhängigen wird vor allem mangelnde Willenskraft unterstellt. Wird *Sucht als Krankheit* verstanden, wird den Betroffenen eher Mitgefühl zuteil. So wie Parasiten ihren Wirt zugrunde richten, zerstört die Droge ihre Konsument(inn)en – aber wessen Schuld ist das eigentlich? Dabei stellt sich die Frage, wie weit jemand die Kontrolle über sich selbst verliert, wenn er/sie Drogen nimmt. In der *modernen Auffassung* von Sucht werden Abhängige weder verteufelt noch in Watte gepackt, sondern als vernünftige Menschen angesehen, die auch gesundheitsbewusst handeln (können). Die Praxis zeigt, dass sich die meisten Drogengebraucher/innen auch weit aus besser über Wasser halten, als die ersten beiden Theorien vermuten lassen.

Psychische und körperliche Abhängigkeit

Wer ein starkes Verlangen nach einem Mittel verspürt und sich ohne dieses schlecht fühlt, ist *psychisch abhängig*. Wer Entzugerscheinungen bekommt (Schweißausbrüche, Schüttelfrost, Durchfall usw.), wenn die Droge nicht genommen wurde, ist *körperlich abhängig*. „Toleranz“ (oder Gewöhnung) bedeutet, dass der Körper immer größere Mengen eines Stoffes benötigt, um dieselbe Wirkung zu verspüren. Der Körper gewöhnt sich z.B. schnell an Heroin, Schlafmittel und Alkohol und benötigt deshalb immer mehr davon. Bei manchen Substanzen kommt es neben der körperlichen Gewöhnung zugleich zu einer psychischen Abhängigkeit. Wenn dann bei jedem Absetzen der Droge körperliche Entzugerscheinungen hinzukommen, kann der Weg zurück sehr schwer sein.

Drogen und Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft und in der Stillphase ist der Gebrauch von Drogen – und dazu gehören auch Alkohol und Tabak – generell riskant. Da die Wirkstoffe von der Mutter auf das Kind übertragen werden, können bei Kindern heroinabhängiger Mütter Entzugerscheinungen auftreten. Fortgesetzter Drogenkonsum in der Schwangerschaft kann außerdem zu Fehlbildungen beim Kind und zu Frühgeburten führen. Während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ist medizinische Betreuung erforderlich.

Welche Droge birgt welches Risiko?

Im Folgenden werden die kurz-, mittel- und langfristigen Gefahren des Konsums verschiedener Drogen beschrieben. Kurzfristige Risiken, z.B. Überdosierungen oder „Shakes“ (Zitteranfall oder Schüttelkrampf) betreffen die Zeit kurz nach der Einnahme. Mittelfristige Schäden machen sich erst nach regelmäßigem Gebrauch bemerkbar und sind oft vorübergehender Art, wie etwa Gewichtsverlust bei Kokainkonsum. Langfristige Schäden sind in der Regel nicht mehr rückgängig zu machen. Beispiele sind Lungenkrebs bei eingefleischten Raucher(inne)n oder das Korsakow-Syndrom bei Alkoholiker(inne)n.

Außerdem gehen wir auf das Suchtpotenzial der verschiedenen Substanzen ein. Eine starke Abhängigkeit kann nämlich eine ungesunde Lebensweise nach sich ziehen (schlechte Ernährung, zu wenig Schlaf, Vereinsamung usw.). Aber auch die Art der Drogeneinnahme kann mit gesundheitlichen Risiken verbunden sein. Regelmäßiges Schnupfen über einen langen Zeitraum kann zu Entzündungen der Nasenschleimhaut führen, beim Spritzen besteht die Gefahr von Abszessen, und Rauchen greift die Atemwege an.

Cannabis

Die Heilkraft der Cannabispflanze ist schon seit langem bekannt: Nachgewiesen ist eine Wirksamkeit bei z.B. Übelkeit und Erbrechen, aber auch in der Schmerztherapie, bei Depressionen und bei vielen Autoimmunerkrankungen wie beispielsweise Multipler Sklerose und Morbus Crohn sind Wirksamkeiten dokumentiert. Wie jedes Medikament hat aber auch Cannabis Nebenwirkungen. Zum Beispiel nimmt das Konzentrations- und Reaktionsvermögen ab. Schon das Autofahren kann zu einem Problem werden. Im Gespräch verlieren Cannabiskonsument(inn)en zuweilen „den roten Faden“ (Störung des Kurzzeitgedächtnisses). Sehr viel unangenehmer ist das „Ausflippen“. Vor allem bei sehr hoher Dosis kann es zu Angstzuständen, Panikanfällen, Schwindelgefühlen, Übelkeit und sogar Ohnmachtsanfällen kommen.

Mittelfristig kann Cannabis bei Männern und Frauen die Fruchtbarkeit reduzieren, was sich aber wieder gibt, wenn der Cannabisgebrauch eingestellt wird. Die Atemwege und Lungen können allerdings bleibend geschädigt werden. Cannabisrauch enthält wie normaler Tabakrauch krebserregende Stoffe und wird zudem tiefer inhaliert.

CANNABIS – RISIKEN AUF EINEN BLICK

kurzfristig:

- ◆ *verringertes Gedächtnis-, Konzentrations- und Reaktionsvermögen*
- ◆ *Ausflippen*

mittelfristig:

- ◆ *verringerte Fruchtbarkeit*

langfristig:

- ◆ *Lungenkrebs*

Kann man von Cannabis abhängig werden?

Körperlich nein, psychisch ja, vor allem bei intensivem Gebrauch oder wenn man Cannabis nimmt, um der Realität zu entfliehen und seine Probleme „wegzukiffen“.

Macht Cannabis aggressiv?

Eigentlich nicht, denn THC (der Wirkstoff in Cannabis) reduziert das Reaktionsvermögen und lässt die Muskeln erschlaffen.

11.5

Tabak

Tabak ist wahrscheinlich die am weitesten verbreitete Droge und die Droge mit den schwersten gesundheitlichen Folgen. Wenn Tabak brennt, wird Teer freigesetzt, und das ist der Hauptgrund für Lungen- und Kehlkopfkrebs bei Raucher(inne)n. Zugleich verschlimmern sich dadurch Erkrankungen der Atemwege und der Bronchien. Wer mehr als eine Packung Zigaretten am Tag raucht, inhaliert mehr als eine halbe Tasse Teer pro Jahr.

TABAK – RISIKEN AUF EINEN BLICK

kurzfristig:

- ◆ *beschleunigter Puls*
- ◆ *vorübergehender Anstieg des Blutdrucks*
- ◆ *Säure im Magen*
- ◆ *zuerst Stimulation, dann Reduktion der Aktivität des Gehirns und des zentralen Nervensystems*
- ◆ *verminderter Blutfluss zu den Extremitäten*

langfristig:

- ◆ *Veränderungen oder Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns*
- ◆ *erhöhtes Risiko für Erkältungen und chronische Bronchitis, für Emphyse (Luftansammlung im Gewebe, in Organen), Herzkrankungen und Krebs (der Lungen, des Mundes, der Bauchspeicheldrüse, der Gebärmutter, der Eierstöcke und der Blase)*
- ◆ *vorzeitige Alterung der Haut*

Kann man von Tabak abhängig werden?

Nikotin ist eine stark abhängig machende Droge. Wer mit Rauchen aufhören will, hat sehr mit Entzugssymptomen zu kämpfen. In der Regel ist der Nikotinentzug jedoch nicht so problematisch wie der Alkohol- oder Heroinentzug. Beim Nikotinentzug kommt es meist zu einem heftigem Verlangen nach der Droge („Gier“, „Schmacht“, „Jieper“, „Jonker“), zu Stimmungswechseln und Konzentrationsmangel. Die körperlichen Entzugerscheinungen sind, anders als bei Alkohol und Heroin, eher mild. In den ersten Tagen können aber auch Symptome wie Durchfall oder Zittern auftreten.

Tabak ist ein Stimulans, obwohl viele Raucher/innen glauben, Rauchen beruhige ihre Nerven. Rauchen setzt Epinephrin frei, ein Hormon, das eher körperlichen Stress als Entspannung und Beruhigung auslöst. Die süchtig machende Eigenschaft des in Zigaretten enthaltenen Nikotins verleitet dazu, mehr zu rauchen, um sich zu beruhigen – Verursacher der Erregung ist aber das Rauchen selbst.

Alkohol

Alkohol ist die gesellschaftlich am meisten akzeptierte Droge – und bei übermäßigem Konsum auch eine der schädlichsten Substanzen. Die Leber benötigt anderthalb Stunden, um ein Glas Alkohol abzubauen. Wer jahrelang täglich zu viel trinkt, gönnt seiner Leber keine Ruhepause und riskiert eine Leberzirrhose. Inzwischen ist auch bekannt, dass Alkoholkonsum Krebs in Mund, Hals, Kehlkopf und Speiseröhre verursachen kann. Starkes Trinken kann außerdem zu Herz- und Gefäßkrankheiten und schweren Schäden an Magen, Bauchspeicheldrüse und Gehirn (Korsakow-Syndrom) führen.

ALKOHOL – RISIKEN AUF EINEN BLICK

kurzfristig:

- ◆ Beeinflussung des Urteils- und Reaktionsvermögens
- ◆ Aggression
- ◆ Selbstüberschätzung
- ◆ Beeinflussung der Motorik

langfristig:

- ◆ Leberzirrhose und Leberkrebs
- ◆ Krebs in Mund, Hals, Kehlkopf und Speiseröhre
- ◆ Herz- und Gefäßkrankheiten
- ◆ Korsakow-Syndrom

Kann man von Alkohol abhängig werden?

Bei starkem Konsum über einen längeren Zeitraum kann Alkohol psychisch und körperlich abhängig machen. Dabei kann sich ein starkes Verlangen nach dem Rauschzustand einstellen: Er enthemmt und hilft, Probleme zu vergessen. Zudem gewöhnt sich der Körper an Alkohol. Während Anfänger/innen schon nach ein paar Gläsern Bier schwanken, können routinierte Trinker/innen literweise Bier trinken, ohne betrunken zu wirken. Wenn man eine Droge in immer höherer Dosis nehmen muss, um die gleiche Wirkung zu erzielen, spricht man von „Toleranz-Entwicklung“.

Hört man nach einer längeren Phase starken Alkoholkonsums zu trinken auf, bekommt man Entzugserscheinungen. Die Symptome reichen von Schlafstörungen und Zittern bis hin zu epileptischen Anfällen oder Delirium tremens. Das Delirium geht mit hohem Fieber und mit Halluzinationen einher, bei denen man z. B. „weiße Mäuse“ sieht.

Wechselwirkungen

Alkohol betäubt. Kombiniert man Alkohol mit Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, verstärkt sich diese Wirkung, was zu Herzstillstand führen kann. In Verbindung mit Kokain und Heroin erhöht Alkohol die Gefahr einer Überdosis.

Macht Alkohol aggressiv?

Ja. Der Rausch kann plötzlich in Streitsucht und „Kampfstimmung“ umschlagen. Vor allem bei übermäßigem Konsum in Verbindung mit anderen Drogen steigert Alkohol die Aggressivität.

Kokain

Gelegentlicher Kokainkonsum macht fröhlich und regt an, regelmäßiger Konsum führt dagegen zu Ruhelosigkeit und Gereiztheit. Möglich ist ebenso ein übersteigertes Selbstvertrauen. Bei extrem hohem Kokainkonsum besteht die Gefahr, in eine Scheinwelt zu geraten: Die Konsument(inn)en glauben, ein interessantes, abwechslungsreiches Leben zu führen und einen großen Freundes- und Bekanntenkreis zu haben, und mitunter fühlen sie sich wie der liebe Gott höchstpersönlich. Die Wirklichkeit sieht oft ziemlich anders aus. Chronischer Kokainkonsum kann egoistisch, arrogant, wahnhaft und aggressiv machen – alles Eigenschaften, die nicht gerade anziehend sind.

Kokain zieht auch den Körper stark in Mitleidenschaft. Appetitmangel führt auf Dauer zu Gewichtsverlust und geringerer Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen. Schlaflosigkeit, eine bekannte Folge von Kokain, und der jahrelange Raubbau am Körper gipfeln in totaler Erschöpfung. Außerdem können Herzrhythmusstörungen hinzu kommen und der berühmte Juckreiz: Man hat dabei das Gefühl, als wären unter der Haut Heere winziger Tierchen zugange.

KOKAIN – RISIKEN AUF EINEN BLICK

kurzfristig:

- ◆ *Ruhelosigkeit und Schlaflosigkeit*
- ◆ *Shake (Fieberkrampf nach Kokain-Injektion) und Überdosis*
- ◆ *Kokain intravenös: beim Gebrauch nicht sterilen Spritzbestecks und Zubehörs Gefahr von HIV- und Hepatitis-Infektionen*
- ◆ *erhöhtes Schlaganfall- und Herzinfarkttrisiko*

mittelfristig:

- ◆ *Gewichtsverlust, verringerte Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheitserregern, Erschöpfung*
- ◆ *Herzrhythmusstörungen*
- ◆ *Kokain geschnupft: Nasenbluten und Nasenschleimhautentzündungen*
- ◆ *Kokain intravenös: Spritzenabszesse*
- ◆ *Wahnvorstellungen*

langfristig:

- ◆ *Kokain geschnupft: Perforationen der Nasenscheidewand*

Kann man von Kokain abhängig werden?

Nicht körperlich, dafür aber psychisch – vor allem, wenn man Kokain zur Steigerung des Selbstbewusstseins benutzt. Die Gefahr, süchtig zu werden, ist bei Crack und Basecoke weitaus größer, weil bei diesen Drogen der „Flash“ sehr viel kürzer ist als bei Kokain. Ohne dieses kurze heftige Glücksgefühl erscheint die Welt schon bald wieder kalt und leer, weshalb gleich darauf die nächste Dosis genommen wird.

Macht Kokain aggressiv?

Ja. Vor allem bei langfristigem Konsum macht Kokain misstrauisch, was leicht in Aggression münden kann.

Alkohol und Kokain ...

... sind auf den ersten Blick eine ideale Kombination: Koks regt an, und Alkohol betäubt. Deshalb kann man Glas um Glas trinken, ohne das Gefühl zu haben, betrunken zu werden. Tatsächlich aber zehrt man auf diese Weise seinen Körper aus. Das „Duo Alk und Koks“ führt auf Dauer

zu Erschöpfung und Schlaflosigkeit und erhöht zudem die Gefahr von Überdosierungen.

Heroin

Wie bereits erwähnt, ist Heroin weitaus weniger gesundheitsschädlich, als sein Ruf vermuten lässt. Der Heroingebrauch ist vor allem dann riskant, wenn bei der Injektion nicht steriles Spritzbesteck und Zubehör verwendet wird (HIV- und Hepatitis-Risiko), wenn der Wirkstoffgehalt stark schwankt (Gefahr einer Überdosis) und wenn das Leben mit der illegalen Droge in Verelendung und körperliche Verwahrlosung mündet. Heroin unterdrückt Schmerzen; eine leichte Erkältung kann so unbemerkt zu einer Lungenentzündung werden. Viele Heroinkonsument(inn)en ernähren sich außerdem schlecht und sind daher weniger widerstandsfähig gegenüber Infektionskrankheiten.

HEROIN – RISIKEN AUF EINEN BLICK

kurzfristig:

- ◆ *Überdosis und Shake (Fieberkrampf nach einer Heroininjektion)*
- ◆ *beim Gebrauch nicht sterilen Spritzbestecks und Zubehörs: HIV- und Hepatitis-Infektionen*

mittelfristig:

- ◆ *Unterernährung*
- ◆ *Verstopfung*
- ◆ *Spritzenabszesse*

langfristig:

- ◆ *Ausbleiben der Menstruation*
- ◆ *geringerer Widerstand gegen Infektionen*

Kann man von Heroin abhängig werden?

Zwar ist man – entgegen der landläufigen Meinung – nicht schon nach dem ersten Schuss abhängig, aber der Körper gewöhnt sich erstaunlich schnell an den Stoff. Vor allem wenn Heroin gespritzt wird, nimmt die Toleranz schnell zu, und man benötigt eine immer höhere Dosis, um

dieselbe Wirkung zu erzielen. Lässt die Drogenwirkung nach oder hört man ganz damit auf, kommt es zu Entzugserscheinungen (Schüttelfrost, Durchfall, Schwitzen). Ein „kalter Entzug“ („Cold Turkey“) kann so unerträglich werden, dass man wieder Heroin nimmt, um sich nicht so elend zu fühlen. Da Heroin auch seelische Schmerzen unterdrückt, ist es für Menschen mit psychischen Problemen umso attraktiver.

Wechselwirkungen

Alkohol, Methadon sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel haben wie Heroin betäubende Wirkung. Zusammen genommen verstärkt sich die Wirkung, was die Gefahr eines Atemstillstands erhöht.

Heroin und Kokain

Auch die Kombination von Heroin und Kokain ist gefährlich. Da ihre Wirkungen sich „gegenseitig aufheben“ – das eine betäubt, das andere regt an –, kann man leicht zu viel einnehmen.

Macht Heroin aggressiv?

Eigentlich nicht, da Heroin wie alle anderen Opiate stark betäubt. Im Heroinrausch ist man kaum noch zu irgendwelchen Aktivitäten in der Lage.

11.5

Halluzinogene

■ LSD

Da LSD Stimmungen verstärkt, kann es einen „schlechten Trip“ auslösen – vor allem wenn man sich ohnehin schon schlecht fühlt. Dabei kann Angst in Panik umschlagen. Ganz normale Dinge wirken plötzlich bedrohlich, Musik klingt wie Artilleriefeuer, und das Zimmer schrumpft auf die Größe eines Schuhkartons zusammen. Entsprechend veranlagte Gebraucher/innen können langfristig Psychosen entwickeln. Zudem können sie die Kontrolle über sich verlieren, und manche glauben z.B., fliegen zu können. Noch Monate oder gar Jahre nach einem Trip kann ein „Flashback“ auftreten. Dabei erlebt man erneut einen Teil des Trips, obwohl man gar kein LSD genommen hat.

LSD – RISIKEN AUF EINEN BLICK

kurzfristig:

- ◆ „schlechter Trip“ (Angst- und Panikanfälle)
- ◆ Verlust des Realitätsgefühls
- ◆ erhöhte Unfallgefahr

mittelfristig:

- ◆ Psychose

langfristig:

- ◆ Flashbacks

Kann man von LSD abhängig werden?

Körperlich nicht, psychisch nur selten. Ein Trip ist so heftig, dass die meisten erst mal keine Lust mehr auf LSD haben. Zudem muss man mindestens drei Tagen pausieren, damit man die LSD-Wirkung überhaupt wieder spürt. Bei wiederholter Einnahme bleibt die Wirkung nämlich ganz aus.

■ **Rauschpilze**

Rauschpilze wirken nicht so stark wie LSD und sind auch weniger gefährlich. Trotzdem kann Psilocybin zuweilen einen schlechten Trip auslösen.

Kann man von Rauschpilzen abhängig werden?

Nein. Es kommt zu keinen Entzugserscheinungen, wenn der Gebrauch eingestellt wird, und man wird auch nicht psychisch abhängig. Nimmt man mehrmals hintereinander Rauschpilze ein, verlieren sie ihre Wirkung.

Machen Halluzinogene aggressiv?

Theoretisch ist es möglich, dass man auf einem LSD- oder Rauschpilz-Trip übermütig wird. Bei Panikanfällen während eines schlechten Trips kann es außerdem passieren, dass andere darauf aggressiv reagieren.

Speed/Methamphetamin

Speed birgt ähnliche Gefahren wie Kokain. Auch „Speedfreaks“ treiben Raubbau am Körper, da die Droge Müdigkeit und Hunger unterdrückt. Oft kommt es zu Herzrasen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen, Schlaflosigkeit und Verkrampfung der Muskeln (z.B. der Kiefermuskeln > Zähneknirschen). Auch der bei Kokaingebrauch typische Juckreiz tritt bei Speedkonsument(inn)en auf.

Nach der Einnahme von Speed kann die Körpertemperatur ansteigen und zu lebensgefährlicher Überhitzung führen (speziell in warmen Räumen, z.B. überfüllten Diskotheken mit schlechter Klimaanlage). Symptome sind u.a. hohes Fieber (40 Grad oder mehr), epileptische Anfälle und starke innere Blutungen. Ärztliche Hilfe ist dann unbedingt nötig.

SPEED – RISIKEN AUF EINEN BLICK

kurzfristig:

- ◆ Überhitzung, Muskelverkrampfung, Schlaflosigkeit
- ◆ Speed intravenös: Shake (Fieberkrampf), Gefahr von HIV- und Hepatitis-Infektionen beim Gebrauch nicht sterilen Spritzbestecks und Zubehörs
- ◆ Überdosis

mittelfristig:

- ◆ Ruhelosigkeit, Herzrasen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl
- ◆ Gewichtsverlust, Erschöpfung
- ◆ Speed intravenös: Spritzenabszesse

langfristig:

- ◆ Wahnvorstellungen
- ◆ Aggression

Kann man von Speed abhängig werden?

Körperlich nicht. Wird der Gebrauch eingestellt, treten keine Entzugserscheinungen auf, man wird dann höchstens todmüde. Psychisch

macht Speed jedoch abhängig. Speed erzeugt das Gefühl, dass man allem und jedem gewachsen ist. Ohne Speed ist man hingegen unsicher und depressiv. Um diese Gefühle zu unterdrücken, sind viele versucht, erneut Speed zu nehmen, und zwar in einer höheren Dosis, da man sich sehr schnell an die Droge gewöhnt.

Alkohol und Speed ...

... sind auf den ersten Blick eine ideale Kombination: Speed regt an, und Alkohol betäubt. Deshalb kann man Glas um Glas trinken, ohne das Gefühl zu haben, betrunken zu werden. Tatsächlich aber zehrt man auf diese Weise seinen Körper aus. Das „Duo Alk und Speed“ führt auf Dauer zu Erschöpfung und Schlaflosigkeit und erhöht zudem die Gefahr von Überdosierungen.

Ein tödlicher Irrtum

Als Pulver sehen Speed und Kokain fast identisch aus. Reines Speed ist aber viel stärker als Kokain, sodass man weitaus kleinere Mengen benötigt. Wer versehentlich Speed statt Kokain schnupft, kann eine Weckamin-Überdosis bekommen, die zu einem Herzinfarkt führen kann.

Macht Speed aggressiv?

Ja. Wie Kokain macht auch Speed misstrauisch, was leicht in aggressives Verhalten münden kann.

Ecstasy (XTC)

Patient(inn)en mit Herz- und Gefäßkrankheiten, Zuckerkrankte und Epileptiker/innen sollten XTC nicht nehmen, zumal die „Liebesdroge“ mitunter Stoffe enthält, die nichts mit XTC zu tun haben. Manche Pillen enthalten z. B. reines Speed oder DOB, ein starkes Halluzinogen, das 24 Stunden wirkt. Bei XTC weiß man eigentlich nie genau, was man gerade schluckt, und genau darin liegt die große Gefahr dieser Droge. Ein weiteres Risiko – wie bei Speed – ist der Anstieg der Körpertemperatur. In warmen, schlecht gelüfteten Räumen kann es dann zu einer lebensgefährlichen Überhitzung kommen.

ECSTASY – RISIKEN AUF EINEN BLICK

kurzfristig:

- ◆ *Selbstüberschätzung*
- ◆ *Überhitzung*

mittelfristig:

- ◆ *Schlafstörungen*
- ◆ *Ängste, Halluzinationen, Depressionen*
- ◆ *geringere Widerstandsfähigkeit gegenüber Infektionen*

langfristig:

- ◆ *Studienergebnisse zeigen kognitive Defizite, Einbußen in der Lernfähigkeit*

Kann man von Ecstasy abhängig werden?

Die psychische Abhängigkeit kann sehr stark ausgeprägt sein – was ist schließlich eine Party ohne Pillen? Zwar kommt es zu keinen körperlichen Entzugerscheinungen, aber man gewöhnt sich an die Wirkung der Droge. Mehrere Pillen nacheinander einzuwerfen, verstärkt nicht die bewusstseinsverändernde (halluzinogene) Wirkung. Diese stellt sich nämlich erst nach ein- bis zweimonatiger Ecstasy-Abstinenz wieder ein.

Riskante Kombinationen

Was passiert, wenn Ecstasy zusammen mit anderen Mitteln eingenommen wird, ist nicht vorhersehbar und daher riskant.

Macht Ecstasy aggressiv?

Nein, sofern es sich um reines Ecstasy handelt. Manche Beimischungen können sehr wohl aggressiv machen.

Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine)

Benzodiazepine wirken beruhigend, können aber auch Gereiztheit und Wutanfälle auslösen. Wirklich riskant ist, wenn man sie zusammen mit anderen Drogen nimmt.

Wechselwirkungen

Bestimmte Benzodiazepine – vor allem die schnell wirkenden – sind in der Drogenszene wegen ihrer Rauschwirkung beliebt. Sie zusammen mit Heroin und anderen Opiaten einzunehmen, kann jedoch lebensgefährlich werden, weil sie die Wirkung dieser Drogen verstärken. Schlimmstenfalls kann es zum Tod durch Atem- oder Herzstillstand kommen.

Auch die Kombination Benzodiazepine plus Alkohol kann tödlich sein. Selbst wer daran gewöhnt ist, z.B. Valium® in hoher Dosis einzunehmen, kann, wenn er/sie zusätzlich Alkohol trinkt, ins Koma fallen.

BENZODIAZEPINE – RISIKEN AUF EINEN BLICK

kurzfristig:

- ◆ *Benommenheit, Gleichgültigkeit*
- ◆ *geringeres Konzentrations- und Reaktionsvermögen*
- ◆ *Selbstüberschätzung*
- ◆ *Muskelschwäche*

mittelfristig:

- ◆ *Gewichtszunahme*

Kann man von Benzodiazepinen abhängig werden?

Ja, vor allem psychisch. Zudem gewöhnt man sich leicht an sie (Toleranzbildung): Auf Dauer benötigt man immer höhere Dosierungen, um dieselbe Wirkung zu erzielen.

Machen Benzodiazepine aggressiv?

Ja, vor allem in Kombination mit Alkohol oder wenn man den Gebrauch einstellt, nachdem man solche Mittel lange Zeit genommen hat. Rohypnol® hat den schlechtesten Ruf. Hoch dosiert löst es aggressives und scheinbar skrupelloses Verhalten aus: Man verliert alle Hemmungen und kann sich im Nachhinein an nichts mehr erinnern.



11.5

Was weißt du über Drogen? Teste dein Wissen!

1. *Nach Heroinkonsum kann sich ein unwiderstehlicher Drang nach Süßigkeiten einstellen.*

- A richtig
- B falsch

2. *Cannabis schwächt die Wirkung von Alkohol ab, wenn beide Drogen zusammen eingenommen werden.*

- A richtig
- B falsch

3. *Ein Gläschen Schnaps schadet der Gesundheit mehr als ein Glas Wein.*

- A richtig
- B falsch

4. *Wird Kokain geschnupft, hält die Wirkung ungefähr eine halbe Stunde an.*

- A richtig
- B falsch

5. Methadon macht genauso süchtig wie Heroin.

- A richtig
- B falsch

7. Die Wirkung von frischen Rauschpilzen ist stärker als die von getrockneten.

- A richtig
- B falsch

8. Speed wirkt durchschnittlich etwa 3 bis 5 Stunden.

- A richtig
- B falsch

9. Bei Ecstasy weiß man nie genau, was man eigentlich einnimmt.

- A richtig
- B falsch

10. Manche Schlaf- und Beruhigungsmittel werden nicht nur oral eingenommen, sondern auch gespritzt.

- A richtig
- B falsch



**11.5**

Ergebnis

Addiere die Punkte, die hinter deinen Antworten stehen.

1. A 1 B 0
2. A 0 B 1
3. A 0 B 1
4. A 1 B 0
5. A 1 B 0
6. A 0 B 1
7. A 0 B 1
8. A 1 B 0
9. A 1 B 0
10. A 1 B 0

0–5 Punkte: Deine Kenntnisse über Drogen sind mangelhaft.

6–8 Punkte: Du weißt einigermaßen gut Bescheid, es reicht aber nicht aus.

9–10 Punkte: Du bist gut informiert.

Die richtigen Antworten zu unserem Quiz

1. Nach Heroinkonsum kann sich ein unwiderstehlicher Drang nach Süßigkeiten einstellen.
A = richtig. Alle Opiate machen Appetit auf Süßigkeiten.
2. Cannabis schwächt die Wirkung von Alkohol ab, wenn beide Drogen zusammen eingenommen werden.
B = falsch. Es ist genau umgekehrt: Alkohol vermindert die Wirkung von Cannabis.
3. Ein Gläschen Schnaps schadet der Gesundheit mehr als ein Glas Wein.
B = falsch. Trotz des unterschiedlichen Alkoholgehalts wird dem Körper pro Glas ungefähr dieselbe Alkoholmenge zugeführt, weil ein Weinglas größer ist als ein Schnapsglas.
4. Wird Kokain geschnupft, hält die Wirkung ungefähr eine halbe Stunde an.
A = richtig.
5. Methadon macht genauso süchtig wie Heroin.
A = richtig. Methadon wirkt allerdings länger, nämlich zwölf bis 24 Stunden, Heroin dagegen vier bis sechs Stunden.
6. LSD hat einen typischen Geruch.
B = falsch. LSD ist völlig geruchlos.
7. Die Wirkung von frischen Rauschpilzen ist stärker als die von getrockneten.
B = falsch. Es ist genau umgekehrt: Getrocknete Pilze wirken stärker als frische.
8. Speed wirkt durchschnittlich etwa 3 bis 5 Stunden.
A = richtig.
9. Bei Ecstasy weiß man nie genau, was man eigentlich einnimmt.
A = richtig.
10. Manche Schlaf- und Beruhigungsmittel werden nicht nur oral eingenommen, sondern auch gespritzt.
A = richtig. Die Tabletten werden zu diesem Zweck aufgelöst, dann wird die Lösung in die Spritze aufgezogen.





11.5

Was weißt du zum Thema Überdosis? Teste dein Wissen!

Was genau ist eigentlich eine „Überdosis“? Und was ist im Falle einer Heroin- oder Kokain-Überdosis zu tun?

1. Eine Heroin-Überdosis führt stets innerhalb weniger Minuten zum Tod.

- A richtig
- B falsch

2. Bei einer Heroin-Überdosis hilft es, wenn man der/dem Betroffenen Kochsalzlösung (Salzwasser) spritzt.

- A richtig
- B falsch

3. Wer nicht an Drogen gewöhnt ist, kann schon an 0,2 Gramm Heroin sterben.

- A richtig
- B falsch

4. Bei einer Kokain-Überdosis sollte man so schnell wie möglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen.

- A richtig
- B falsch

5. Eine Heroin-Überdosis führt zum Tod durch Erstickten.

- A richtig
- B falsch

6. Die zusätzliche Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln erhöht die Gefahr einer Heroin-Überdosis.

- A richtig
- B falsch

7. Eine Heroin-Überdosis führt seltener zum Tod als eine Kokain-Überdosis.

- A richtig
- B falsch

8. Eine Kokain-Überdosis kann einen Herzinfarkt auslösen.

- A richtig
- B falsch

9. Bei einem epileptischen Anfall infolge einer Kokain-Überdosis muss man den Mund der/des Betroffenen geöffnet halten, indem man etwas hineinsteckt.

- A richtig
- B falsch

10. Die Kombination Heroin plus Benzodiazepine erhöht bei Kokain-Konsument(inn)en die Gefahr einer Kokain-Überdosis.

- A richtig
- B falsch



**11.5**

Ergebnis

Addiere die Zahlen, die hinter deinen Antworten stehen.

1. A 0 B 1
2. A 0 B 1
3. A 1 B 0
4. A 0 B 1
5. A 1 B 0
6. A 1 B 0
7. A 0 B 1
8. A 1 B 0
9. A 0 B 1
10. A 1 B 0

0–5 Punkte: Bei einer Überdosis ist schnelles und richtiges Handeln erforderlich; gute Kenntnisse entscheiden über Leben und Tod. Deine Kenntnisse sind leider mangelhaft.

6–8 Punkte: Du weißt einigermaßen gut Bescheid, es reicht aber nicht aus.

9–10 Punkte: Du bist sehr gut informiert.

Die richtigen Antworten zu unserem Quiz

1. Eine Heroin-Überdosis führt stets innerhalb weniger Minuten zum Tod.
B = falsch. Eine Heroin-Überdosis kann zwar schnell (= innerhalb weniger Minuten) zum Tod führen, häufig dauert es aber länger. Auch kommt es nicht immer sofort zu einem Atemstillstand; die Atemhäufigkeit kann sich langsam verringern („Schnappatmung“), die Atmung irgendwann ganz aussetzen.
2. Bei einer Heroin-Überdosis hilft es, wenn man der/dem Betroffenen Kochsalzlösung (Salzwasser) spritzt.
B = falsch. Das gehört ins Reich der Fabeln. Bei einer Heroin-Überdosis muss man die betroffene Person aufwecken und wach halten (indem man ihr z.B. ins Gesicht klatscht, sie fest unter dem Schlüsselbein kneift oder ihr kaltes Wasser ins Gesicht schüttet) und beobachten. Rufe sofort den Rettungsdienst (112)!
3. Wer nicht an Drogen gewöhnt ist, kann schon an 0,2 Gramm Heroin sterben.
A = richtig. Beim ersten Mal kann bereits diese Dosis tödlich sein. Das gilt allerdings auch für erfahrene Gebraucher/innen, die längere Zeit drogenfrei waren.
4. Bei einer Kokain-Überdosis sollte man so schnell wie möglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen.
B = falsch. Rufe sofort den Rettungsdienst (112)! Die Überdrehtheit infolge einer Kokain-Überdosis kann man tatsächlich mit Benzodiazepinen bekämpfen, allerdings sollte die betroffene Person das nicht selbst tun. Da diese Mittel nur langsam ins Blut aufgenommen werden, stellt sich die Wirkung erst nach einer gewissen Zeit ein. Es besteht die Gefahr, dass der/die Betroffene in Panik gerät und zu schnell zu viele Pillen nimmt, was die Atmung verlangsamt.
5. Eine Heroin-Überdosis führt zum Tod durch Ersticken.
A = richtig. Wenn nicht rechtzeitig Hilfe zur Stelle ist, führt eine Heroin-Überdosis zu Atemstillstand und Herzversagen.





11.5

6. Die zusätzliche Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln erhöht die Gefahr einer Heroin-Überdosis.
A = richtig. Benzodiazepine plus Alkohol erhöhen die Gefahr einer Atemdepression.
7. Eine Heroin-Überdosis führt seltener zum Tod als eine Kokain-Überdosis.
B = falsch. Es ist genau umgekehrt: Eine Kokain-Überdosis endet weniger oft tödlich. Trotzdem ist auch hier schnelles und richtiges Handeln notwendig.
8. Eine Kokain-Überdosis kann einen Herzinfarkt auslösen.
A = richtig. Eine Kokain-Überdosis kann sich durch Schmerzen in der Brust und durch einen epileptischen Anfall äußern. Im ersten Fall schießt der Blutdruck in die Höhe, was zu einem Herzinfarkt führen kann.
9. Bei einem epileptischen Anfall infolge einer Kokain-Überdosis muss man den Mund der/des Betroffenen geöffnet halten, indem man etwas hineinsteckt.
B = falsch. Es nützt nämlich nichts und schadet außerdem den Zähnen. Schlimmstenfalls kostet es den/die Helfer/in ein paar Finger. Stattdessen ist Folgendes zu tun: Rettungsdienst rufen und den/die Betroffene/n so auf den Boden legen, dass er/sie sich nicht verletzen kann; ein Kissen oder eine Jacke unter den Kopf legen; nach Aufhören der Krämpfe Betroffene/n in stabile Seitenlage bringen (siehe S.182), dabei oben liegendes Bein anwinkeln, Hals strecken oder Kopf leicht nach hinten neigen.
10. Die Kombination Heroin plus Benzodiazepine erhöht die Gefahr einer Kokain-Überdosis.
A = richtig. Kokainkonsument(inn)en, die auch Heroin und Benzodiazepine im Körper haben, fühlen sich extrem entspannt. Die Gefahr ist groß, dass sie daraufhin eine weitere Dosis Kokain zu sich nehmen. Die Entspanntheit ist jedoch nur Schein: In Wirklichkeit rast das Herz, und die nächste „Line“ könnte die letzte sein.

5.4 HOCH RISKANTE SITUATIONEN UND ERSTE HILFE IM DROGENNOTFALL

Heroin und andere Opiate gehören – neben Tabak und Cannabis – zu den in Gefängnissen am weitesten verbreiteten Drogen. Opiate beeinflussen das zentrale Nervensystem (Gehirn), das Atmung und Puls reguliert. Bei einer Überdosis können Atmung und Herzfunktionen reduziert werden oder zum Stillstand kommen. Andere Beruhigungsmittel, wie z.B. Barbiturate und Benzodiazepine, sowie Alkohol erzeugen ähnliche Symptome.

Folgende Situationen sind hoch riskant:

- der Gebrauch von Drogen, wenn Qualität und Reinheitsgrad unbekannt sind (z.B., wenn man den/die Verkäufer/in nicht kennt). Um den Profit zu erhöhen, werden illegale Drogen oft mit anderen Substanzen verschnitten – auch und gerade im Gefängnis. Manchmal sind die Verschnittsubstanzen gefährlicher als die Droge selbst. Deshalb sollte man erst einmal eine kleinere Dosis nehmen.
- der Konsum verschiedener Drogen (Mischkonsum). Opiate, Beruhigungsmittel und Alkohol zusammen einzunehmen, ist bei inhaftierten Opiatkonsument(inn)en weit verbreitet. Ein solcher Mix kann gefährlich werden, z.B. eine Überdosierung bewirken. In solch einem Fall kann man leicht das Bewusstsein verlieren und erbrechen; das Erbrochene kann dann die Atmung blockieren.
- der nach einer Clean-Phase oder einer Phase reduzierten Gebrauchs (z.B. im Gefängnis) erneute Konsum der früher gewöhnten Drogenmenge
- Drogengebrauch ohne das Beisein anderer Personen, die im Notfall erste Hilfe leisten könnten
- der Gebrauch von Opiaten (z.B. Heroin) nach der Behandlung mit einem Opiat-Antagonisten (z.B. Naloxon).

Die Symptome einer Überdosis bei Opiatkonsum sind

- Bewusstlosigkeit
- langsame Atmung
- langsamer, schwacher Puls

Was kannst du tun?

- Prüfe, ob die betroffene Person wirklich bewusstlos ist, indem du sie anschreist, schüttelst und aufzuwecken versuchst.
- Ist die Person bei Bewusstsein: Versuche, sie wach zu halten, indem du mit ihr herumläufst, mit ihr sprichst, sie drückst usw.
- Wenn sie das Bewusstsein nicht wieder erlangt oder wieder bewusstlos wird, versuche sie durch Mund-zu-Mund-Beatmung und – falls erforderlich – durch Herzmassage am Leben zu erhalten (siehe unten). Rufe sofort Hilfe! Es bedarf einer notärztlichen Versorgung.

Erste Hilfe**Wach halten**

Wenn jemand nach der Drogeneinnahme einzuschlafen droht, muss man versuchen, ihn/sie wach zu halten, um eine Bewusstlosigkeit zu vermeiden. Helfen können dabei frische Luft, Herumlaufen, nasskalte Tücher im Nacken und wiederholtes Ansprechen. Außerdem sollte man die betroffene Person schützen, damit sie nicht auch noch ausgeraubt wird.

Für Ruhe sorgen

Viele Köche verderben den Brei – deshalb sollten sich höchstens zwei Personen um die/den Betroffene/n kümmern. In Notfallsituationen ist es unwichtig, was und wie viel jemand eingenommen hat, weil sich die erste Hilfe immer nach den Symptomen richtet und das Vorgehen immer gleich ist.

Lebenswichtige Funktionen überprüfen

Das betrifft Atmung, Herz/Kreislauf und Bewusstsein. Andere lebenswichtige Funktionen wie z.B. Stoffwechsel oder Regulierung der Körpertemperatur können nur mit ärztlicher Hilfe beeinflusst werden.

Atmung überprüfen

Man hält die Hand vor Nase und Mund der betroffenen Person, um zu spüren, ob sie atmet (mit angefeuchteter Hand kann man das besser spüren). Die andere Hand kann man auf den Brustkorb legen, um festzustellen, ob er sich bewegt. Erwachsene müssen 12- bis 17-mal pro Mi-

nute atmen. Blaue Lippen oder Atemgeräusche wie beim Schnarchen sind Alarmzeichen.

Atemwege frei machen

Körper flach lagern, Kopf zur Seite drehen und Fremdkörper (z. B. Zahnprothese), Blut oder Erbrochenes aus Mund- und Rachenraum entfernen. Kopf gerade und leicht nach hinten strecken (siehe Zeichnung) und Unterkiefer hochziehen: So wird verhindert, dass sich die Zunge vor die Luftröhre legt.

Beatmen

Ist immer noch keine Atmung da, muss drei- bis fünfmal beatmet werden. Dazu den Kopf der betroffenen Person noch etwas weiter nach hinten strecken und ihren Mund zuhalten. Jetzt tief einatmen und die Luft langsam in die Nase des/der Betroffenen pusten. Ist die Nase verstopft (z. B. durch Blut), wird die Luft in den Mund des/der Betroffenen geatmet.

Pulskontrolle

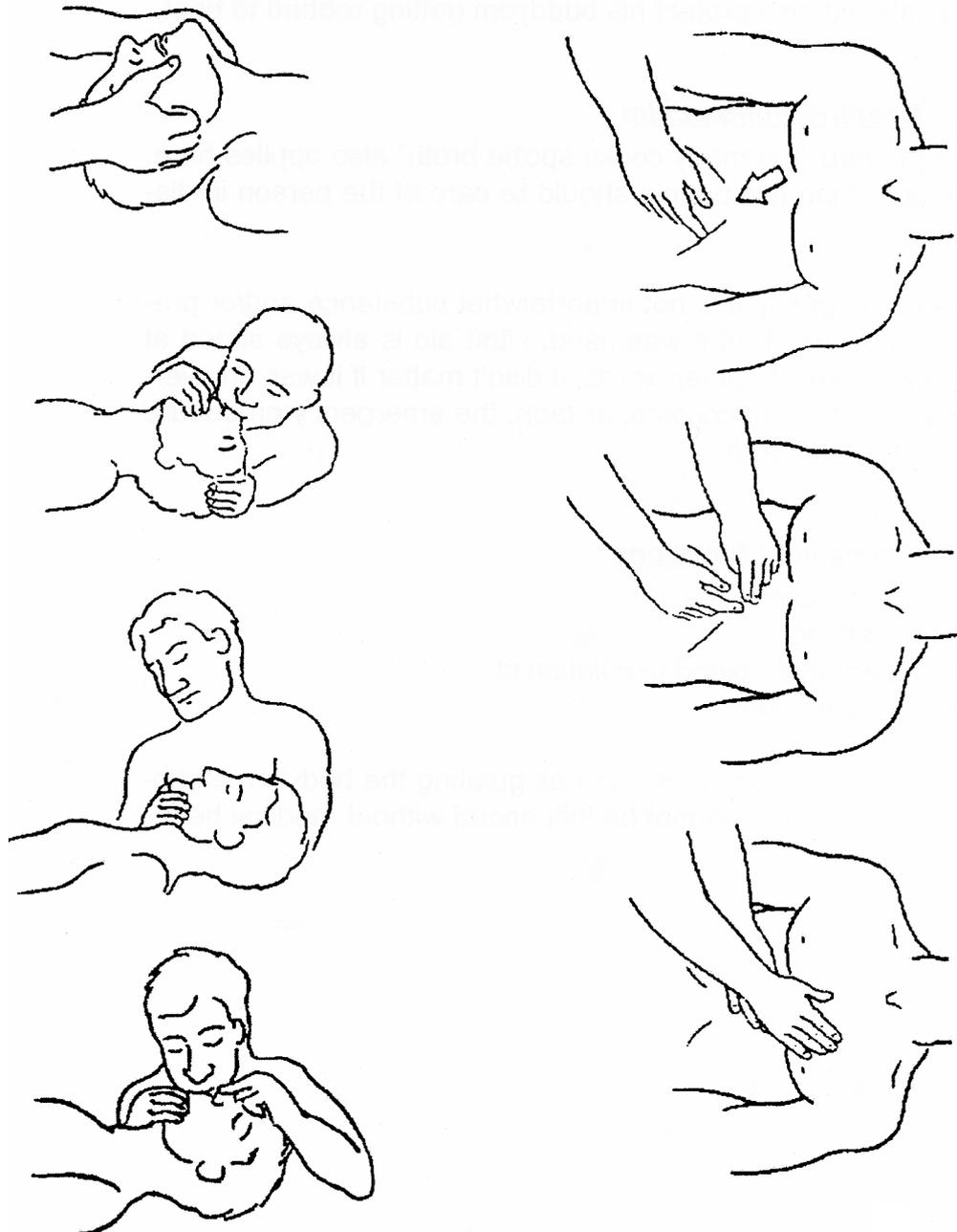
Den Puls tastet man am Handgelenk, besser aber am Hals (Halsschlagader, seitlich neben der Schilddrüse). Bei Erwachsenen schlägt das Herz durchschnittlich 60- bis 80-mal pro Minute. Fühlt man den Puls, muss der/die Betroffene weiter beatmet werden. Andernfalls ist eine Herzmassage vorzunehmen.

Herzmassage

Die betroffene Person flach auf den Rücken legen. Einen Handballen auf das untere Ende des Brustbeines legen, die andere Hand darüber, die Finger dabei abspreizen. Dann senkrecht mit gestreckten Armen den Brustkorb 80- bis 100-mal pro Minute kurz und fest etwa vier Zentimeter nach unten drücken.

Beatmung und Herzmassage im Wechsel

Wenn weder Atmung noch Puls vorhanden sind, müssen Beatmung und Herzmassage abwechselnd erfolgen. Dabei stets mit der Beatmung beginnen, damit Sauerstoff ins Blut kommt. Mit drei bis fünf Atemzügen beginnen, dann 30-mal Druck auf Brustkorb, zweimal beatmen, in diesem Wechsel fortsetzen. Nach einer Minute Puls an der Halsschlagader prüfen. Falls kein Puls, mit der Herzmassage fortfahren. Falls Puls vorhanden, mit der Beatmung fortfahren, bis Hilfe kommt.



Den Notfall üben

Im Notfall ist jeder Mensch aufgeregt. Deshalb ist es sinnvoll, Maßnahmen der Ersten Hilfe anhand des folgenden Schemas öfter mal zu üben.

Atmung kontrollieren

Atmung ausreichend? → ja → stabile Seitenlage

↓
nein

Atemwege frei machen

Körper flach lagern, Fremdkörper aus Mundraum entfernen, Kopf im Nacken nach hinten strecken, Unterkiefer hochziehen.

Atmung ausreichend? → ja → stabile Seitenlage

↓
nein

3- bis 5-mal beatmen

Atmung ausreichend? → ja → stabile Seitenlage

↓
nein

Pulskontrolle

Puls vorhanden? → ja → weiter beatmen

↓
nein

Beatmung und Herz-
massage im Wechsel

Beatmung und Herzmassage im Wechsel

ein/e Helfer/in

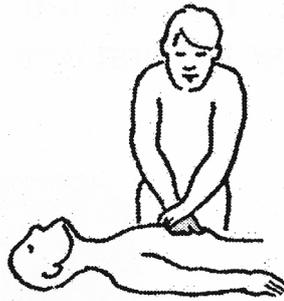
▶ 1a
3- bis 5-mal
beatmen



▶ 1b
30-mal Druck
auf Brustkorb



▶ 2a
2-mal beatmen



▶ 2b
30-mal Druck
auf Brustkorb



▶ 3
nach dreimaliger
Wiederholung Puls
am Hals überprüfen



▶ 4a
kein Puls:
2-mal beatmen



▶ 4b
30-mal Druck
auf Brustkorb

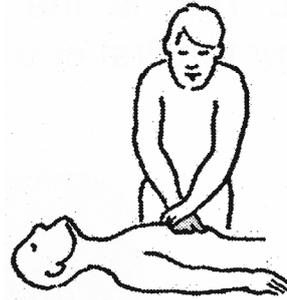


▶ 5
Puls fühlbar: weiter
beatmen, bis Arzt/
Ärztin kommt

zwei Helfer/innen



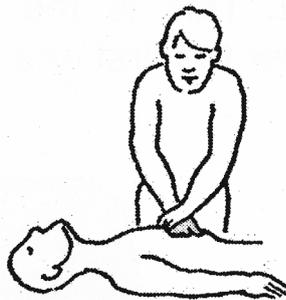
▶ 1a
erste Person: 3- bis
5-mal beatmen



▶ 1b
zweite Person:
30-mal Druck auf
Brustkorb



▶ 2a
erste Person:
2-mal beatmen



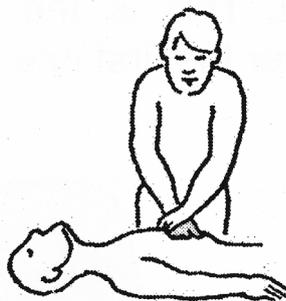
▶ 2b
zweite Person:
30-mal Druck auf
Brustkorb



▶ 3
nach viermaliger
Wiederholung Puls
am Hals überprüfen



▶ 4a
kein Puls: erste
Person beatmet
2-mal



▶ 4b
zweite Person:
30-mal Druck auf
Brustkorb



▶ 5
Puls fühlbar: weiter
beatmen, bis Arzt/
Ärztin kommt

DROGEN: WIRKUNGEN, KONSUMFORMEN, RISIKEN

11.5

PRÄVENTIONSBOTSCHAFTEN

Stabile Seitenlage

Sind Atmung und Puls ausreichend, wird die betroffene Person in die stabile Seitenlage gebracht: Man legt sie zuerst auf den Rücken und schiebt dann einen Arm unter Rücken und Po. Das Bein, das weiter von einem selbst entfernt ist, wird angewinkelt, dann fasst man die gegenüberliegende Schulter und Hüfte und dreht den Körper zu sich. Jetzt wird der Kopf im Nacken wieder nach hinten gestreckt und mit der Hand stabilisiert. Der andere Arm wird unter dem Rücken vorgezogen und angewinkelt. Atmung und Puls müssen regelmäßig kontrolliert werden.

Bei Bewusstlosen ist zugleich zu prüfen, ob sie noch auf Schmerzreize reagieren (z.B. durch Kneifen in die Nasenscheidewand). Wenn sie nicht reagieren, liegt möglicherweise ein Koma vor, in dem Atmung und Herzaktivität jederzeit aussetzen können.



Maßnahmen bei epileptischen Anfällen

Krampfanfälle können verschiedene Ursachen haben, z.B. Tumoren oder Entzündungen des Gehirns, aber auch Drogen (z.B. Kokain, Speed) oder Medikamente wie Rohypnol®. Ein wirksames Medikament bei Krampfanfällen ist Diazepam Rectiole, das wie ein Einlauf in den After eingebracht wird.

Schutz vor Verletzung

Wichtig ist, darauf zu achten, dass sich die krampfende Person nicht an Möbeln, Wänden usw. verletzt. Man sollte versuchen, sie sanft zu Boden gleiten zu lassen und ihr ein Kissen oder ein Kleidungsstück unter den Kopf zu legen.

Nichts mit Gewalt versuchen

Die krampfende Person darf man auf keinen Fall mit Gewalt festhalten. Man darf ihr auch nichts Hartes (z.B. ein Feuerzeug) gewaltsam zwischen die Zähne schieben, weil dabei die Zähne beschädigt werden könnten. Zungenbisse bei Krampfanfällen bluten zwar stark, sind aber meist harmlos und heilen schnell wieder.

Lebenswichtige Funktionen überprüfen

Wenn der Krampfanfall vorbei ist, muss man Atmung, Puls und Bewusstsein kontrollieren und gegebenenfalls Erste Hilfe leisten.

Ärztliche Hilfe

Wenn ein Krampf länger als zwei bis drei Minuten dauert, muss ärztliche Hilfe geholt werden: Es besteht Lebensgefahr. Wer öfter epileptische Anfälle bekommt, sollte sich von einer Neurologin oder einem Neurologen untersuchen lassen.

Maßnahmen bei einem Schock

Wenn jemand einen Schock hat, muss zunächst für Ruhe gesorgt werden. Dann nimmt man eine Schocklagerung vor: Die betroffene Person zudecken und die Beine hochlegen; sie nicht alleine lassen. Wenn sie zu schnell und zu flach atmet (Hyperventilation), mit ihr zusammen atmen. Reicht das nicht aus, mit beruhigenden Worten die Hände vor den Mund legen. Vorsicht mit Plastiktüten: Menschen unter Schock sind nicht ganz bei sich und glauben vielleicht, man wolle sie ersticken.

Maßnahmen bei einem Shake

Der Shake („Schütteln“) kommt nur beim intravenösen Drogenkonsum vor und ist eine Abwehrreaktion des Körpers gegen Verunreinigungen, Bakterien oder Pilze. Er äußert sich in Schüttelfrost, Krämpfen, Zittern, starken Schmerzen und Übelkeit. Diesen äußerst unangenehmen Zustand kann der Körper in der Regel selbst überwinden. Am besten für die betroffene Person ist Ruhe, auch eine Decke tut gut. Falls es ihr angenehm ist, kann man sie auch in Schocklagerung bringen.

11.5

Einsatz von Gegenmitteln (Antagonisten) bei Überdosis

Das einzige wirksame Gegenmittel bei einer Heroinüberdosis heißt Naloxon. Es kann intravenös oder intramuskulär gespritzt werden. Wenn man Naloxon in die Vene spritzt (meistens reicht eine Ampulle), wirkt es sofort, das heißt, die betroffene Person wird sofort wach und atmet wieder. Anders als Heroin wirkt Naloxon nur kurze Zeit. Wer das Medikament intravenös bekommen hat und gleich danach wieder Heroin nimmt, kann schnell überdosiert sein, wenn Naloxon zu wirken aufhört.

Bei Naloxon intramuskulär dauert es länger, bis die Wirkung einsetzt. In der Zwischenzeit muss der/die Betroffene beatmet werden und, falls

kein Puls vorhanden ist, auch eine Herzmassage bekommen. Die Entzugssymptome sind hier meist nicht so stark und lassen in der Regel nach einer halben Stunde nach.

Bei Überdosis bloß keine Kochsalzlösung!

Kochsalzlösung (NaCl) zu spritzen hilft nicht bei einer Überdosis, sondern verursacht allerhöchstens starke Übelkeit und Brechreiz (was dazu führen kann, dass jemand wieder zu sich kommt). Daher keine Zeit verlieren, sondern den Arzt/die Ärztin alarmieren und gegebenenfalls Sofortmaßnahmen einleiten.

5.5 BESONDERS GEFÄHRLICH: DROGENKONSUM NACH DER HAFTENTLASSUNG

In einer Untersuchung in England berichteten etwa 86 % der interviewten Drogengebraucher/innen, sie hätten in den ersten vier Monaten nach ihrer Entlassung aus der Haft Drogen genommen. Die erste Woche nach der Entlassung ist besonders gefährlich. In diesem Zeitraum ist das Risiko einer tödlichen Überdosierung um ein Vielfaches höher als sonst (EMCDDA 2012). Der Grund ist, dass Drogengebraucher/innen im Gefängnis weniger häufig und in geringerer Menge Drogen konsumieren als in Freiheit. Nur wenige Gefängnisse berücksichtigen das Rückfallrisiko bei ihren Maßnahmen im Rahmen der Haftentlassung. Oft wird nämlich befürchtet, das Gespräch über dieses Thema sei zu offensiv, was auf viele Gefangene tatsächlich so wirkt. Es gibt jedoch gute Beispiele dafür, wie man Rückfälle zum Thema machen kann, wie etwa folgendes Faltblatt eines schottischen Gefängnisses:

Glückwunsch!

Aus dem Gefängnis entlassen zu werden, ist für dich wahrscheinlich das größte Ereignis nach langer Zeit. Vielleicht möchtest du das feiern. Falls ja, dann lies weiter – zu deinem Wohl und zum Wohl deiner Familie.

Drogen

In den letzten Jahren sind etliche Drogenkonsument(inn)en kurz nach der Haftentlassung gestorben. Draußen bekommst du Drogen womöglich in größerer Menge und mit höherem Reinheitsgehalt, als dies in Haft der Fall war. Wenn man den Drogengebrauch einschränkt, und sei es nur für kurze Zeit, kommt der Körper nicht mehr so gut mit Drogen klar. Das bedeutet, dass du draußen Gefahr läufst, eine Überdosis zu erwischen, die Kontrolle zu verlieren, Hirnschäden zu erleiden oder sogar zu sterben. Nimm deshalb nach der Entlassung weniger Drogen!

Was soll ich tun?

Ideal wäre ein Leben ohne Drogen. Aber wenn du welche nehmen musst, dann

- *nimm weniger – das schont auch deinen Geldbeutel.*
- *konsumiere vorsichtig und achte auf deine Gesundheit und Sicherheit.*
- *nimm Drogen im Beisein von Freund(inn)en, die dir notfalls helfen oder Hilfe holen können. Sag ihnen alles, was in diesem Faltblatt steht.*

Was tun bei einer Überdosis?

Bevor es zu spät ist und du ins Koma fällst,

- *versuche, den Rettungsdienst zu rufen oder rufen zu lassen. Diesem ist mitzuteilen, wo du bist und was du genommen hast.*

- *Wenn du mit Freunden zusammen bist, versichere dich, dass sie wissen, was zu tun ist.*
- *Bring dich in die stabile Seitenlage.*

Ärztlich verschriebene Drogen

Wenn du Medikamente nimmst wie Methadon oder Beruhigungsmittel, dann sollte dir dein/e Arzt/Ärztin weniger davon verschreiben als vor der Haft, um das Risiko einer Überdosis zu mindern. Denk dran: Verschriebene Medikamente können genauso gefährlich sein wie Straßendrogen, wenn sie nicht vorschriftsmäßig genommen werden. Nimm nicht zusätzlich andere Drogen: Die Mischung könnte dich umbringen.

Alkohol

Wenn du lange keinen Alkohol mehr getrunken hast, dann ist das erste Glas wie das erste in deinem Leben. Wenn du trinkst, trinke mit Vorsicht! Ein Mix aus Drogen und Alkohol kann fatal sein – überlasse Cocktails lieber James Bond!

Injizieren

Wenn du in Haft mit dem Drücken aufgehört hast, dann tu dir einen Gefallen und fang nicht wieder an. Falls du nicht damit aufhören kannst, hol dir ärztlichen Rat oder geh zu einer Drogenberatungsstelle. Denk dran: Spritzen und Zubehör mit anderen zu teilen kann tödlich sein, deshalb:

- *Besorg dir saubere Spritzen von einer Spritzenumtausch-Stelle.*
- *Teile mit niemandem Spritzen und Nadeln.*
- *Teile kein Wasser zur Spritzenreinigung, keine Filter, Löffel, Substanzen zum Mischen usw.*
- *Teile Drogen nicht mittels Backloading oder Frontloading.*
- *Andere Drogengebraucher/innen können infiziert sein. Vermeide daher auch ungeschützten Sex und Blut-Blut-Kontakte (z.B. durch gemeinsam benutztes Rasierzeug).*
- *Nimm eine kleinere Dosis, wenn du wieder mit Drogen beginnst.*

6. TÄTOWIERUNGEN UND PIERCINGS

Im Gefängnis ist Tätowieren verboten. Außerdem müssen beim Tätowieren und Piercen bestimmte Hygieneregeln eingehalten werden, damit es nicht zu Gesundheitsschäden kommt. In Haft ist das aber (fast) unmöglich. Dort werden Tattoos und Piercings in der Regel mit Nadeln (oder anderen scharfen Gegenständen) gemacht, die vorher bereits bei anderen benutzt worden sind und deshalb mit Blutresten verunreinigt sein können. Deshalb sollte man so etwas lieber „draußen“ machen lassen, von Profis und mit sterilem Gerät.

Generell gilt: Beim Tätowieren und Piercen lassen sich Infektionsrisiken leicht vermeiden, indem das „Werkzeug“ ausgekocht oder desinfiziert wird (siehe hierzu Teil II, Kap. 4.3). Im Gefängnis setzt dies voraus, dass die entsprechenden Mittel verfügbar gemacht werden.

Im Folgenden geben wir Ratschläge zur Vermeidung von Infektionen beim Durchstechen der Haut. Auch wenn im Gefängnis nicht alle davon befolgt werden können, weil die entsprechenden Materialien nicht zur Hand sind und unter Zeitdruck tätowiert werden muss, sollte zumindest versucht werden, das Infektionsrisiko zu mindern.

6.1 INFEKTIONSRIKEN BEIM TÄTOWIEREN UND PIERCEN²²

Intakte Haut (ohne Schnittwunden, Abschürfungen oder sonstige Verletzungen) bildet eine natürliche Schutzbarriere gegen Krankheitserreger wie Bakterien, Pilze und Viren (z.B. HIV, Hepatitis B und C). Bei verletzter Haut können diese in den Körper gelangen und Infektionen verursachen. So etwas kann z.B. passieren, wenn die Haut mit verunreinigten Gegenständen (Nadeln u.Ä.) durchstoßen oder punktiert wird.

Infektionen sind aber auch möglich, wenn die Haut nicht verletzt wird. Schon beim Kontakt mit gebrauchtem Tätowierzubehör können Staphylokokken, Streptokokken und andere Bakterien übertragen werden. Durch Hautkontakt kann es ebenso zu Herpes (Virusinfektion), Ringelflechte und Tinea (Pilzinfektionen) oder Krätze (Milbeninfektion) kommen. Solche Mikroorganismen sind überall – auf der Haut, in Lebensmitteln, in Schmutz – und können durch ungewaschene Hände, verunreinigte Gegenstände oder den Kontakt mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten übertragen werden.

Selbst wenn man alle sichtbaren Verschmutzungen entfernt hat, kann es zu Infektionen kommen: Durch solch oberflächliches Reinigen erreicht man keine in unsichtbaren Blutresten enthaltenen Krankheitserreger wie z.B. HIV, Hepatitis-B- und -C-Virus. Gefangene müssen über diese Infektionsrisiken Bescheid wissen und – falls sie tätowieren und piercen wollen – hygienisch und sicher arbeiten. Das betrifft den Gebrauch von Zubehör wie auch die Arbeitsmethoden.

²² Nach „Australian New South Wales Code of Best Practice“, siehe auch www.health.nsw.gov.au/public-health/ehb/publications (Skin Penetration Industries)

6.2 HYGIENISCH UND SICHER ARBEITEN

Händewaschen

Händewaschen, Hand- und Nagelpflege sind die ersten Schritte, um die Übertragung von Krankheitserregern zu stoppen. Schnitte und Abschürfungen an den Händen sollten mit einem wasserdichten Pflaster abgedeckt werden, das regelmäßig zu wechseln ist – spätestens dann, wenn es verschmutzt ist.

Auf allen Flächen und Gegenständen können Krankheitserreger haften, die bei Berührung auf die Hände gelangen. Je mehr man anfasst, desto mehr ist die Haut mit Krankheitserregern belastet. Deshalb gilt beim Tätowieren und Piercen: Hände sorgfältig waschen

- unmittelbar vor und nach jeder Sitzung
- nach Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten
- unmittelbar vor dem Anziehen neuer Handschuhe
- unmittelbar nach dem Ausziehen der Handschuhe
- nach Berühren von Nase oder Mund
- vor und nach dem Rauchen, Essen und Trinken
- nach dem Gang zur Toilette
- vor und nach der Wundbehandlung/dem Verbandswechsel.

Und so sollten die Hände gewaschen werden:

- unter fließend warmem Wasser nass machen
- einseifen und kräftig reiben
- etwa 15 bis 20 Sekunden gründlich waschen, das heißt auch Handrücken, Handgelenke, Daumen und Fingerzwischenräume
- gründlich abspülen
- sorgfältig mit einem Papierhandtuch abtrocknen.

Keine Nagelbürste benutzen, um die Hände zu schrubben: Das kann die Haut beschädigen!

Materialien

- Fürs Tätowieren und Piercen wird sterilisiertes, für den einmaligen Gebrauch bestimmtes Gerät empfohlen. Einweg-Materialien sind nicht immer sterilisiert!
- Sterilisiertes Material sollte unmittelbar vor der Sitzung bereitgelegt (aber noch nicht aus der Verpackung herausgenommen) werden, damit in einem Zug gearbeitet werden kann. Unterbrechungen erhöhen das Infektionsrisiko.
- Alle Materialien sind nach der Sitzung zu entsorgen – auch solche, die nicht zum Einsatz kamen – oder aber zu reinigen und bei Bedarf zu sterilisieren, bevor sie weiterverwendet werden.

Einweg-Materialien immer nur bei einer einzigen Person benutzen!

Flüssigsubstanzen

- Flüssigsubstanzen (z.B. Lotionen, Cremes, Öle, Farben) sollten für jede/n Gefangene/n einzeln abgemessen und in eigenen Behältern bereitgestellt werden. Reste oder nicht gebrauchte Substanzen sind nach der Sitzung wegzuwerfen.
- Können Flüssigsubstanzen nicht für jede/n einzeln vorbereitet werden, sollte man Einweg-Behälter und Applikatoren verwenden.
- Wieder verwendbare Behälter sollten gereinigt oder bei Bedarf nach jedem Gebrauch sterilisiert werden.
- Beim Aufbringen von Flüssigsubstanzen sollte man Tuben mit Klappverschluss oder Spender verwenden.
- Flüssigsubstanzen sollten jedes Mal (auch bei derselben Person) mit einem sauberen, ungebrauchten Applikator oder Löffel entfernt werden.
- Abgefüllte Substanzen sollten nie in den Originalbehälter zurückgegeben werden.
- Wer Schnitte oder Wunden hat, die nicht ausreichend abgedeckt werden können und während der Sitzung möglicherweise mit Blut oder anderen Körpersubstanzen in Kontakt kommen, sollte lieber nicht tätowieren oder piercen.

Schutzhandschuhe

Während der gesamten Sitzung sollten Einmal-Handschuhe getragen werden. Falls keine verfügbar sind, sollte man sich wenigstens sorgfältig die Hände waschen. Einmal-Handschuhe sind nach dem Gebrauch fachgerecht zu entsorgen.

Mehrzweck-Handschuhe, z.B. aus Gummi, sollten getragen werden

- beim Säubern der Geräte
- beim Desinfizieren
- beim Umgang mit Chemikalien.

Mehrzweck-Handschuhe sollten nach jedem Gebrauch mit einem Reinigungsmittel gesäubert, dann gespült und zum Trocknen umgestülpt werden. Man sollte sie vor jedem Gebrauch prüfen und bei Schadhaf-tigkeit wegwerfen. Nach jedem Gebrauch der Handschuhe sollten die Hände gewaschen werden.

Vorbereitung der Sitzung

Bevor man mit dem Tätowieren oder Piercen beginnt, sollte man die Haut mit einem antiseptischen Mittel säubern und an der Luft trocknen lassen. Die für diesen Zweck geeigneten Lösungen enthalten 70- bis 80-prozentigen Äthyl- oder Isopropylalkohol oder Jod auf Wasser- oder Alkoholbasis.

Reinigung verwendeter Materialien

Vor ihrer Wiederverwendung werden alle Gegenstände mit warmem Wasser und Reinigungsmittel gewaschen, um auf ihrer Oberfläche befindliche Mikroorganismen zu reduzieren. Das Entfernen von Verunreinigungen, das heißt von allen sichtbaren organischen Stoffen und anderen Rückständen, ist auch und gerade vor der Desinfektion oder Sterilisation wichtig, weil sie den Desinfektions- oder Sterilisationsprozess beeinträchtigen können.

Alle Oberflächen sind nach jeder Verschmutzung sofort sorgfältig zu reinigen und abzuspülen. Eine fachgerechte Reinigung stellt sicher,

dass sich auf der Oberfläche der Materialien keine sichtbaren Rückstände mehr befinden.

Und so wird richtig gereinigt:

- Stelle Reinigungsmittel bereit. Prüfe vor der Verwendung die Herstellerhinweise auf der Packung.
- Reinige die Materialien in einem eigens dafür vorgesehenen Bereich.
- Nimm zerlegbares Gerät auseinander und entsorge alle nicht wieder verwendbaren Teile.
- Tauch die Materialien in warmes Wasser und Reinigungsmittel und entferne sichtbaren Schmutz. Schrubbe sie anschließend unter Wasser vorsichtig mit einer sauberen Bürste ab.
- Spüle die Materialien mit warmem bis heißem Wasser ab.
- Lass die Materialien an der Luft trocknen oder trockne sie mit einem fusselfreien Tuch ab.
- Lagere die Gegenstände in versiegelten Behältern oder an einem sauberen, trockenen und staubfreien Ort.
- Pflege der Reinigungsutensilien: Bürsten, Schutzhandschuhe und andere Sachen, die man zum Reinigen verwendet, sollten stets sauber und einsatzbereit sein. Man lagert sie an einem sauberen und trockenen Ort. Beschädigte Reinigungsutensilien reinigen nicht mehr wirksam und können Mikroorganismen auf zu reinigende Gegenstände übertragen.

Desinfektion

Die zum Tätowieren und Piercen verwendeten Geräte müssen zunächst sorgfältig gereinigt werden, weil Krankheitserreger durch Schmutz vor Desinfektionsmitteln geschützt sind. Danach werden die Geräte durch Auskochen oder mit Bleichmittel, Alkohol oder einer Jodverbindung desinfiziert (siehe hierzu Teil II, Kap. 4.3). Desinfektion kann Krankheitserreger sehr stark reduzieren, aber nicht völlig beseitigen, weshalb alle Geräte, mit denen die Haut durchstochen wird, zusätzlich sterilisiert werden sollten (siehe unten). Nach der Desinfektion sollten die Materialien an der Luft getrocknet und anschließend sauber, trocken und staubfrei gelagert werden.

Sterilisation

Tätowiernadeln werden zuerst gereinigt und desinfiziert und anschließend sterilisiert, indem man sie für 20 bis 30 Minuten bei 200 Grad Celsius in den Ofen legt (am besten in einer selbst gebastelten Box aus Aluminium). Das geht aber nur, wenn die Nadeln nicht mit Plastikteilen verbunden sind; diese würden nämlich schmelzen.

HIV und Hepatitis-C-Viren können durch Mikrowellenstrahlung inaktiviert werden; es reichen drei Minuten bei 360 Watt aus. Risiken, die vor allem das Zubehör und Flüssigkeiten betreffen, können dadurch minimiert werden. Nadeln und andere Metallteile können allerdings nicht in der Mikrowelle behandelt werden.

6.3 NACH DEM TÄTOWIEREN²³

- Die frisch tätowierte Stelle wie eine Wunde behandeln: Wundsalbe auftragen und zwei bis drei Stunden mit Folie oder Mullbinde abdecken; so vermeidest du vorzeitiges Austrocknen oder Krustenbildung. Dann den Verband nass machen (beim Waschen oder unter der Dusche) und vorsichtig ablösen.
- Das Tattoo zweimal täglich mit lauwarmem Wasser und parfümfreier Seife waschen – am besten mit deinen (sauberen!) Händen, ein Waschlappen ist zu rau. Danach zur schnelleren Heilung wieder Wundsalbe dünn auftragen.
- Kruste nicht entfernen (sie fällt von selbst ab) und nicht „aufweichen“ lassen, z.B. durch zu häufiges Waschen, Baden oder Salben, sonst heilt die Wunde möglicherweise nicht richtig ab.
- Solange die Wunde nicht abgeheilt ist, sollte sie nicht mit Schmutz oder Staub in Berührung kommen.
- Bei Entzündungen sofort zum Arzt/zur Ärztin gehen (dass du wegen der Tätowierung Ärger bekommst, ist sehr unwahrscheinlich) und auf keinen Fall warten, bis sich die Entzündung ausgebreitet hat!

²³ Kapitel 6.3 und 6.4 sind aus der Broschüre „Tattoo und Piercing in Haft“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. entnommen.

6.4 SPEZIELLE INFOS ZUM PIERCEN

Wer pierct, muss unbedingt anatomische Grundkenntnisse haben! Wird zu oberflächlich „gestochen“, wächst das Piercing schnell wieder heraus, wird zu tief gepierct, können Nerven geschädigt werden. Ungefähr in der Mitte der Augenbraue zum Beispiel und am Nasenflügel entlang verlaufen Äste des Trigemini-Nervs, die auf keinen Fall verletzt werden dürfen – dauerhaftes Taubheitsgefühl kann die Folge sein.

Lass dich nicht von jemandem piercen, der das noch nie gemacht hat. Guck dir lieber die Ergebnisse von Leuten an, die schon Erfahrung haben.

Risiken beim Piercen

- **Ohrknorpel** heilt schlechter als Ohrläppchen (wegen des unterschiedlichen Gewebes, außerdem ist beim Liegen der Druck auf den Knorpel größer als aufs Ohrläppchen)
- **Brustwarzen-Piercings** bei Frauen können Milchgänge durchstoßen; das führt später oft zu Entzündungen und zu Schwierigkeiten beim Stillen
- **Bauchnabel-Piercings** entzünden sich schnell, weil oft nicht genug Luft an die Haut kommt und sich am Bauchnabel schnell Feuchtigkeit sammelt – ein guter Nährboden für Bakterien...

Nach dem Piercen

- **Lippen- oder Zungenpiercing:** In den ersten Tagen den Mund nach jedem Essen mit einer Mundspüllösung ausspülen, am besten mit antibakteriellem Mundwasser, zur Not aber auch mit Salbeitee. Aufs Rauchen sowie auf Milchprodukte und stark gefärbte Lebensmittel verzichten, um Entzündungen zu vermeiden. Bei Schmerzen kann das Lutschen von Eiswürfeln hilfreich sein (wirkt abschwellend und schmerzstillend).
- **Nasen-, Bauchnabel- oder Brustwarzen-Piercing:** Die gepiercte Stelle zweimal am Tag mit Wasser reinigen; beim Waschen und Duschen ein mildes Hautreinigungsmittel benutzen. Solange sich kei-

II.6

ne Kruste gebildet hat, etwas Wundsalbe auf den Ring oder Stift geben und diesen anschließend leicht hin und her bewegen; so werden auch die Stichkanäle versorgt. Krusten mit einem sauberen Wattestäbchen entfernen, möglichst mit Desinfektionsmittel, das auch für den Einsatz an Schleimhäuten geeignet ist. Kleidung darf nicht zu eng sitzen oder scheuern. Bei Entzündungen sofort zum Arzt/zur Ärztin gehen und auf keinen Fall warten, bis sich die Entzündung ausgebreitet hat!



METHODEN UND ORGANISATION

III.



1. RISIKOMINIMIERENDE MASSNAHMEN IN GEFÄNGNISSEN – WIE UND WARUM?

Es liegt auf der Hand, dass für das Gefängnis besondere Strategien zur Risikominimierung entwickelt werden müssen, um Probleme wie den intravenösen Drogenkonsum, ungeschützte Sexualkontakte, das Tätowieren und Piercen mit nicht sterilen Instrumenten, mangelndes Wissen über HIV/Aids und Hepatitis oder die Dynamik der Sucht anzugehen.

Die begrenzten Möglichkeiten im Gefängnis erfordern Kreativität und ungewöhnliche Maßnahmen. Gefragt sind „zweitbeste“ oder „Besser-als-nichts“-Strategien, die effektive und pragmatische Lösungen für die genannten Probleme bieten. Manchmal kann man dazu auf gefängnistypische Regeln zurückgreifen. So wissen wir zum Beispiel, dass beim gemeinsamen Spritzengebrauch HIV-positive Gefangene als Letzte spritzen. Oder eine gebrauchte Spritze wird „gereinigt“, indem mehrere Male kaltes Wasser durch die Spritze gezogen wird, weil es keine Möglichkeiten zur effektiven thermischen oder chemischen Desinfektion gibt. Um Gesundheitsrisiken zu vermeiden, entwickeln Gefangene ihre eigenen Formen der Risikobeurteilung – die manchmal mit wissenschaftlich gesicherten Fakten nicht sehr viel zu tun haben. So kann es zum Beispiel zu „fatalen Irrtümern“ kommen, wenn Gefangene ihre Partner/innen beim Needle-Sharing auswählen, indem sie anhand der Färbung der Augen eine Hepatitis auszuschließen versuchen.²⁴ Vertrauen spielt eine große Rolle unter Gefangenen, in ihrer Kultur und Hierarchie. Die genannten Punkte können als Ansatzpunkte für risiko-

²⁴ Bei einer Hepatitis färben sich Haut und Augenschleimhäute manchmal gelb (= Ikterus/„Gelbsucht“), allerdings eher selten – bei einer Hepatitis B nur in etwa jedem dritten, bei einer Hepatitis C in etwa jedem zehnten Fall.

minimierende Maßnahmen dienen, wenn es um Drogengebrauch in Haft, die Haftbedingungen und die Verbreitung von viralen Infektionen geht. Schadensminimierung sollte das vorhandene Wissen und die Praktiken der Zielgruppen integrieren: Häufig wissen Drogengebraucher/innen nämlich schon vielmehr als Trainer/innen von draußen, und die Bediensteten haben meist bereits eigene Strategien zum Umgang mit Personen entwickelt, die unter Drogen stehen. Diese Erfahrungen sollten die Grundlage für weitere Diskussionen sein.

Wenn man Informationsmaterialien zum Thema Risikominimierung im Gefängnis entwickelt, müssen die Besonderheiten dieses Umfeldes mitbedacht werden. Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienstes benötigen andere Informationen als diejenigen des Allgemeinen Vollzugsdienstes. Gefangene haben ihren eigenen Hintergrund, eine spezifische Subkultur und Sprache. Präventionsmaterial, das für die Zielgruppen draußen bestimmt ist, kann nicht einfach auf die Bedingungen im Gefängnis übertragen werden. Die relevanten Zielgruppen benötigen eigene, an die Haftsituation angepasste Versionen. Dazu müssen auch Anregungen und Hinweise von den infrage kommenden Zielgruppen berücksichtigt werden, die man im Rahmen von Interviews oder gezielten Gruppendiskussionen bekommen kann. Die Entwürfe zu Text und Gestaltung müssen von den Zielgruppen bewertet und schließlich angenommen werden. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärt, es sei „wichtig zu erkennen, dass die Gefängnisumgebung in erheblichem Maß sowohl von den Bediensteten als auch den Gefangenen beeinflusst wird. Beide Gruppen sollten daher aktiv beteiligt werden bei der Entwicklung und Umsetzung effektiver Präventionsmaßnahmen sowie der Weitergabe wichtiger Informationen ...“ (übersetzt nach WHO 1993).

Eine sehr hilfreiche Strategie kann es sein, ein Netzwerk von Schlüsselpersonen aufzubauen, das im Hintergrund Unterstützung bietet. Diese Schlüsselpersonen sollten nach ihrer Rolle und Funktion in ihrem jeweiligen Netzwerk (z. B. Angebote für Drogen gebrauchende Gefangene) ausgewählt werden. Beim Entwickeln und Umsetzen von Modulen risikominimierender Maßnahmen im Gefängnis ist es dann ihre Aufgabe, wichtige Informationen über die Situation in ihrem Arbeitsbereich zur Verfügung zu stellen (im Hinblick auf besondere Bedürfnisse,

die Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen, das Einbeziehen weiterer Schlüsselpersonen usw.).

In vielen europäischen Ländern sind Drogenberatungsstellen, Aidshilfe-Projekte und andere Gesundheitsdienste in die Behandlung und Beratung Drogen gebrauchender Gefangener einbezogen. Einige Gefängnisse haben sogar eigene Beratungsgremien zu Drogenfragen. Manchmal sind kommunale Sozialarbeiter/innen und Gesundheitsdienste in gesundheitsfördernde und risikominimierende Aktivitäten einbezogen. Meist bringen ihnen die Gefangenen eher Akzeptanz und Vertrauen entgegen als den Bediensteten, weil sie nicht Teil des Gefängnisystems sind. In einigen Ländern haben diese Betreuer/innen von außerhalb die Pflicht, Vertraulichkeit zu wahren, und ein Zeugnisverweigerungsrecht. Aufgrund ihrer wertvollen Fachkenntnisse, z. B. über Inhalte und Anforderungen verschiedener Angebote der Drogenhilfe, können sie die Gefangenen über die Angebote innerhalb und außerhalb des Gefängnisses informieren sowie Drogenkonsument(inn)en in ihrem Abstinenzwunsch unterstützen, z. B. durch Vermittlung in interne oder externe Therapieprogramme. Und nicht zuletzt können sie eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von Botschaften zur Prävention und Schadensminimierung spielen. Die Einbindung von Mitarbeiter(inne)n aus externen Drogen- und Aidshilfen erleichtert den Aufbau von Kooperationsbeziehungen, mit deren Hilfe Prävention und Behandlung innerhalb und außerhalb des Gefängnisses besser miteinander verzahnt werden können. Diese Vernetzung trägt zur Kontinuität in der Gesundheitspflege bei und verhindert Unterbrechungen der Inanspruchnahme der Angebote bzw. von Behandlungen. Sie fördert die Verbundenheit zwischen Gefängnis und Kommunen und unterstreicht die Notwendigkeit und die Vorteile einer Ausrichtung der Gefängnisse auf die Gemeinschaft hin.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Wenn risikominimierende Maßnahmen im Gefängnis entwickelt werden, sollten diese auf die besonderen Bedürfnisse und Ansichten (oder Mythen) sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Zielgruppen abgestimmt werden. Strategien, die sich draußen bewährt haben, können im Gefängnis nicht ohne eine Anpassung an die dort herrschenden Bedingungen angewendet werden.

Im Folgenden unterscheiden wir zwischen drei zentralen Ansätzen zur Risikominimierung im Gefängnis:

- einem individuellen Ansatz, der auf Verhaltensänderung von Gefangenen abzielt, z.B. durch individuelle Beratung (Teil III, Kap. 6)
- einem gruppenorientierten Ansatz, der auf den Erwerb von Wissen und Fähigkeiten und auf die Veränderung von Einstellungen und Verhalten abzielt – sowohl für Gefangene als auch für Bedienstete, hauptsächlich durch Trainingsseminare (Teil III, Kap. 7 und 8)
- „materielle“ Angebote – z.B. die Ausgabe von Kondomen, Bleichmitteln (zur Desinfektion) oder Spritzen (Teil III, Kap. 9) – und unterstützende Maßnahmen, z.B. die Erstellung und Verteilung einer Zeitung, eines Magazins oder Flugblatts für Insass(inn)en (Teil III, Kap. 10).

Bevor die Berater/innen jedoch die Themen Safer Use und Safer Sex ansprechen können, müssen sie erst einmal Kontakt zu den inhaftierten Drogengebraucher(inne)n haben. Das ist oft leichter gesagt als getan, weswegen wir auf dieses Thema gesondert eingehen (Teil III, Kap. 5). Wenn man Drogenkonsument(inn)en im Gefängnis erreichen will, liegt ein Grundproblem darin, dass sie sich als ehemalige oder gegenwärtige Drogengebraucher/innen „outen“ müssen – und das in einer Einrichtung, die dieses Verhalten generell mit schweren Sanktionen belegt (u. a. durch den Verlust von Privilegien).

Alle drei Ansätze für eine Risikoreduktion werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

2. PROBLEME BEI DER ÜBERTRAGUNG VON RISIKOMINIMIERENDEN MASSNAHMEN AUF DAS GEFÄNGNIS

„Draußen“ verbreitete Strategien zur Risikominimierung werden im Gefängnis oft als ein Unterlaufen der Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenangebots betrachtet: Auf der einen Seite den hygienischen Gebrauch von Drogen zu unterstützen (durch die Abgabe von Bleichmitteln und Spritzen/Nadeln) und auf der anderen Seite Drogen zu konfiszieren, wird als fundamentaler Widerspruch wahrgenommen. Risikominimierung stellt eine Gefängnispolitik in Frage, die für ein generelles Drogenverbot steht, und einigen mag es so erscheinen, als würden die mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken nicht ernst genug genommen.

Diese Risiken stehen aber gerade im Zentrum von Strategien zur Risikominimierung, die zu den auf Drogenfreiheit zielenden Strategien hinzukommen. Drogengebrauch sollte vermieden werden, aber wenn Drogen konsumiert werden – und das scheint in den meisten Gefängnissen der Fall zu sein –, dann geht es darum, irreversible, also nicht mehr rückgängig zu machende Schäden für die Gesundheit der Gefangenen, des Gefängnispersonals und der Partner/innen und Familien der Inhaftierten zu vermeiden. Gefangene sollten das Gefängnis nicht mit mehr Gesundheitsschäden verlassen, als sie vor Haftantritt hatten. Diese Sichtweise wird auch von der Weltgesundheitsorganisation vertreten (WHO 1993).

Die meisten Drogengebraucher/innen verheimlichen ihren Drogenkonsum, um keine bereits erworbenen Privilegien (Ausgang/Urlaub,

Häufigkeit von Besuchen, Pakete usw.) zu verlieren (z. B. durch Absonderung) oder um nicht verschärften Kontrollen ausgesetzt zu sein (Körperkontrollen bei sich selbst und bei den Besucher[inne]n oder Zellkontrollen). Außerdem wollen sie der Diskriminierung durch ihre nicht Drogen gebrauchenden Mitgefangenen entgehen, die Angst vor der Übertragung von Infektionskrankheiten haben.

Vor diesem Hintergrund ist es schwierig, im Strafvollzug angemessen mit den Gesundheitsrisiken von inhaftierten Drogengebraucher(inne)n umzugehen. Die fehlende Anonymität und Vertraulichkeit erschwert es manchmal schon sehr, mit der Zielgruppe überhaupt über Drogen, Sex und Infektionskrankheiten ins Gespräch zu kommen.

Andere Probleme sind:

- geschlechtsspezifische Tabus (Männer, die Sex mit Männern haben, sich aber nicht als Homosexuelle identifizieren)
- Wie können das Wissen, die Erfahrung und der Status des Anstaltsarztes/der Anstaltsärztin bzw. des medizinischen Personals genutzt werden?
- Einbezug von Selbsthilfegruppen oder Selbstorganisation
- Die vermittelten Kenntnisse sollten über die Dauer der Haft hinaus angewendet werden können.
- die besonderen Gefängnisbedingungen: Überbelegung, Infrastruktur, „Gesunde Gefängnisse“, Kommunikations- und Kooperationsstrukturen.

III.2

3. ORGANISATORISCHE ASPEKTE

Das Ziel schadensminimierender Angebote im Gefängnis ist es, einen vernünftigen Zugang zu Gesundheitsthemen zu ermöglichen, der sowohl den Drogengebrauch der Gefangenen als auch die Gesundheitsrisiken für die Bediensteten berücksichtigt. Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Umsetzung sorgfältig geplant werden. Man kann sich dieser Aufgabe mit den folgenden Schritten nähern:

- Bedürfniserfassung/Informationssammlung
- Prioritäten- und Zielsetzungen
- Bestimmung der Zielgruppe/n
- Auswahl eines Ansatzes
- Vorbereitung und Durchführung
- Dokumentation und Auswertung (Evaluation).

3.1 BEDÜRFNISERFASSUNG/ INFORMATIONSSAMMLUNG

Ausgangspunkt ist eine Bedürfniserfassung, die auf einer generellen Verständigung über Ziele und Zielgruppe(n) basieren sollte. Als erster Schritt müssen daher Informationen über folgende Themen gesammelt werden:

- Welche Bedürfnisse/Probleme haben die Gefangenen/Bediensteten in Sachen Gesundheitsschutz und Risikovermeidung?
- Welche Angebote gibt es bereits?
- Wie funktionieren diese Angebote (Qualität, Zugangsmöglichkeiten usw.)?
- Welche Angebote fehlen?

Diese Informationen sind zur Überprüfung der Vor-Annahmen nötig. Auch bieten sie die Grundlage zur Setzung von Prioritäten bei der genauen Bestimmung von Zielen und Zielgruppe(n).

In diesem Prozess sind folgende Schritte wichtig:

- Sammeln und Auswerten schriftlicher Informationen, z.B.
 - Statistiken über die Merkmale der Zielgruppe(n) (Alter, Geschlecht, ethnischer, sozio-ökonomischer Hintergrund, spezifische Gesundheitsrisiken, Problembewusstsein, Kenntnisse usw.)
 - Untersuchungen über Drogenkonsument(inn)en in Haft
 - Berichte von Gefängnisdiensten und kommunalen Einrichtungen (Zahl der Drogengebraucher/innen, Konsumformen, Informationen über die zur Verfügung stehenden Angebote der Gesundheitsversorgung, Informationen über Gesundheitsprobleme usw.)
- Ermittlung und Befragung von Schlüsselpersonen, z.B. Vollzugsbedienstete, Mitarbeiter/innen kommunaler Einrichtungen, Drogenkonsument(inn)en usw.
- Sammeln von Informationen über die Abläufe innerhalb der Haftanstalt (welche Drogen werden wann und wo konsumiert, welchen Gesundheitsproblemen und Risiken sind Inhaftierte und Mitarbeiter/innen ausgesetzt usw.).

III.3

Dabei sollte man bedenken, dass diese Informationsquellen ihre eigenen Grenzen haben und zu Verzerrungen führen. Informationen sollten daher immer geprüft und miteinander verglichen werden, um sich ein annähernd zutreffendes Bild von der Situation machen zu können.

Hilfreich ist es, sich für die Informationssammlung einen groben Plan zurechtzulegen:

- Welche Daten sind relevant (wie viele Drogengebraucher/innen sind HIV-positiv, wie viele injizieren, wie viele sind obdachlos usw.)?
- Wo sollen die Daten erhoben werden (bei welchen Organisationen, in der Szene usw.)?
- Wer soll die Informationen sammeln?

3.2 PRIORITÄTEN- UND ZIELSETZUNG

Auf der Grundlage der gesammelten Informationen können nun die Prioritäten für Maßnahmen zur Risikominderung gesetzt werden. Zunächst muss klar sein, welche Ziele erreicht werden sollen; diese Ziele gilt es aus verschiedenen Gründen klar zu formulieren:

- Für die beteiligten Personen (Gefangene ebenso wie Bedienstete) soll eine gemeinsame Basis geschaffen werden.
- Der „Außenwelt“ soll die Zielsetzung erklärt werden. Dies nicht nur, um Politiker/innen von der Dringlichkeit finanzieller Unterstützung zu überzeugen, sondern auch wegen der Öffentlichkeitsarbeit allgemein.
- Wichtig ist ein Standard, an dem sich die Resultate messen lassen – zum einen, weil die Ergebnisse der Arbeit gegenüber politisch Verantwortlichen, unterstützenden Organisationen usw. belegt werden müssen, zum anderen, damit auch die „eigene“ beauftragende Organisation Einblick in die Ergebnisse der Arbeit bekommt. Auf dieser Basis kann man aus Erfolgen und Misserfolgen lernen und den eigenen Ansatz entsprechend verbessern. Die Ziele sollten darum „intelligent“ sein, u. a.:
 - **spezifisch:** Es sollte so genau wie möglich beschrieben werden, was durch die Aktivitäten erreicht werden soll. Globale Ziele wie „Minderung riskanten Verhaltens innerhalb der Zielgruppe“ reichen nicht aus.
 - **messbar:** Eine abschließende Auswertung sollte feststellen können, ob die gewünschten Ziele erreicht worden sind.
 - **annehmbar, und zwar für beide Seiten:** Inhaftierte wie Gefängnisverwaltung und Bedienstete sollten über Ziele und Inhalt der Arbeit voll informiert sein, sonst könnte Misstrauen entstehen oder die Arbeit als bedrohlich empfunden werden.
 - **realistisch:** Die Ziele sollten auch erreichbar sein. Hierbei ist es wichtig, Prioritäten zu setzen (welche Ziele sind die wichtigsten, welche sind weniger wichtig?) und sich ein Bild davon zu machen, was in der aktuellen Situation wirklich zu erreichen ist. Es

macht z.B. keinen Sinn zu behaupten, die Aktivitäten zielten darauf ab, alle Gefangenen drogenfrei zu machen.

- **zeitspezifisch:** Wie viel Zeit braucht man, um die angestrebten Ziele zu erreichen?

Risikomindernde Aktivitäten im Gefängnis können zum Beispiel folgende Ziele haben:

- Bei Bediensteten und Gefangenen das Wissen über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten (Safer Use/Safer Sex) vertiefen.
- Bei Drogengebraucher(inne)n das Gesundheitsbewusstsein steigern (auf Verletzungen und Ernährung achten usw.).
- Bei Gefängnispersonal und Inhaftierten soziale Normen, Einstellungen und Verhalten ändern.

3.3 BESTIMMUNG DER ZIELGRUPPE/N

Die Auswahl der Zielgruppe/n ist eng verbunden mit der Zielsetzung des Projekts; sie kann z.B. erfolgen über

- Prioritäten innerhalb eines Problembereichs, z.B. auf der Grundlage eines epidemiologischen Profils
- Abklärung der Reichweite bereits existierender Präventionsprogramme
- pragmatische Kriterien.

Prioritäten innerhalb eines Problembereichs

Bei Maßnahmen zur Risikominimierung haben Zielgruppen mit einem hohen Grad an Gesundheitsrisiken generell Priorität; das gilt für Häftlinge genauso wie für das Personal. Deswegen kann ein epidemiologisches Profil sehr nützlich sein: Um Prioritäten festzulegen, braucht man Informationen über die Infektionsraten (also z.B. darüber, wie viele Gefangene HIV-positiv sind oder schon Aids haben) und über die zu erwartende Entwicklung. Diese Informationen können aus unterschiedlichen Quellen stammen:

- Studien, Dokumentationen
- HIV-Beratungs- und Testprogramme
- Aidshilfen

- Studien zu Kenntnissen, Einstellungen, Überzeugungen und Verhalten
 - Medizinische Dienste in Haftanstalten
- usw.

Abklärung der Reichweite bereits existierender Präventionsprogramme

Gleichzeitig mit der Erstellung eines epidemiologischen Profils kann man Daten darüber sammeln, welche Inhaftierten oder Gruppen von den derzeitigen Aktivitäten nicht erreicht werden, z.B.

- nichtabhängige Gelegenheitskonsument(inn)en – weil die HIV/Aids- und Hepatitis-Prävention vor allem auf intravenös konsumierende Drogenabhängige abzielen;
- Frauen, Homosexuelle und Angehörige ethnischer Minderheiten – auch sie werden leicht übersehen;
- Insass(inn)en, die zwar über HIV/Aids und Hepatitis, Safer Use und Safer Sex informiert worden sind, aber ihr Verhalten offenbar nicht geändert haben; Ursachen dafür könnten sein:
 - unvollständige oder nicht auf das Individuum zugeschnittene Informationen
 - ein falscher Ansatz, z.B. Informationsabfrage während einer Beurteilung zur Aufnahme in ein Substitutions-Programm
 - besondere Umstände oder Probleme seitens der Drogenkonsument(inn)en, wie Misstrauen, Mangel an Motivation, negative Einstellung, soziale Normen, Mangel an Ressourcen usw.

Pragmatische Kriterien

Erfahrungen mit Maßnahmen zur Risikominimierung in Haftanstalten zeigen, dass bei der Auswahl der Zielgruppe(n) pragmatische Erwägungen sehr hilfreich sein können. Im Allgemeinen sollte man mit der Unterrichtung der Gefängnisbediensteten beginnen, da deren Unterstützung für eine erfolgreiche Arbeit mit inhaftierten Drogenkonsument(inn)en notwendig ist.

3.4 AUSWAHL EINES ANSATZES

Wir unterscheiden in diesem Kapitel zwischen drei Ansätzen zur Risikominderung im Gefängnis:

- individueller Zugang (Einzelberatung)
- gruppenorientierter Zugang (Schulung/Training)
- strukturelle Angebote und unterstützende Maßnahmen.

Die Wahl des Zugangs hängt von verschiedenen Faktoren ab, z.B.

- **der/den Zielgruppe/n:** Ein individueller Zugang sollte bevorzugt werden, wenn man sich auf einzelne Bedienstete oder Insass(inn)en konzentriert oder aber versucht, „neue“ Personen in risikomindernde Maßnahmen einzubinden. Alternativ kann natürlich auch ein Seminar eingesetzt werden, um Personen zu erreichen, die bisher nicht beteiligt sind.
- **den Zielen:** Sollen z.B. möglichst schnell möglichst viele Gefangene informiert werden („Schneeball-Effekt“), bietet sich vielleicht eine Schulung oder ein Training für Drogen gebrauchende Gefangene an.
- **den Besonderheiten der Arbeitssituation:** Auch hier sollten pragmatische Überlegungen die Hauptrolle spielen. Welche Ansätze sind für die Beteiligten in den Justizbehörden, für Gefängnisverwaltung und Personal annehmbar?
- **den verfügbaren menschlichen Ressourcen,** z.B. hinsichtlich der Qualifikation der beteiligten Drogenkonsument(inn)en und/oder Mitarbeiter/innen oder hinsichtlich der Verfügbarkeit professioneller Unterstützung;
- **der Finanzierung:** Reichen die Mittel nicht für niedrigschwellige Arbeit durch Peers und Schulungen/Trainings zugleich aus, wird die Entscheidung häufig zugunsten der günstigeren und weniger zeitaufwendigen Peer-Arbeit ausfallen.

3.5 VORBEREITUNG UND DURCHFÜHRUNG

Bei der Vorbereitung der Aktivitäten sollte man Folgendes bedenken:

- Grundvoraussetzung sind zunächst die Erlaubnis und die Unterstützung der zuständigen Behörden (Justizministerium, Gefängnisleitung usw.). Sie sollten daher rechtzeitig und ausführlich über die geplanten Aktivitäten informiert und in die Planung einbezogen werden; dazu sollte man
 - klären, wer die Ansprechpartner/innen sind
 - die zuständigen Personen in einem Brief über Ausmaß und Reichweite der Gesundheitsprobleme und -risiken, über die geplanten Maßnahmen zur Risikominimierung sowie über die eigene Organisation informieren, ihnen zu erkennen geben, dass man ihre Unterstützung braucht, und ankündigen, dass man telefonisch um ein Treffen bitten wird, um das Vorhaben mit ihnen zu besprechen
 - telefonisch einen Termin für ein persönliches Treffen vereinbaren
 - beim Treffen das Vorhaben diskutieren und versuchen, die Ansprechpartner/innen zur Kooperation zu bewegen.

Darüber hinaus kann man ein Treffen oder ein Seminar zu diesem Thema organisieren und dazu Gefängnisverwaltung und Vertreter/innen der Justizbehörden einladen, eventuell auch Regierungsvertreter/innen oder Vertreter/innen anderer offizieller Stellen (z. B. von der WHO).

- Ebenso unerlässlich sind die Unterstützung und das Engagement der Gefängnisbediensteten. Auch sie kann man in einem Seminar (evtl. zusammen mit Inhaftierten) über die Relevanz von Maßnahmen zur Risikominderung sowohl für Inhaftierte als auch für Mitarbeiter/innen aufklären, über die Pläne informieren und sie ins Gespräch darüber bringen, wie Maßnahmen zur Risikominderung unter den in ihrer Haftanstalt herrschenden Bedingungen umgesetzt werden könnten.
- Hohe Bedeutung kommt der Zusammenarbeit zwischen den Gefängnisdiensten und kommunalen Gesundheits- und Drogeneinrichtungen bzw. der Nutzung des externen Fachwissens und externer Res-

III.3

sourcen zu (so können z.B. auch Mitarbeiter/innen externer Dienste Personal und Gefangene schulen). Eine solche Kooperation kann auch zu einer besseren Koordination zwischen den Gesundheitsangeboten beitragen: Bei der Inhaftierung von Drogenkonsument(inn)en wird die Fortsetzung einer bereits bestehenden Behandlung erleichtert, durch Rücküberweisung an die kommunalen Dienste bei der Entlassung wird sie aufrechterhalten. Erster Schritt für den Aufbau einer solchen Kooperation ist auch hier die Vorstellung der Vorhaben, z.B. im Rahmen eines Seminars für Vertreter/innen der Haftanstalt und der externen Dienste, sodass alle Beteiligten Vorschläge zur Art und Weise der Zusammenarbeit einbringen können.

Der Beitrag externer Einrichtungen zu Maßnahmen der Risikominderung im Gefängnis kann sehr unterschiedlich ausfallen. Manche bieten vielleicht professionelle Hilfe an, z.B. die Entwicklung von Arbeitsmethoden oder Schulung und Supervision der beteiligten Gefängnismitarbeiter/innen u.Ä., mit anderen Organisationen sind vielleicht eher regelmäßige Gespräche angebracht, z.B. über die Feinabstimmung der politischen Strategie oder die Schaffung einer Basis für einen befriedigenden Übergang von „draußen“ nach „drinnen“ und umgekehrt. Solche Gespräche sollten nicht auf die formale Ebene begrenzt bleiben, denn informelle Kontakte zwischen einzelnen Sozialarbeiter(inne)n können ebenfalls wertvoll und effektiv sein. Mit Hilfe dieses Prozesses lässt sich ein lokales Netzwerk aufbauen oder bestärken.

Zwischen Gefängnisverwaltung und kommunalen Gesundheitsdiensten sollten klare Vereinbarungen über die Aufgaben aller am Projekt Beteiligten (Organisationen wie Einzelpersonen) getroffen werden. Dabei müssen die besonderen Bedingungen der Haftanstalt – die Strukturen von Entscheidungsfindung, Kommunikation und Kooperation im Gefängnisystem – berücksichtigt werden. Zwischen den einzelnen Ländern und Regionen kann es da erhebliche Unterschiede geben; jede Haftanstalt hat ihre eigene Politik, ihre eigene Häftlingspopulation und ihren eigenen Stil der Kommunikation und Kooperation mit externen Drogen- und Aidshilfe-Einrichtungen. Es bedarf sorgfältiger Vorbereitung, um den besonderen Bedürfnissen der Inhaftierten wie des Personals entsprechen zu können.

- Da Drogengebrauch im Gefängnis verboten ist, Sex und Tätowieren zumindest unerwünscht sind und Sex unter Angehörigen des gleichen Geschlechts tabuisiert wird, haben die Inhaftierten ein großes Bedürfnis nach Anonymität und Schutz der Privatsphäre, was ein Hindernis für die Organisation von Maßnahmen zur Risikominimierung im Gefängnis sein kann: Viele Gefangene scheuen sich, ihren Drogengebrauch zuzugeben oder auch nur Interesse an Informationen über Safer Use zu zeigen, weil sie befürchten, dass Bedienstete darauf mit verschärften Überprüfungen wie Zellendurchsuchungen, Kontrollen der Besucher/innen oder Urintests reagieren und sie Privilegien (z. B. Ausgang, besondere Arbeitsplätze) verlieren könnten – alles Dinge, die im Haftalltag eine große Rolle spielen. Ein besonderes Problem stellt dies für Häftlinge dar, die ihren Drogengebrauch bisher erfolgreich verheimlichen konnten: Für sie käme die Teilnahme an Safer-Use-Trainings einem „Outing“ als Drogenkonsument/in gleich. Dementsprechend haben sie andere Interessen als solche Häftlinge, deren Drogenkonsum allgemein bekannt ist und die „nichts zu verlieren haben“. Auch könnten die Mitarbeiter/innen zu der Auffassung gelangen: Wer offen über Drogen, Drogengebrauch und Risikominderung im Gefängnis spricht, nimmt die mit intravenösem Drogenkonsum verbundenen Probleme nicht ernst. Aber wie auch immer – dies könnte auch als Ausgangspunkt für eine umfassende Diskussion des Themas dienen. Schwierig mit Blick auf den Schutz der Privatsphäre ist auch das Thema Sex: Mithäftlinge könnten das Interesse an einer Safer-Sex-Schulung als Zeichen für sexuelle Probleme oder für Homosexualität deuten. Die Bereitschaft zur Teilnahme an Safer-Use-/Safer-Sex-Schulungen spiegelt immer das Maß an Vertrauen und Akzeptanz im jeweiligen Gefängnisssystem wider.
- Zu erwägen ist auch die Einbeziehung weiterer Organisationen (nicht nur Drogen- und Aidshilfen, sondern generell soziale und medizinische Dienste, Politiker/innen, Parteienvertreter/innen und Vertreter/innen der Justizbehörden) und der allgemeinen Öffentlichkeit, was aber nur in Kooperation mit der Gefängnisleitung und den zuständigen Justizbehörden geschehen sollte.

- Hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt auf der Ebene der Arbeitszusammenhänge empfiehlt sich Folgendes:
 - Schon vor dem Beginn von Maßnahmen sollte geklärt werden, ob Vertreter/innen der wichtigsten Organisationen informiert werden sollten. Auf der Basis von Informationen über lokale und regionale Besonderheiten lässt sich ermitteln, mit welchen Organisationen eine Kontaktaufnahme sinnvoll ist. Im Allgemeinen bewirkt ein informelles persönliches Gespräch mehr als die Zusendung schriftlicher Informationen. Während eines ersten Treffens können Ziele und Ansatz der Maßnahmen erläutert und besprochen sowie erste Pläne für eine Abstimmung der Einrichtungen untereinander entwickelt werden.
 - Direkt vor Beginn der Maßnahmen sollte man allen betroffenen Organisationen ein Schreiben mit ausführlichen Informationen über das Projekt zuschicken; darin sollten Projektziele, -ansatz und -beginn, Kontaktpersonen usw. genannt werden.
 - In der Anlaufphase können weitere Treffen mit den Teams dieser Organisationen angesetzt werden, um deren Mitarbeiter/innen ausführlicher über die Aktivitäten zu informieren.

- Information der breiten Öffentlichkeit heißt Information der Presse. Gemeinsam mit Drogen- und Aidshilfen kann man eine allgemeine Ankündigung der Maßnahmen an die Medien verbreiten (Brief, Fax, E-Mail) und ggf. zusätzlich eine Pressekonferenz organisieren. Auf diese Weise zeigt man, dass man nichts zu verbergen hat, und kann zugleich über Maßnahmen zur Risikominimierung im Gefängnis informieren. Hat man zu einzelnen Medienvertreter(inn)en einen guten Draht oder weiß man, dass sie mit dieser Art Initiative sympathisieren, kann man sie zu einem Exklusiv-Interview oder einem Bericht anregen.

In manchen Fällen kann es allerdings besser sein, nicht gleich zu Anfang an die Öffentlichkeit zu gehen, sondern zu warten, bis man Ergebnisse vorweisen kann – das trifft besonders dann zu, wenn bei den geplanten Maßnahmen mit einigem Widerstand zu rechnen ist. Auf der anderen Seite setzt man sich damit auch dem Risiko aus, die Kontrolle über den Informationsprozess zu verlieren: Ein einziger negativer Artikel in einer Zeitung – auf Basis von Gerüchten oder Informationen aus zweiter Hand – kann große Probleme

me hervorrufen. Steht ein falsches Bild erst einmal im Raum, ist eine Korrektur sehr schwierig. Außerdem könnte der Eindruck entstehen, man habe etwas zu verbergen, wenn man die Presse nicht von sich aus informiert, und jede zufällige „Aufdeckung“ kann zu einer negativen Berichterstattung führen.

- Öffentlichkeitsarbeit auf diesen unterschiedlichen Ebenen kann für die späteren Stadien eines Projekts sehr wichtig werden, denn sie kann die Öffentlichkeit vom Wert der Arbeit überzeugen. Zu überlegen ist daher, die Medien und die zuständigen Organisationen regelmäßig über den Verlauf des Projekts zu informieren, z.B. in Form eines jährlichen Berichts. Man kann aber auch auf andere Art „Nachrichten“ über das Projekt verbreiten, z.B. ein Seminar zur Auswirkung von Infektionskrankheiten im Gefängnis auf die öffentliche Gesundheit organisieren, für eine neue Maßnahme neue Personen ansprechen, Vereinbarungen über eine Zusammenarbeit mit anderen Organisationen treffen usw. Bei all dem muss man ständig darauf achten, dem Projekt ein positives Image zu geben und dieses zu erhalten. Guter Kontakt zu ein, zwei mit dieser Arbeit sympathisierenden Journalist(inn)en ist dafür sehr hilfreich, auch und gerade bei Konflikten.

3.6 DOKUMENTATION UND AUSWERTUNG (EVALUATION)

Um die Qualität der Arbeit zu sichern und weiterzuentwickeln, aber auch, um gegenüber „der Außenwelt“ – Politiker(inne)n, anderen Organisationen usw. – den Bedarf an Maßnahmen zur Risikominderung und deren Wirksamkeit belegen zu können, muss man die eigene Arbeit kontinuierlich überprüfen und auswerten (evaluieren). Hilfreich ist es, wenn man dazu auf professionelle Unterstützung zurückgreifen kann (das gilt besonders für Evaluationen für den Außengebrauch). Am besten ist es natürlich, wenn ein/e erfahrene/r Wissenschaftler/in sich um die Evaluation kümmert, doch kann sie auch (bei fehlenden finanziellen und personellen Ressourcen) durch eine/n ehrenamtlich arbeitende/n Expertin/Experten oder einen Studenten/eine Studentin

der Sozialwissenschaften usw. geleistet werden. Eine „Basis-Evaluati-on“ lässt sich mit den im Folgenden beschriebenen Methoden auch ohne Hilfe von außen durchführen.

Eine Prozess-Auswertung sollte alle oben erwähnten Schritte abdecken:

1. Bedürfniserfassung/Informationssammlung
2. Prioritäten- und Zielsetzung
3. Bestimmung der Zielgruppe(n)
4. Auswahl eines Ansatzes
5. Vorbereitung
6. Durchführung.

Zu den ersten fünf Punkten kann man einen Bericht verfassen, der beschreibt, was bisher getan wurde und welche Entscheidungen warum getroffen wurden. Für Auswertung und Kontrolle der Maßnahmen zur Risikominimierung empfiehlt sich eine standardisierte Form der Informationssammlung (siehe unten).

Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Risikominimierung im Gefängnis lässt sich kaum allein quantitativ messen – man denke z.B. an den „Schneeball-Effekt“, wenn Drogengebraucher/innen, die vom Projekt erreicht wurden, ihre neu erworbenen Informationen an ihre Peers weitergeben. Geht es um solche Wirkungen, ist qualitative Forschung – Feld-Beobachtung, Interviews mit Konsument(inn)en usw. – angemessener; das gilt sowohl für die interne Auswertung wie für die an neuen Wegen der HIV/Aids-Prävention interessierten Verantwortlichen, für Mitarbeiter/innen von Drogenhilfen und Selbsthilfeorganisationen der Konsument(inn)en. Leider aber werden in der Praxis quantitative Daten meist höher bewertet, und oft bestehen die Geldgeber/innen oder Politiker/innen darauf.

Auswertung von Einzelberatungen

Für die Auswertung der Ergebnisse von Einzelberatungen eignen sich am besten Dokumentationsbögen; zu den wichtigen zu erfassenden Punkten gehören:

- Datum der Beratung

- Geschlecht, Alter und ethnische Zugehörigkeit des Klienten/der Klientin
- Ist es ein Erst- oder ein Wiederholungskontakt?
- Risikoerfassung inklusive:
 - konsumierte Drogen und Konsumformen, Drug-, Work- und Needle-Sharing usw.
 - Sexpraktiken, verschiedene Partner/innen, Sex gegen Geld oder andere Güter usw.
 - Kenntnisse über und Einstellungen zu Safer Sex und Safer Use
 - soziale Normen
- Wer initiierte den Kontakt (Personal oder Inhaftierte/r)?
- Wo und wie wurde der Kontakt hergestellt (in der Zelle, im Gesundheitstrakt, im Flur usw.)?
- Worum ging es bei dem Kontakt?
 - Vorstellung
 - Beratung zu Safer Sex/Safer Use
 - Sozialberatung
 - Ausgabe von Kondomen, Spritzen und Nadeln, anderem Zubehör
 - Überweisung an einen anderen Dienst usw.
- Kann der Kontakt zum Aufbau eines Netzwerks genutzt werden?
- Empfehlungen an andere Inhaftierte usw.

Aus Datenschutzgründen sollten möglichst keine personenbezogenen Informationen gesammelt werden (Name, Geburtsdatum usw.). Die am Programm teilnehmenden Gefangenen sollten genauestens darüber informiert werden, wer zu welchen Informationen Zugang hat und was mit den Informationen weiter geschieht. Um aber dennoch die Daten eindeutig zuordnen zu können, empfiehlt es sich, unabhängig von der Dokumentation („Aufnahmebogen“) eine getrennte Liste der Personen zu führen, zu denen Kontakt besteht. Auf dieser separaten Liste bekommt jede/r einen bestimmten Code zugeteilt (Nummer, Spitzname oder Ähnliches), der dann jeweils auf den Dokumentationsbögen eingetragen wird. Allerdings sollte man eine solche separate Liste, auf der sich die Codes bestimmten Namen zuordnen lassen, nur führen, wenn man garantieren kann, dass niemand sonst Zugang zu den Daten hat und dass dem oder der Einzelnen keine negativen Auswirkungen aus ihrer Beteiligung erwachsen können.

Die verwendeten Dokumentationsbögen sollte man in höchstens fünf Minuten ausfüllen können. Tipp: Den Anmeldebogen in zwei Hälften aufteilen. In der ersten Hälfte werden die allgemeinen Informationen über die Kontakte erfasst (das ermöglicht das Sammeln quantitativer Daten über die Reichweite des Projekts), die andere bezieht sich auf bestimmte Themen. Solche Themen können z.B. Konsummuster und deren Veränderungen oder das Sexualverhalten und seine Veränderungen sein; hat man ein Thema auf diese Weise eine Zeit lang (zwei oder drei Monate) beobachtet, kann man zu einem anderen übergehen.

Wie bereits erwähnt, ist es hilfreich, sich für die Erstellung und Auswertung des Fragebogens professionelle Hilfe zu suchen. Das hat zudem den Vorteil, dass externe Personen (z.B. von einer Universität oder einer kommunalen Gesundheitseinrichtung) möglicherweise eher auf offene Ohren bei den Gefangenen stoßen und leichter ihr Vertrauen gewinnen können, was zu ehrlicheren Antworten beitragen könnte. Denkbar ist auch, Inhaftierte selbst als Interviewer/innen einzusetzen.

Die auf diese Weise erhobenen Daten erlauben allerdings nur Aussagen über die Projektlaufzeit, nicht aber über mittel- und langfristige Wirkungen (z.B. Einstellungs- und Verhaltensänderungen) – bei einem Projekt von nur kurzer Dauer ist das ein bedeutender Nachteil. In einem solchem Fall empfiehlt sich neben der begleitenden Auswertung eine kleine im Anschluss an das Projekt stattfindende Evaluation (z.B. in Form einiger Interviews mit Personen aus der Zielgruppe).

Ein zusätzliches Auswertungsinstrument sind sogenannte Fokusgruppen aus ausgewählten Bediensteten oder Inhaftierten. Sie sollte man dazu befragen, wie sie die Ergebnisse der Maßnahmen zur Risikominimierung einschätzen und was sie aus ihrer Erfahrung heraus in diesem Bereich für erstrebenswert und machbar halten. Auch das Sammeln von Daten z.B. zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen der Gefangenen kann zusätzliche Hinweise auf die Wirkungen des Projekts geben; so kann etwa der Rückgang von Abszessen oder HIV- oder Hepatitis-Neuinfektionen ein Hinweis auf Verhaltensänderungen sein (weniger riskantes Verhalten) – ein Beweis ist es allerdings nicht.

Auswertung von Schulungen/Trainings

Die veranstaltende Organisation und die Schulungsleiter/innen können mittels einer Auswertung der Schulungen Aufschluss über folgende Punkte erhalten:

- War der Seminarinhalt relevant für die Teilnehmer/innen? Welche Themen halten sie für künftige Schulungen/Trainings für besonders wichtig?
- Waren der Umfang des Stoffs und die Art seiner Vermittlung angemessen und effektiv? Handelte es sich um eine ausgewogene Mischung aus Vorträgen, Gesprächen und Übungen? Gab es genügend Pausen? usw.
- War das Seminar gut organisiert?
- Wurde das Seminar gut durchgeführt (klare, verständliche Vorträge, freundliche, offene Haltung der Vortragenden, des Leiters/der Leiterin usw.)?

Aber auch die Teilnehmer/innen können sich mithilfe einer Auswertung über ihren Kenntnisstand, ihre Fertigkeiten usw. klar werden und ihre weiteren Schulungsbedürfnisse erkennen.

Die Auswertung einer Schulung oder eines Trainings kann eine Reihe unterschiedlicher Elemente abdecken, z. B.

- **Eine Auswertung der Reaktionen der Teilnehmer/innen** – hat Ihnen das Seminar Spaß gemacht? Wie beurteilen sie die Atmosphäre in der Gruppe? Gefiel ihnen die Art des Vortrags? usw. – erlaubt Aussagen über die Schulungsleiter/innen, die didaktischen Mittel, die Ausgewogenheit des Programms, den logischen Aufbau des Inhalts, die Auswahl und Zusammensetzung der Zielgruppe usw.
- **Auch die Auswertung des Lernerfolgs** – inwieweit haben die Teilnehmer/innen gelernt, was sie lernen sollten (hierbei geht es nicht nur um reines Wissen, sondern auch um Fertigkeiten, Einstellungen und die Problemerkennung)? – lässt Rückschlüsse auf den/die Schulungsleiter/in, die Auswahl der didaktischen Mittel, die Ausgewogenheit des Programms, den logischen Aufbau des Inhalts, die Auswahl und Zusammensetzung der Zielgruppe, die Angemessenheit der Lernziele sowie über die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen nach und den Bedarf an zukünftigen Schulungen zu.

III.3

- **Eine Auswertung der Durchführung** – waren die Trainer/innen gut vorbereitet, waren ihre Vorträge verständlich und gut strukturiert, haben sie sich angemessen verhalten (freundliche Einstellung usw.)? – lässt Rückschlüsse auf die Eignung der Schulungsleiter/innen zu.
- **Eine Ergebnis-Evaluation** – hat das Seminar zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen in Richtung Risikominimierung geführt oder wird es dazu führen? – erlaubt Aussagen über die Angemessenheit der Lernziele und die Auswahl der Zielgruppe, lässt aber auch Rückschlüsse darauf zu, ob die Teilnehmer/innen einen Bezug zum Thema gefunden haben. Sie kann außerdem Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Risikominderung geben (z.B., wenn Teilnehmer/innen zwar Bescheid wissen und ihr Verhalten ändern wollen, aber nicht über die dazu nötigen Mittel verfügen) und gibt Aufschluss über die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen nach und den Bedarf an zukünftigen Schulungen.

Eine Schulung oder ein Training lässt sich am besten mithilfe eines Formulars auswerten; Beispiele für Auswertungsbögen für Trainer/innen, für Bedienstete und für Inhaftierte finden sich im Anhang auf S. 385). Möglich ist aber auch eine Auswertung im Rahmen einer Diskussion am Schulungsende oder in einer Kerngruppe (siehe oben); ein mögliches Gesprächsthema wäre z.B. das Bedürfnis nach bzw. der Bedarf an weiteren Schulungen. Weitere Formen der Auswertung sind eine Art „Prüfung“ mithilfe von Quiz-Fragen oder ein Rollenspiel, in dem die Teilnehmer/innen zeigen sollen, was sie gelernt haben (siehe Übungen Teil III, Kap. 8); das bietet sich besonders beim Training bestimmter Fertigkeiten an. Und auch die Langzeitwirkungen kann man zu erfassen versuchen, indem man die Teilnehmer/innen nach dem Seminar bittet, verschiedene „Aufgaben“ zu bearbeiten, und die Ergebnisse in einer späteren Sitzung bespricht. Diese Struktur hat sich im Programm „Alles unter Kontrolle“ (siehe Teil I, Kap. 1) als erfolgreich erwiesen.

Auswertung von Strukturen, Angeboten und unterstützenden Maßnahmen

„Strukturen“ meint hier z.B. die Größe der Abteilung/Anstalt, „Angebote“ wiederum z.B. die Ausgabe von Kondomen oder Bleichmitteln (zur Spritzendesinfektion), „unterstützende Maßnahmen“ dagegen die Bereitstellung von Informationen, z.B. durch Herstellung und Verteilung einer Zeitung, eines Magazins oder einer Broschüre für die Inhaftierten (vgl. auch S. 366). Strukturen, Angebote und unterstützende Maßnahmen können im Allgemeinen gut in quantitativer Hinsicht ausgewertet werden (wie viele Kondome wurden ausgegeben bzw. aus Automaten entnommen, wie viele Broschüren verteilt usw.). Neben diesen quantitativen Daten lassen sich aber auch ergänzende qualitative Informationen erheben, z.B. in Form von Einzel- oder Gruppengesprächen. Solche Gespräche können im Rahmen von Beratungssitzungen stattfinden oder als Interview entlang einem Fragebogen durchgeführt werden. Eine anonyme Umfrage zur Nutzung von Angeboten und unterstützenden Maßnahmen hingegen (indem man Fragebögen auslegt) empfiehlt sich weniger: Man kann nicht prüfen, ob die Fragen halbwegs ehrlich beantwortet wurden, und außerdem dürften nur wenige Personen die Bögen ausfüllen, sodass sich die Aussagen nicht verallgemeinern ließen.

Evaluations-Zyklus

Evaluation ist keine statische Angelegenheit, die man nur einmal – z. B. nach einer Schulung, einem Training oder am Projekt-Ende – durchführt, um sie dann zu vergessen. Vielmehr sollte fortlaufend evaluiert werden, um schnell auf veränderte Rahmenbedingungen oder Mängel reagieren zu können (möglich ist auch, Auswertungen regelmäßig durchzuführen, z. B. alle drei Monate). Die einzelnen Schritte der Evaluation greifen dabei ineinander und beeinflussen sich auch; ergibt z. B. die Bedürfniserfassung ein neues Bild, müssen die Maßnahmen unter Umständen an die neuen Gegebenheiten angepasst werden, oder man muss neue Maßnahmen entwickeln.

Schritte im Evaluations-Zyklus:

- Bedürfniserfassung
- Entscheidung über die durchzuführenden Maßnahmen
- Durchführung der Maßnahmen
- Auswertung der Maßnahmen
- weitere Bedürfniserfassung
- Modifikation oder Entwicklung neuer Maßnahmen.

Der Kontroll-Prozess kann sich auf die Bedürfniserfassung, die Prioritäten- und Zielsetzung, die Zielgruppe(n), die Auswahl eines Ansatzes sowie die Maßnahmen beziehen:

- **Bedürfniserfassung:** Haben sich die Bedürfnisse verändert, etwa durch einen Wechsel in der Zusammensetzung der Zielgruppe oder durch das Aufkommen neuer bzw. akuter Gesundheitsrisiken (z. B. die Verbreitung neuer psychoaktiver Substanzen, den Ausbruch einer Tuberkulose-Epidemie, die einen allgemeinen Tuberkulose-Test und in der Folge Präventionsmaßnahmen dringend erforderlich macht)? Darüber hinaus sollte man sich immer wieder neu fragen: Stimmt das Bild noch, das man sich von den Gesundheitsrisiken gemacht hat? Trifft die Definition des Problems noch zu?
- **Prioritäten und Ziele:** Müssen Prioritäten und Ziele anders gesetzt werden, weil z. B. Maßnahmen zur Risikominimierung (etwa die Vergabe von Kondomen) so erfolgreich waren, dass andere Probleme in den Vordergrund rücken? Darüber hinaus sollte man regelmäßig überprüfen, ob man die Ziele nicht so formulieren kann, dass sie noch spezifischer, noch besser messbar und für die Zielgruppe noch akzeptabler werden (siehe Teil III, Kap. 3.2).
- **Zielgruppe/n:** Hat/haben sich die Zielgruppe/n geändert, ist z. B. der Anteil (einer bestimmten Gruppe) von Migrant(inn)en oder von Häftlingen mit speziellen riskanten Mustern des Drogengebrauchs gestiegen?
- **Ansatz und Aktivitäten:** Muss der Ansatz einer neuen Zielgruppe oder neuen Zielgruppen angepasst werden? Schulungen zu Safer Sex bzw. zu den Übertragungsrisiken beim Sex z. B. müssen den kulturellen und religiösen Hintergrund der Inhaftierten berücksichtigen; möglicherweise empfiehlt es sich bei solch delikativen Themen auch, auf Einzelberatungen anstelle von Gruppensitzungen zu setzen.

4. LEITKONZEPTE ZUR UNTERSTÜTZUNG VON DROGENKONSUMENT(INN)EN IN HAFT

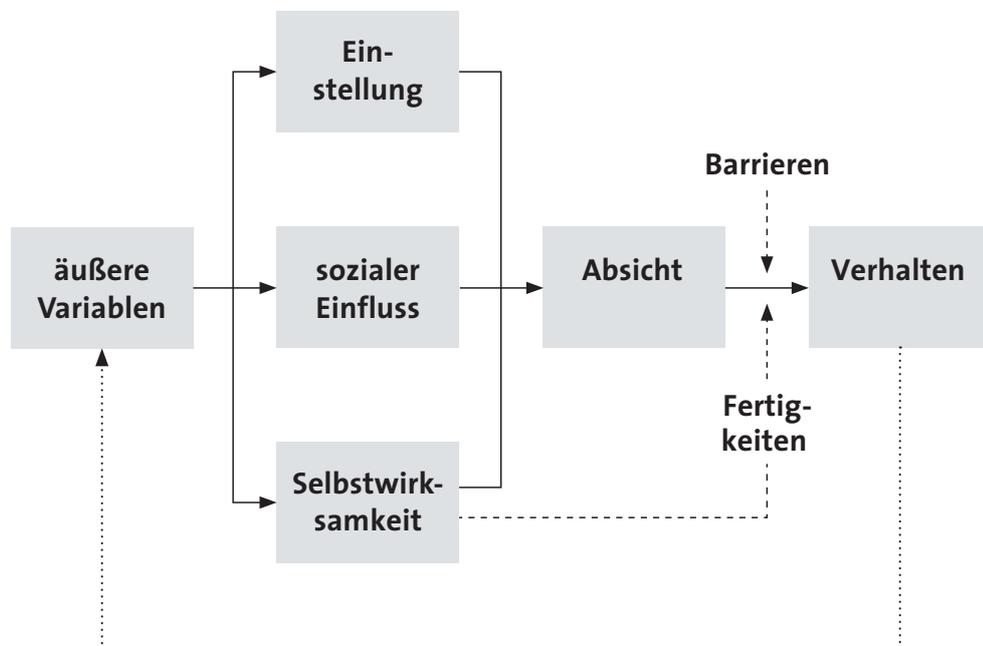
Wie lassen sich die mit Drogengebrauch, Sex oder Tätowieren verbundenen Gesundheitsrisiken vermeiden oder mindern? Die meisten von uns haben selbst erfahren, dass uns individuelle Gewohnheiten, soziale Rituale und Normen, äußere Faktoren sowie ein Mangel an Informationen davon abhalten, riskante oder sogar schädigende Verhaltensweisen aufzugeben. Dagegen gibt es aber Mittel und Wege: Aus der Präventionstheorie wissen wir, dass Insider-Informationen, Wissen aus persönlicher Erfahrung und Vertrauen – gerade bei heiklen Themen wie „illegaler Drogengebrauch“ und „riskante Verhaltensweisen“ – wichtige Faktoren für die Übernahme wie für die Aufgabe eines bestimmten Verhaltens sind. Will man Drogenkonsument(inn)en dazu bringen, sich weniger zu gefährden, sind die Peer-Groups und die Normen der Subkultur im Gefängnis von größter Bedeutung, ebenso wie positive Vorbilder. Es ist also viel wichtiger, „soziale Informationen“ zu vermitteln, als nur schlichtes Faktenwissen zu verbreiten – zumal der Wissensstand hinsichtlich der Risiken in der Regel recht gut ist und Informationslücken vor allem bei bestimmten Detailfragen bestehen, etwa hinsichtlich der Risiken durch gemeinsame Benutzung von Zubehör wie Löffel oder Filter. Um glaubwürdig auftreten zu können, wird man z.B. Drogengebrauch oder Tätowieren – als Teil der Häftlings-Subkultur – auch als einen gewissen „Widerstand“ gegen das Gefängnisssystem verstehen müssen. Ebenso wichtig ist es, dass die Kluft zwischen den Zielen (Risikominderung) und den Fähigkeiten, die Ziele zu erreichen, nicht zu groß ist, damit die gesetzten Gesundheitsziele von den Drogenkonsument(inn)en angenommen werden. Eine Grundsatzdebatte über den Drogenkonsum bzw. eine grundsätzliche Ablehnung des Drogenkonsums ist daher nicht fruchtbar, sondern im Gegenteil kontraproduktiv.

III.4

Das bedeutet:

- Veränderungen sollten Schritt für Schritt umgesetzt werden.
- Die Ziele sollten annehmbar und erreichbar, u. a. realistisch sein – meist wird man Ziele unterhalb des maximal Erreichbaren ansetzen.
- Botschaften und Vermittler/innen müssen glaubwürdig sein.
- Ausgangspunkt sind die persönlichen Möglichkeiten und Lebensbedingungen der Drogenkonsument(inn)en.

Welche Faktoren beeinflussen Ansichten und Verhalten der Drogenkonsument(inn)en? Schauen wir uns dazu das unten stehende allgemeine Modell für Verhaltensänderung an (das, wie alle Modelle, eine Vereinfachung der Realität ist: Schon „Einstellung“ ist ein komplexes Phänomen – weit davon entfernt, Ergebnis rationaler Entscheidungen zu sein; des Weiteren spielen auch emotionale Gesichtspunkte, Motivation und Umgebung eine Rolle, wenn es um Verhaltensänderungen geht), an dem man trotz aller Vereinfachungen veranschaulichen kann, wie sich Peer-Support-Aktivitäten anregen und umsetzen lassen.



(Aus: Kok/Sandfort 1991)

4.1 ÄUSSERE VARIABLEN²⁵

Zu den äußeren Variablen gehören demografische Merkmale, die man nicht beeinflussen kann (z.B. Geschlecht, Alter, Herkunft), ebenso der jeweilige Aufenthaltsort (Haft) oder die politische Situation (Drogenpolitik in Gefängnissen).

Beispiele

Zur politischen Realität gehören die Drogengesetzgebung, die Drogenpolitik, die öffentliche Meinung und die Lage im Justizvollzug (z.B. keine Lobby oder Gewerkschaft für Häftlinge). Diese Realität bestimmt den Alltag der Drogenkonsument(inn)en: ob Substitution, die Vergabe steriler Spritzen oder von Bleichmitteln möglich ist oder nicht, ob überhaupt Gesundheitsförderung in Haft stattfindet, ob geschlechts- oder migrantenspezifische Angebote gemacht werden, ob eine Anstalt überfüllt ist, ob (HIV-positive) Drogenkonsument(inn)en ausgegrenzt werden usw.

Maßnahmen zur Risikominimierung

- dem örtlichen Gesundheitsamt eine Studie zu Infektionskrankheiten im Gefängnis und zur Situation inhaftierter Drogenkonsument(inn)en vorschlagen
- mit dem Gefängnisarzt/der Gefängnisärztin, Kolleg(inn)en in der medizinischen Abteilung und Gefängnismitarbeiter(inne)n über die Situation im Gefängnis diskutieren (Drogenkonsum, Verbreitung von Infektionskrankheiten, riskantes Verhalten usw.)
- die öffentliche Meinung durch stichhaltige Begründungen davon überzeugen, dass Maßnahmen zur Risikominimierung – z.B. die Vergabe von Desinfektionsmitteln und Kondomen – auch die Risiken für die Gesundheit der Allgemeinheit mindern
- ein Konzept für ein Substitutionsprogramm entwickeln
- Verbündete zur Unterstützung dieser Politik gewinnen, z.B. Journalist(inn)en, Wissenschaftler/innen, Politiker/innen, Aids-Selbsthilfegruppen oder Drogenhilfeeinrichtungen.

²⁵ Die folgenden Ausführungen basieren auf Trautmann/Barendregt 1994.

4.2 EINSTELLUNG

Einstellung oder Haltung beschreibt, wie jemand ein bestimmtes Verhalten bewertet (z.B. die Vor- und Nachteile gewichtet), wobei dies nicht nur ein rationaler, logischer Prozess ist: Auch Irrationales, Gewohnheiten, Gefühle, Vorstellungen und Überzeugungen fließen in solche Bewertungen mit ein.

Beispiele

- Für jeden Druck eine saubere Spritze zu nehmen, wird positiv bewertet – weil saubere Spritzen hygienisch, sicher und scharf sind. Manche Drogenkonsument(inn)en bewerten es aber auch positiv, nach dem Herausdrücken der Luft aus der Spritze Herointropfen von der Nadel abzulecken, obwohl dies unhygienisch ist.
- Wenn es im Gefängnis keine sauberen Nadeln gibt, heißt das nicht zwangsläufig, dass Gefangene mit dem intravenösen Drogenkonsum aufhören – viele vertrauen einfach den Aussagen von Mitgefangenen, sie seien nicht HIV- oder Hepatitis-infiziert, und benutzen deren Spritzen.
- Auch beim Thema Kondomgebrauch ist die Einstellung sehr wichtig: Viele bewerten Kondome negativ, weil sie z.B. als störend empfunden werden. „Werbung“ für Kondomgebrauch ist da schwer, denn die Vorteile (z.B. Schutz vor HIV und Senkung des Risikos einer Infektion mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, vor allem Hepatitis) sind nicht unmittelbar erfahrbar, vielmehr handelt es sich immer darum, etwas zu vermeiden.
- Wenn Bedienstete der Haftanstalt der Meinung sind, dass Drogenkonsument(inn)en sowieso nicht in der Lage sind, Maßnahmen zur Risikominimierung umzusetzen, erschwert das natürlich die Präventionsarbeit oder macht sie sogar unmöglich.

Maßnahmen zur Risikominimierung

- Diskussion über Motive, Vorstellungen und Überzeugungen in Hinsicht auf weniger riskantes Verhalten.
- Safer-Use-Diskussion: Was wissen die Drogen konsumierenden Gefangenen über Desinfektion, was über andere Maßnahmen zur Risi-

koreduzierung? Welche (anderen) Konsumformen kennen sie? Warum wenden sie diese nicht an? usw.

- Safer-Sex-Diskussion: Was hält vom Kondomgebrauch ab? Wo liegt der Nutzen? Wissen die Inhaftierten über die Infektionsgefahren Bescheid? Wissen sie, dass Drogengebraucher/innen und ihre Partner/innen besonders gefährdet sind? usw.
- Diskussion übers Tätowieren und Piercen: Sind den Inhaftierten die Maßnahmen zur Risikominimierung bekannt und werden diese auch angewendet? usw.
- Gespräche mit Bediensteten über die Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten: Was wissen sie über die Übertragungswege? Wissen sie, wie sie sich z.B. bei Leibesvisitationen oder Zellendurchsuchungen schützen können? usw.

4.3 SOZIALE EINFLÜSSE

Das soziale Umfeld der Inhaftierten – das sind u.a. die Mitgefangenen, die Bediensteten und die Anstaltsleitung, Partner/innen, Familie und Freunde/Freundinnen – erwartet ein bestimmtes soziales Verhalten. Erfüllt der oder die Inhaftierte diese Erwartungen nicht, kann das zu Sanktionen führen (z.B. zu einer wie auch immer gearteten „Bestrafung“). Über solche direkten sozialen Einflüsse hinaus gibt es auch indirekte soziale Einflüsse: Menschen übernehmen Verhaltensweisen, weil sie z.B. bestimmte Normen verinnerlicht haben.

Beispiele

- Direkter sozialer Einfluss: In vielen Gefängnissen ist es üblich, Spritzen und Nadeln von Mithäftlingen zu benutzen, denen man vertraut (sie werden einfach nur mit kaltem klarem Wasser abgespült). Eine Ablehnung des gemeinsamen Spritzengebrauchs würde als Zeichen von Misstrauen gewertet und müsste begründet werden.
- Indirekter sozialer Einfluss: Mehr und mehr Drogengebraucher/innen konsumieren Heroin mittlerweile nicht mehr (nur) intravenös, sondern rauchen es stattdessen.

III.4

Maßnahmen zur Risikominimierung

- Aus verschiedenen Peer-Support-Projekten (Projekte zur Unterstützung durch Peers) innerhalb und außerhalb von Haftanstalten wissen wir, dass positiver sozialer Einfluss von Peers zur Risikominderung beitragen kann: Wenn Peer-Leader (einflussreiche, vertrauenswürdige Peers, die als Vorbilder anerkannt sind) Safer Use und/oder alternative Konsumformen „vormachen“, bestehen gute Chancen, dass andere Drogenkonsument(inn)en es ihnen gleichtun.

4.4 SELBSTWIRKSAMKEIT

Selbstwirksamkeit ist die Einschätzung meiner Fähigkeiten, etwas Bestimmtes tun zu können: „Wird es mir gelingen, während der Haftzeit auf den intravenösen Drogenkonsum zu verzichten? Wenn nicht, warum nicht? Hängt mein Erfolg von mir ab? Von meiner Erfahrung, meiner Intelligenz, meiner Beharrlichkeit oder von der Unterstützung meines Partners/meiner Partnerin? Besitze ich genügend Selbstkontrolle, um nicht jede im Knast verfügbare Droge zu nehmen? Kann ich den vielfältigen Versuchungen widerstehen?“ Wenn Drogenkonsument(inn)en glauben, sie könnten das schaffen, kann man ihnen einen hohen Grad von Selbstwirksamkeit zusprechen. Üblich ist aber das Gegenteil: Viele Drogengebraucher/innen erfahren in ihrem Umfeld immer wieder Ablehnung und negative Urteile, was nicht nur ihre Selbstachtung, sondern auch ihre Selbstwirksamkeit beeinträchtigt. Das kann sich dann z.B. darin äußern, dass sie zwar erkennen, wenn etwas nicht gut läuft, und sich darüber auch beklagen, aber nichts dagegen unternehmen, weil sie meinen, doch nichts bewirken zu können.

Beispiele

- Viele Drogengebraucher/innen haben schon mehrmals ohne Erfolg versucht, einen Entzug zu machen. Wiederholte Misserfolge aber führen zu einer geringen Selbstwirksamkeit.
- Hohe Selbstwirksamkeit zeigt ein/e inhaftierte/r Drogengebraucher/in, der/die – weil er/sie zwar über Drogen, aber nur über eine gebrauchte Spritze verfügt – sich mit dem Konsum zu warten ent-

schließt, bis er/sie Desinfektionsmittel auftreiben und die Spritze reinigen kann.

- Kondomgebrauch ist – zumindest teilweise – von der Selbstwirksamkeit des Mannes abhängig: Gelingt es ihm, den Penis beim Überstreifen des Kondoms steif zu halten? Wenn er sich aufgrund enttäuschender Erfahrungen vor einem „Versagen“ fürchtet, wird er wahrscheinlich eher aufs Kondom verzichten.

Maßnahmen zur Risikominimierung

- Erfolge erhöhen die Selbstwirksamkeit einer Person. Wenn es also um Safer Use geht, sollte man Techniken nicht nur besprechen, sondern auch einüben. Aus sogenannten Selbst-Kontroll-Projekten wissen wir, dass jede/r Drogenkonsument/in individuelle „Techniken“ für den Drogenkauf, die Auswahl anderer Drogen, den Konsum selbst usw. anwendet. Der Austausch über diese Techniken (sei es im Rahmen einer Schulung oder eines Trainings oder auf individueller Basis) kann zur Risikominderung beitragen, indem die Häftlinge von ihren Peers Verhaltensweisen lernen können, die für ihre eigene Situation brauchbar sind. (Schwieriger dürfte es allerdings werden, wenn man Safer-Sex-Techniken üben will...)

4.5 ABSICHT

Absicht ist der Plan oder Wunsch, etwas Bestimmtes zu tun. Wenn „alle Bedingungen“ (positive Einstellung, stützender sozialer Einfluss und Selbstwirksamkeit) erfüllt oder wenigstens zum großen Teil erfüllt sind, können – vereinfacht gesagt – nur noch Barrieren und ein Mangel an Fertigkeiten die Verwirklichung der Absicht vereiteln.

4.6 BARRIEREN

Selbst wenn Menschen ihr Verhalten ändern wollen, verfügen sie (z. B. in Haft) oft nicht über die dazu erforderlichen Mittel, sodass sie letztendlich doch scheitern.

III.4

Beispiel

- Drogengebraucher/innen, die für jede Injektion eine neue bzw. sterile Spritze benutzen wollen, müssen scheitern, wenn im Gefängnis keine sauberen Spritzen und keine Desinfektionsmittel ausgegeben werden.

Maßnahmen zur Risikominimierung

- Werden keine sterilen Spritzen vergeben, sollte zumindest für Desinfektionsmittel oder für eine Kochplatte zur thermischen Desinfektion (Auskochen der Spritzen) sowie für eine Anleitung zum Reinigen und Desinfizieren von Spritzen gesorgt sein (siehe Teil II, Kap. 4.3). Auch die Substitutionsbehandlung ist in einem solchen Fall zu erwägen.

4.7 FERTIGKEITEN

Safer Sex und Safer Use kann man nur schwer kontinuierlich umsetzen, wenn man zwar den Willen hat, aber nicht über die nötigen Erfahrungen und Fertigkeiten verfügt – diese Fertigkeiten müssen daher gegebenenfalls erlernt und eingeübt werden.

Beispiel

- Drogengebraucher/innen, die außerhalb der Haft für jeden Druck eine neue Spritze verwenden, können im Gefängnis Probleme bekommen, wenn keine sterilen Spritzen verfügbar sind, weil sie z.B. nicht wissen, wie man Heroin raucht oder wie man Spritzen richtig desinfiziert.
- Drogengebraucher/innen halten sich selbst in der Regel für die größten Expert(inn)en in Sachen „Spritzen“, aber wenn man sich ihr Konsumverhalten einmal genauer anschaut, entdeckt man häufig „versteckte Risiken“: Viele achten z.B. nicht auf die Hygiene (in Haft lassen sich entsprechende Vorkehrungen oft auch gar nicht treffen) oder wissen nicht, wie sie die Infektionsrisiken durch Drug-Sharing – das Aufteilen der gerade zur Verfügung stehenden Menge einer Droge unter mehreren Gebraucher(inne)n – oder durch Work-Sharing – die gemeinsame Benutzung von Zubehör – vermeiden können.

Maßnahmen zur Risikominimierung

- In Schulungen und/oder Trainings, die vom Gefängnispersonal mit Unterstützung des Gefängnisarztes/der Gefängnisärztin oder des kommunalen Gesundheitsdienstes organisiert werden könnten, sollte man inhaftierte Drogengebraucher/innen über alternative Konsumformen und Safer Use (u. a. über Desinfektionsmöglichkeiten) informieren und diese Fertigkeiten einüben.

5. WEGE DER KONTAKT- AUFNAHME MIT INHAFTIERTEN DROGENKONSUMENT(INN)EN²⁶

Wenn man mit inhaftierten Drogengebraucher(inne)n über Safer Use und Safer Sex ins Gespräch kommen will, müssen sich diese erst einmal als (frühere, gegenwärtige oder mögliche) Drogenkonsument(inn)en „outen“ (es sei denn, man händigt einfach nur allgemeine Informationen an alle oder an alle Neuzugänge aus). Das ist nicht einfach in einer Institution, die Drogengebrauch bestraft, z. B. durch den Verlust von Privilegien. Man muss daher die Kontaktaufnahme sowie Schulungen und Trainings so gestalten, dass die Anonymität der Drogenkonsument(inn)en weitgehend gewahrt bleibt und ihnen z. B. aus der Teilnahme an Maßnahmen zur Risikominimierung keine Nachteile entstehen. Durch Gespräche mit der Gefängnisleitung lassen sich vielleicht Möglichkeiten für vertrauliche Beratungen oder „geschützte“ Seminare finden, etwa durch Nutzung von Räumen im Ausbildungstrakt, sodass der Zweck der Veranstaltung nicht auf den ersten Blick erkennbar ist.

III.5

Abgesehen von diesem grundsätzlichen Problem ist die Kontaktaufnahme eine eigenständige Aufgabe, auch wenn sie nicht unmittelbar zu Maßnahmen zur Risikominimierung führt: Ein Netzwerk von Kontakten zu den Häftlingen und der Häftlinge untereinander ist Voraussetzung dafür, die Zielgruppe der inhaftierten Drogenkonsument(inn)en zu erreichen. Das gilt insbesondere für die schwer Erreichbaren oder nicht Erreichten, wobei genau zu klären ist, wen genau man damit meint. Wir zählen dazu u. a.:

- Häftlinge, die noch keinen nennenswerten Kontakt zu einer HIV- oder Sozialberatung hatten, und zwar weder draußen noch in Haft.
- Häftlinge, die ihren Drogengebrauch bei Kontakten zum Medizinischen Dienst der Anstalt bisher nicht offengelegt haben.

²⁶ Die folgenden Aussagen beruhen auf Trautmann/Barendregt 1994.

- Häftlinge, die zwar Kontakt zum Medizinischen Dienst haben, aber noch nicht in Maßnahmen zur Risikominimierung einbezogen werden konnten.
- Häftlinge, die bisher von der Drogenberatung oder von Maßnahmen zur Risikominderung nicht erreicht wurden, z. B. weil
 - die Informationen unvollständig oder nicht auf sie zugeschnitten waren,
 - der Ansatz ihnen nicht angemessen war oder
 - mangelnde Motivation, bestimmte Einstellungen/soziale Normen oder ein Mangel an Ressourcen ihnen eine Verhaltensänderung erschweren oder unmöglich machen.

Ganz allgemein kann man sagen: Je repressiver die Situation im Gefängnis ist, desto schwieriger ist es, Kontakt zu inhaftierten Drogenkonsument(inn)en aufzunehmen. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Zielgruppe nicht homogen ist: Es gibt Unterschiede hinsichtlich der bevorzugten Drogen, der Konsumformen, des ethnischen Hintergrunds, der sexuellen Präferenzen usw. Bei der Suche nach Personen, die sich in Projekte zur Risikominderung einbinden lassen, sollte man daher nach Möglichkeit Peers oder Mitarbeiter/innen wählen, die von den jeweiligen Gruppen akzeptiert werden.

5.1 DIE ERSTEN SCHRITTE

III.5

Vor der eigentlichen Kontaktaufnahme sollte man sich genau überlegen, wen und was man erreichen will – und dazu muss man über die Situation der Drogengebraucher/innen in der Haftanstalt Bescheid wissen:

- Welche Drogen werden konsumiert, wie werden sie konsumiert, und welche Gesundheitsrisiken sind damit verbunden?
- Welche Möglichkeiten zur Risikominderung bestehen in der Einrichtung?
- Wie sieht es mit der Verbreitung von Infektionskrankheiten und drogenbedingten Krankheiten aus?
- Was weiß man über sexuelle Kontakte der Inhaftierten untereinander oder mit Bediensteten und die dabei getroffenen oder auch nicht getroffenen Schutzmaßnahmen?

- Wie verbreitet sind Tätowieren und Piercing, und wie sieht es mit der Hygiene dabei aus? Werden z.B. Techniken zur Desinfektion angewendet und wenn ja, welche?

Wichtige Informationsquellen zu diesen Fragen sind Gespräche mit „internen“ Schlüsselpersonen – Mitarbeiter/innen, Kolleg(inn)en, Inhaftierte, ehemalige Häftlinge. Verknüpft man die Informationen aus ihren Einschätzungen und Berichten (z.B. über riskantes Verhalten), bekommt man wertvolle Hinweise darauf, was tatsächlich vorgeht. Darüber hinaus muss man sich aber auch ein Bild davon machen, wie Justizbehörden, Gefängnisleitung, die mittlere Verwaltungsebene und der Medizinische Dienst der Anstalt die Situation einschätzen und was sie sich von Maßnahmen zur Risikominderung versprechen. Auf der Grundlage dieser Informationen wird/werden die Zielgruppe/n und Ziele bestimmt (siehe S. 244), und dann kann die „eigentliche“ Kontaktaufnahme beginnen.

5.2 KONTAKT HERSTELLEN

Bevor man versucht, Kontakt zu inhaftierten Drogengebraucher(inne)n aufzunehmen, sollte man folgende Fragen klären:

- Wo kann die Kontaktaufnahme stattfinden (in der Zelle, auf dem Flur, in einem Gemeinschaftsraum usw.)?
- Welches ist der richtige Moment für die Kontaktaufnahme? Haben die Ansprechpartner/innen gerade Zeit, sind sie in der „richtigen Stimmung“ für ein Gespräch usw.?
- Mit welchen Personen sollte man zuerst Kontakt aufnehmen? (Im Allgemeinen bietet es sich an, mit den „Meinungsführern“ zu beginnen.)
- Wie fängt man es am besten an, über Maßnahmen zur Risikominimierung ins Gespräch zu kommen (direkt oder weniger direkt)?

Grundsätzlich gibt es zwei Wege der Kontaktaufnahme:

- sich selbst vorstellen
- von jemandem vorgestellt werden.

Selbst einen Kontakt herstellen

Hierbei hat man die Wahl zwischen:

- **einer indirekten Annäherung:** Abhängig von den baulichen Gegebenheiten und den Zugangsmöglichkeiten kann man ein beiläufiges Gespräch beginnen, z. B. über Fußball, und geht dann zu persönlichen Themen über (das kann man entweder zu steuern versuchen, oder man nutzt die Gelegenheit, wenn das Gespräch „von selbst“ in diese Richtung geht). An diesem Punkt sollte man sich und seine Pläne vorstellen, wenn man nicht schon vom Gesprächspartner darum gebeten wird („Was willst du eigentlich von mir?“).
- **einer direkten Vorstellung** als Mitarbeiter/in einer externen Einrichtung: Hierbei sollte man die Ziele der Arbeit und der Einrichtung erläutern, für die man arbeitet, und darüber informieren, was man für die Zielgruppe tun kann (z. B. Gruppen- oder Einzelangebote, Unterstützung bei Sport/Freizeit).

Sich selbst „ohne fremde Hilfe“ vorzustellen ist natürlich schwieriger, als sich vorstellen zu lassen. Bedienstete können da viel leichter und zwangloser Gespräche beginnen (z. B. als Einleitung einer Sozialberatung oder um Häftlinge zur Beteiligung an einer Schulung oder einem Training einzuladen), weil sie sich im Gefängnis frei bewegen können und den Häftlingen bekannt sind und weil die Inhaftierten über ihre Rolle als Sozial- oder Gesundheitsberater/innen informiert sind. Nichtsdestotrotz gibt es einige nützliche „Kniffe“, um die Kontaktaufnahme zu erleichtern (siehe auch Teil III, Kap. 9 und 10):

- Man kann Gefängnismitarbeiter/innen bitten, z. B. bei Freizeit-Aktivitäten, am Arbeitsplatz oder im Unterricht auf Maßnahmen zur Risikoreduzierung einzugehen und/oder entsprechende Angebote anzukündigen.
- Über Maßnahmen zur Risikominimierung kann man auch mit einem Plakat informieren, das man am besten an einem „sicheren“ Platz aufhängt, wo es unbeobachtet gelesen werden kann (z. B. in Toiletten).
- Eine Broschüre oder ein Faltblatt über Safer Use kann persönliche Gespräche vorbereiten. Damit sich interessierte Häftlinge aber nicht als Drogengebraucher/innen „outen“ müssen, sollte man solche Materialien entweder an alle Gefangenen verteilen oder an einem „sicheren“ Ort auslegen.

III.5

III.5

- Angebote zur Risikominimierung lassen sich auch in Gefängnisrundbriefen oder -magazinen leicht unterbringen, oder man produziert ein Magazin zum Thema Risikoreduzierung und Gesundheitsvorsorge, in dem entsprechende Aktivitäten angekündigt werden.
- Vorbereiten kann man Gespräche auch durch Fragebögen, die Gesundheitsbedürfnisse und -probleme der Zielgruppe/n ermitteln sollen.
- Nicht zuletzt bietet die Ausgabe von zielgruppenspezifisch und lebensweltnah gestaltetem Informationsmaterial, Kondomen, Bleichmittel oder Spritzen eine gute Gelegenheit, ins Gespräch zu kommen.

Von jemandem vorgestellt werden

Einfacher ist es in der Regel, wenn man sich von Mitarbeiter(inne)n der Haftanstalt oder externer Dienste vorstellen lässt, die bereits Kontakt zu der oder den Zielgruppe/n haben (manchmal geht die Initiative zur Kontaktaufnahme auch von ihnen aus). Wenn die Gefangenen Vertrauen zu ihnen haben, stellen sie vielleicht auch ihre Freunde vor oder „schicken sie vorbei“. Darüber hinaus gibt es auch noch andere Möglichkeiten, Kontakte aufzunehmen:

- Man setzt oder stellt sich zu einer Gruppe mit einigen bekannten Personen und beginnt ein Gespräch oder steigt ins Gespräch ein; im Allgemeinen wird man dabei vorgestellt oder bekommt die Chance, sich selbst vorzustellen.
- Man kann auch ausdrücklich darum bitten, den Gefangenen vorgestellt zu werden, die man ansprechen möchte, oder nach Mithäftlingen fragen, für die Informationen über Safer Use/Safer Sex nützlich sein könnten.
- Das Verteilen von Broschüren, Faltblättern oder Ähnlichem kann die Kontaktaufnahme erleichtern (siehe Teil III, Kap 5.2, 9 und 10).
- Es kann sinnvoll sein, regelmäßig und zu festgelegten Zeiten „informelle Treffpunkte“ wie Flure, den Fernsehraum oder Sportanlagen aufzusuchen („Wenn du freitags um 10 Uhr dorthin gehst, triffst du ihn/sie“). Das erleichtert es den Häftlingen, die für Safer Use/Safer Sex „zuständigen“ Mitarbeiter/innen zu finden – sei es, weil sie selbst etwas wissen oder besprechen wollen oder weil sie einen Freund oder eine Freundin vorstellen oder „empfehlen“ möchten.

6. BERATUNG²⁷

Beratung ist eine direkte, personenbezogene und klientenzentrierte Intervention (siehe DAH 2014). Im Kontext von Risikoreduzierung kann zu ihren Zielen gehören, Verhaltensänderungen einzuleiten – z.B. zum Entzug, zu Safer Use oder Safer Sex zu motivieren – und den Klient(inn)en Zugang zu spezifischen medizinischen und anderen (präventiven, psychosozialen usw.) Angeboten der Gesundheitsförderung und -erhaltung zu verschaffen. Eine solche Beratung kann aus knappen Hinweisen und Informationen bestehen, situationsbezogen (nur für kurze Zeit) erfolgen oder Kern einer längerfristigen und intensiveren Begleitung sein. Alternativ zur individuellen Beratung kann man Themen wie Safer Use, Drogenkonsum und Safer Sex auch in Gruppen diskutieren oder im Rahmen von Schulungen oder Trainings behandeln, doch setzt dies voraus, dass die Zielpersonen sich dazu auch in der Lage fühlen.

6.1 WIE KOMMT MAN ÜBER HEIKLE THEMEN WIE SAFER USE, DROGENKONSUM ODER SAFER SEX INS GESPRÄCH?

Wie man mit Drogen konsumierenden Gefangenen in Kontakt kommen kann, haben wir im vorangegangenen Kapitel bereits beschrieben; an dieser Stelle geben wir daher nur einige Hinweise, wie man über so „heikle“ (weil tabuisierte oder mit Angst und Strafandrohung besetzte) Themen wie Drogengebrauch, Konsumverhalten, Sex, Hepatitis oder HIV/Aids ins Gespräch kommen kann.

- Wenn die Gefangenen wissen, wofür man zuständig ist, beginnen sie oft von sich aus, über Hepatitis, HIV/Aids oder andere Gesundheitsfragen zu sprechen.

²⁷ Die folgenden Ausführungen basieren auf Trautmann/Barendregt 1994.

- Man sollte bei Gesprächen immer auf Punkte achten, an die man anknüpfen kann: Bei Drogenkonsument(inn)en mit Abszessen kann man z.B. einen kurzen Hinweis auf Safer Use anbringen; andere Möglichkeiten ergeben sich, wenn jemand aus einem Substitutionsprogramm entlassen wurde, eine Überdosis hatte usw.
- Es bietet sich an, Hepatitis, HIV/Aids, Safer Use und Safer Sex in Themen wie „Gesundheit in Haft“ oder „Verbesserung der Hygiene im Gefängnisalltag“ zu „verpacken“, um die Zielgruppe nicht zu „verschrecken“ oder zu ermüden.

6.2 WIE KANN MAN THEMEN WIE SAFER USE, DROGENKONSUM ODER SAFER SEX IM GESPRÄCH BEHANDELN?

Wichtig ist, authentisch zu sein. Dazu gehört, dass das Verhalten gegenüber den Gefangenen (z.B. Interesse, Verständnis und Anteilnahme zu zeigen) echt ist, also der eigenen Persönlichkeit entspringt: Interesse und Verständnis wird man auf Dauer nicht vortäuschen können, und jemand, der Drogengebrauch grundsätzlich „verteufelt“, dürfte kaum geeignet sein, inhaftierten Drogengebraucher(inne)n Safer Use nahe zu bringen. Peinlich wird es, wenn man den Jargon oder die Codes der Zielgruppe benutzt, ohne damit wirklich vertraut zu sein – das sieht dann eher nach Anbiederung aus. Am besten holt man sich regelmäßig Feedback zu seinem Arbeitsstil und seinem Auftreten, z. B. durch Gespräche mit Kolleg(inn)en oder durch (externe) Supervision.

Die folgenden Regeln können für Gespräche über Themen wie Drogenkonsum, Safer Use oder Safer Sex hilfreich sein:

- **Einen Ort finden, an dem man sich ungestört unterhalten kann** (z.B. einen ruhigen Raum mit Sitzgelegenheiten).
- **Sich vergewissern, dass das Gegenüber Zeit hat** und ihm/ihr nach Reden zumute ist – vielleicht hilft eine Einladung zur Tasse Kaffee.
- **Auf einen angemessenen Sprachgebrauch achten** – zwar ist es wichtig, den Jargon und die Szene-Codes der Zielgruppen zu kennen, man sollte sich aber auch nicht anbiedern.

- **Erzählen lassen** – wenn die Gefangenen ihre Geschichte erzählen, ist das meist wesentlich fruchtbarer, als wenn man nach dem „Warum“ fragt (und dabei vielleicht noch zu verstehen gibt, dass man eigentlich keinen vernünftigen Grund sieht).
- **Niemanden zum Antworten drängen**, vor allem nicht bei persönlichen Fragen – stattdessen deutlich machen, warum man bestimmte Fragen stellt, z. B. um sich ein Bild über die jeweiligen Bedürfnisse machen zu können.
- **Aufmerksam zuhören** – nicht zu viel reden oder interpretieren, sondern das Gesagte kurz zusammenfassen und sich vergewissern, dass man alles richtig verstanden hat.
- **Nicht werten und verurteilen**, u. a. riskantes Verhalten nicht einfach als „dumm“, „unverantwortlich“ oder ähnlich verurteilen – dadurch ändert niemand sein Verhalten. Ebenso kontraproduktiv ist es, jemandem sein „Versagen“ vorzuhalten.
- **Keine ungebetenen Ratschläge erteilen** (z. B. „Wenn ich Sie wäre, würde ich mich auf HIV testen lassen“), sondern fallbezogene Informationen geben und Alternativen besprechen. Auch „unpersönliche“, sachliche Hinweise können sehr hilfreich sein („Falls Sie einen Anwalt brauchen, können Sie sich an ... wenden“, „Wegen eines HIV-Tests können Sie sich da und da informieren“, „Sie müssen telefonisch einen Termin vereinbaren“, „Um eine Spritze zu desinfizieren, wenn man kein Bleichmittel oder keinen Alkohol zum Desinfizieren hat, sollte man die Spritze 15 Minuten lang auskochen und nicht einfach nur mit kochendem Wasser abspülen“ usw.).
- **Nicht die Verantwortung für die Probleme der Klient(inn)en übernehmen**, sondern diese anregen, ihre Probleme selbst zu lösen, und sie dabei unterstützen.
- **Logische, vollständige und neutrale Information anbieten** und so eine wohl überlegte Entscheidung des Klienten/der Klientin ermöglichen.
- **Situationsbezogene Informationen anbieten**, u. a. Informationen, die in der jeweiligen Situation nützlich und hilfreich sind. Dazu sollte man zunächst ermitteln, welche Kenntnisse/Fertigkeiten das Gegenüber in Sachen Risikominimierung hat, z. B. anhand eines Gesprächsleitfadens: Was wissen die Klient(inn)en über die Übertragungswege von HIV/Aids, Hepatitis und anderen sexuell übertragbaren Erregern? Wie ist ihre Einstellung zu Safer Use und Safer Sex?

Teilen sie Spritzbesteck? usw. Im Verlaufe eines solchen Gesprächs kann man dann die „Lücken“ gezielt auffüllen und Fehlinformationen korrigieren.

- **Informationen über Safer Use, Drogenkonsum und Safer Sex „verpacken“**, z.B. in Gespräche über andere gesundheitsbezogene Themen wie „Gesund bleiben in Haft“ oder über den Lebensstil der Drogengebraucher/innen einfließen lassen – wenn es passt. Dabei ist es wichtig, nicht nur über das Elend, sondern auch über die positiven Seiten ihres Lebensstils zu sprechen, über ihren Spaß am Leben, über ihr Vergnügen. Mit dieser Art des Zugangs kann man vielleicht verhindern, dass die Gesprächspartner/innen Informationen über die Risiken des Drogenkonsums und über Schutzmöglichkeiten „abblocken“.
- **Sich nicht auf die Primärprävention (Safer Use, Safer Sex) beschränken, sondern auch für andere Fragen ansprechbar sein**, welche für die Klient(inn)en vielleicht viel drängender sind. Dazu muss man sich natürlich über andere Unterstützungs- und Hilfsangebote auf dem Laufenden halten, um professionell weiterverweisen zu können.
- **Positive Veränderungen in Verhalten und Einstellung anerkennen und würdigen** – auch wenn sie vielleicht geringfügig sein mögen. Das ist wichtig, um die Selbstachtung und Selbstwirksamkeit der Klient(inn)en zu stärken.
- **Im „Hier und Jetzt“ bleiben:** Wie schätzen die Gesprächspartner/innen ihre momentane Situation ein, welche Perspektive sehen sie usw.? Auf diese Weise kann man in der Regel eher situationsbezogene Informationen für die Umsetzung von Safer Use/Safer Sex geben, als wenn man hauptsächlich über Vergangenes spricht.
- **Auf die Gefühle achten (ohne direkt danach zu fragen):** Was bedeuten bestimmte Ereignisse oder bestimmte Verhaltensweisen für die Gesprächspartner/innen, welche Gefühle verbinden sie damit? Das kann verständlich machen, warum sie sich so verhalten, wie sie es tun.
- **Nicht den Therapeuten/die Therapeutin spielen:** Aufmerksames, interessiertes Zuhören ist wichtig, aber Fragen wie „Wie fühlt sich das für dich an?“ oder „Was bedeutet das für dich?“ können Abwehr erzeugen – besonders dann, wenn sie als „Antwort“ auf Fragen nach Rat oder Hilfe kommen. Drogengebraucher/innen kennen diese Art

der Beratung möglicherweise von gescheiterten Versuchen, clean zu werden – und das „fühlt sich für sie dann eher negativ an“.

- **Interesse, Verständnis und Anteilnahme zeigen:** Die Klient(inn)en fragen, wie es ihnen geht, was los ist, wo sie waren (wenn man jemanden längere Zeit nicht gesehen hat), sich bei Mithäftlingen nach Klient(inn)en erkundigen, die man längere Zeit nicht gesehen hat, und sie dann besuchen usw.
- **Das Gegenüber mit Respekt behandeln** – sich z. B. für Informationen und Mitarbeit bedanken, sich entschuldigen, wenn man jemanden verärgert hat, und ihn/sie zu einem Kaffee einladen usw.
- **Das Gespräch rechtzeitig beenden und auf entsprechende Signale achten,** niemanden zum Weitermachen nötigen („Warte noch eine Minute, ich habe noch eine Frage an dich“). Solche Signale können sein:
 - Das Gespräch verliert an Intensität, u. a. die Klient(inn)en stellen keine Fragen mehr, reden nicht mehr von sich aus und antworten nur knapp auf Fragen.
 - Die Klient(inn)en werden unruhig oder unkonzentriert (lassen sich z. B. von anderen Personen leicht ablenken, wechseln häufig das Thema oder schauen in der Gegend umher).

In einem solchen Fall ist es besser, das Gespräch zu beenden und zu versuchen, einen Termin für ein weiteres Gespräch zu vereinbaren (oder anzukündigen, man werde wiederkommen und das Gespräch fortsetzen).

7. SCHULUNGEN/TRAININGS

Schulungen oder Trainings für Anstaltsmitarbeiter/innen und Inhaftierte sind ein wichtiger Weg, um über Maßnahmen zur Risikominderung zu informieren. In den meisten Ländern Europas gibt es solche Angebote allerdings noch nicht lange, das gilt besonders für Schulungen, die sich sowohl an Bedienstete als auch an Häftlinge richten. Viele Haftanstalten sehen durch Schulungen zum Thema Risikominderung ihre traditionell abstinenzorientierte Haltung gefährdet – schon gar, wenn Gefangene die Zielgruppe sind. Aus diesem Grund müssen Schulungen zu Risikominderung besonders sorgfältig durch klare Vereinbarungen zwischen der Gefängnisverwaltung und allen Beteiligten vorbereitet werden.

Als Erstes ist eine Genehmigung durch die Justizbehörden und/oder die Gefängnisleitung erforderlich. Bei der Planung sind die besonderen Bedingungen der jeweiligen Haftanstalt zu berücksichtigen, und zwar im Hinblick auf Politik, Zusammensetzung der Häftlingspopulation, gesundheitliche Probleme, Kommunikation und Zusammenarbeit mit kommunalen Drogenhilfe- oder Aidshilfe-Einrichtungen und Gesundheitsdiensten sowie personelle und finanzielle Ausstattung. Außerdem müssen alle relevanten Abteilungen von dem Vorhaben informiert oder sogar in die Planung einbezogen werden. Der Medizinische Dienst sollte um fachliche Unterstützung gebeten werden, desgleichen kommunale Gesundheitsdienste und -organisationen (z.B. örtliche Aidshilfen).

Schulungen für Mitarbeiter/innen sollten an einem Ort stattfinden, an dem sie sich wohlfühlen können: Das sorgt für eine gute Atmosphäre und fördert die Gesprächsbereitschaft. Schulungen können sehr unterschiedlich geraten, je nachdem, ob sie in der Haftanstalt oder „draußen“ durchgeführt werden. Möglich ist jedoch beides. Bei Schulungen innerhalb der Anstalt ist die Teilnehmerzahl möglicherweise höher, andererseits erleichtert es ein neutraler Ort, kontroverse Themen offen anzusprechen.

Bei Schulungen sind folgende Schritte notwendig:

- Bedarf und Bedürfnisse erkunden
- Prioritäten und Ziele setzen
- Zielgruppe(n) bestimmen
- Schulungsprogramm planen und gestalten
- Schulung auswerten.

7.1 BEDARF UND BEDÜRFNISSE ERKUNDEN

Die meisten der unter Teil III, Kap. 3.1 genannten Punkte gelten auch für die Erfassung von Bedarf und Bedürfnissen im Vorfeld von Schulungen. Was notwendig ist und gewünscht wird, lässt sich durch Befragung von Bediensteten und Gefangenen feststellen, z. B. im Rahmen eines Gruppengesprächs oder -interviews (Fokusinterview). Darüber hinaus bieten sich Einzelinterviews mittels Fragebogen an: Auf diesem Weg bekommt man wertvolle Informationen und zugleich Kontakt zu den Gefangenen (siehe Teil III, Kap. 5 und 10.2).

Zu erfassen sind vor allem die Kenntnisse über präventive Verhaltensweisen, ebenso Fähigkeiten und Fertigkeiten, Einstellungen, soziale Normen und Selbstwirksamkeit. Bei Interviews mit Drogen konsumierenden Gefangenen können z. B. folgende Fragen gestellt werden:

- Was verstehst du unter „Safer Use“?
- Was machst du, um Drogen möglichst hygienisch zu konsumieren?
- Was interessiert dich am Thema Safer Use am meisten?

Während der Gespräche oder Interviews sollte man auch auf das „zwischen den Zeilen“ Mitgeteilte achten. Die Art und Weise, wie die Befragten auf Fragen zu Sachwissen reagieren, kann nämlich viel über ihre Einstellungen sowie ihre sozialen und kulturellen Normen aussagen. Gesundheitliche Probleme wiederum verweisen auf aktuelle Bedürfnisse. Hierzu können auch der Medizinische Dienst der Haftanstalt und kommunale Gesundheitsdienste wichtige Informationen liefern. Abszesse bei Drogen gebrauchenden Gefangenen sind ein Zeichen dafür, dass unhygienisch injiziert wird und deshalb Safer-Use-Informationen benötigt werden.

7.2 PRIORITÄTEN UND ZIELE SETZEN

Auf der Grundlage der erfassten Bedarfe und Bedürfnisse werden Prioritäten und Ziele festgelegt. Zu den wichtigen Punkten hierbei gehören:

- Welche Schritte sind zur Umsetzung der Schulung notwendig?
- Welche Zielgruppe hat oberste Priorität? Erst sollten die Bediensteten geschult werden, um sicherzustellen, dass ihnen die gesundheitlichen Risiken in Haft bewusst sind und sie die Notwendigkeit risikomindernder Maßnahmen kennen.
- Welche Inhalte haben oberste Priorität? Sollte der Schwerpunkt Bewusstseinsbildung oder Wissensvermittlung, Fähigkeiten/Fertigkeiten oder Einstellungen und soziale Normen sein? Oder soll es mehrere Schwerpunkte geben?
- Sind die Ziele „intelligent“ gewählt (siehe Teil III, Kap. 3.2)?

7.3 ZIELGRUPPE(N) BESTIMMEN

Es gibt Themen, die für Gefangene und Bedienstete gleichermaßen oder nur für eine Gruppe von Interesse sind. Ein für beide Gruppen geeignetes Thema ist z.B. „Infektionskrankheiten: Übertragungswege und Schutz“, eines für Drogen gebrauchende Gefangene ist vor allem „Safer Use“ und eines, das Bedienstete besonders interessiert, ist z.B. „Vermeiden von Nadelstichverletzungen bei Zellendurchsuchungen“.

Zielgruppen können sein:

- **Gefängnisbedienstete**, medizinisches Personal, Verwaltung.
- **Gefangene**. Man kann mit einzelnen Drogenkonsument(inn)en arbeiten, z.B. im Sinne von Peer-Education, oder mit einer Gruppe.

Von den Inhalten der Schulung hängt ab, ob man die Zielgruppe eventuell nach Geschlecht, Alter oder ethnischem Hintergrund aufteilt. Bei Gesprächen z.B. über Sexualverhalten oder Safer Sex könnten sich Frauen sicherer fühlen, wenn keine Männer dabei sind (siehe folgen-

des Kap. 7.4). Falls Schulungsseminare für Häftlinge nicht möglich sind, kann man Seminare über das Leben und die Gesundheitsrisiken in Haft außerhalb des Gefängnisses organisieren, denn viele Drogengebraucher/innen waren bereits inhaftiert oder werden irgendwann einmal „einfliegen“. Drogenkonsument(inn)en draußen zu schulen, kann ein Weg zu Peer-Support in Haftanstalten sein: Sie können ihr Wissen an Mitgefangene weitergeben, wenn sie selbst einmal in Haft kommen.

- **Mitarbeiter/innen kommunaler Gesundheitsdienste.** Einige Gesundheitsdienste arbeiten mit Drogenkonsument(inn)en in Haft. Hinzu kommt, dass es viele Drogengebraucher/innen gibt, die schon in Haft waren oder (erneut) in Haft kommen – ein Grund mehr, die Gesundheitsdienste für diese Klientel fit zu machen. Außerdem können kommunale Drogenhilfen und Gesundheitsdienste das Gefängnispersonal bei der Entwicklung risikomindernder Maßnahmen in der Anstalt unterstützen.
- **Gemischte Zielgruppe.** Eine solche Gruppe kann den Informationsaustausch, Haltungsänderungen und das gegenseitige Verständnis befördern. Eine Zielgruppe kann sich z.B. aus Gefängnispersonal, Drogenkonsument(inn)en und Mitarbeiter(inne)n von Drogenhilfen oder Gesundheitsdiensten zusammensetzen.

7.4 PLANUNG UND GESTALTUNG EINES SCHULUNGSPROGRAMMS

Wie bereits erwähnt, sollten Schulungen nicht nur auf Vermittlung von Wissen, sondern auch von Fertigkeiten zielen. Zugleich sollten sie Einfluss nehmen auf Einstellungen und soziale Normen und die Selbstwirksamkeit verbessern. Deshalb ist es wichtig, dass die Trainings interaktiv angelegt sind. Die Teilnehmer/innen sollten nicht nur unterrichtet, sondern ebenso zur aktiven Beteiligung an Gesprächen und Diskussionen angeregt werden. Vorträge sind daher auf die unbedingt nötigen Informationen zu beschränken und sollten möglichst viele interaktive Elemente enthalten. Wissen lässt sich nämlich genauso gut durch eine strukturierte Diskussion vermitteln, z.B. zum Thema „Richtig spritzen – wie geht das?“. Der/die Schulungsleiter/in hat dann die

Aufgabe, die Diskussion zu führen und darauf zu achten, dass falsche Informationen berichtigt werden und alles Wesentliche zur Sprache kommt. Die nachfolgenden Übungen in Kap. 8 sollen das aktive Lernen erleichtern.

Die Motivation und die Interessen der Gefangenen sollten bei der Planung und inhaltlichen Gestaltung von Schulungen berücksichtigt werden. Vor allem sollte bereits im Vorfeld geklärt werden, ob „Risikominderung beim Sex und Drogengebrauch“ überhaupt ein geeignetes Thema ist, mit der sich die Zielgruppe erreichen lässt. In manchen Fällen hat es sich als hilfreich erwiesen, Risikominderung in das Thema „Gesundheitsvorsorge“ einzubetten, das weitaus weniger mit Tabus belegt ist.

Bei der Vorbereitung einer Schulung sind folgende Punkte zu beachten:

- Größe und Zusammensetzung der Gruppe festlegen und dabei Schulungsthema, Besonderheiten der Zielgruppe usw. im Blick behalten
- Schulungsleiter/innen auswählen. Sie müssen Expert(inn)en sein, sollten eine positive Haltung zur Zielgruppe haben und flexibel sein, u. a., bei Bedarf das Programm ändern können.
- „Spielregeln“ festlegen, z. B.: Es spricht immer nur eine Person, die Ansichten anderer sind zu respektieren, man lässt jede/n ausreden, keine Aggressionen oder Gewalt usw.
- Lehrmethoden auswählen (siehe S. 248 f.)
- Methoden zur Erhebung und Auswertung auswählen (siehe Teil III, Kap. 7.1)
- detailliertes Schulungsprogramm entwerfen und Zeitplan aufstellen
- visuelle Hilfsmittel vorbereiten (Arbeitsblätter, Dias, Flipchart usw.)
- Flyer/Broschüren und Fotokopien für die Übungen vorbereiten
- Veranstaltungsort auswählen und buchen
- Logistik planen und organisieren (Hilfsmittel wie Flipchart, technische Hilfe, Verpflegung usw.).

Allgemeine Empfehlungen zur Organisation einer Schulung

- Die Schulung sollte in einem Anstaltsbereich stattfinden, in dem sich die Teilnehmer/innen wohlfühlen.
- Eine Schulung auf drei Nachmittage verteilt ist besser als eine ganztägige Schulung.
- Die Teilnehmer/innen sollten rechtzeitig eingeladen werden. Drogenkonsument(inn)en müssen sich vielleicht erst mit dem Gedanken vertraut machen, dass sie zu einem Seminar über Risikominderung eingeladen sind. Der Hintergrund des Seminars sollte besprochen und erklärt werden. Mit einer offiziellen schriftlichen Einladung kann zum Ausdruck gebracht werden, dass man auf die Teilnahme der Eingeladenen großen Wert legt.
- Es sollten nicht mehr als 20 Personen gleichzeitig geschult werden. Man kann aber durchaus mehr Personen einladen: Da Sex und Drogengebrauch tabuisiert sind, könnten einige trotz ihrer Zusage fernbleiben.
- Gut ist, wenn man die Teilnehmer/innen über die Vorbereitungen der Schulung und die geplanten Inhalte und Übungen auf dem Laufenden hält.
- Die Eingeladenen sollten bis zum Schulungstermin immer wieder zur Teilnahme ermuntert werden.
- Die Methoden der Vermittlung sollten sich auf die Fähigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer/innen beziehen.
- Man kann den Teilnehmer(inne)n am Ende der Schulung ein kleines Geschenk als Zeichen der Wertschätzung ihrer Teilnahme aushändigen.
- Die Teilnehmer/innen sollten nach der Schulung eine Teilnahmebescheinigung erhalten.
- Jede Schulung sollte mit einer mündlichen oder schriftlichen Auswertung abgeschlossen werden: Was habt ihr/haben Sie gelernt? Was hat gefehlt? Welche Verbesserungsvorschläge gibt es? (Beispiele siehe Anhang)
- Drogenkonsument(inn)en eine Schulung anzubieten, ist eine gute Sache. Die Wirkung ist umso nachhaltiger, wenn darauf aufbauende Angebote organisiert werden.

Eröffnungsphase

Entscheidend für den Erfolg einer Schulung ist ein gut vorbereiteter Einstieg. Dieser sollte Folgendes umfassen:

- allgemeine Begrüßung der Anwesenden, z.B. für das Interesse danken
- Vorstellung des/der Schulungsleiters/-leiterin (Name, Organisation, Beruf, Erfahrungen usw.)
- Begründen, weshalb die Schulung durchgeführt wird, und Ziele benennen
- Vorstellung des Programms
- Runde, in der sich die Teilnehmer/innen selbst vorstellen (Name, Hauptinteresse, Erwartungen usw.)
- das „Eis brechen“ (z.B. eine aktuelle Schlagzeile zitieren, die zum Thema passt; das Schulungsthema mit prominenten Personen in Zusammenhang bringen, einen Scherz machen).

Methoden

Unterschiedliche Methoden der Präsentation und vielfältige interaktive Ansätze sind wichtig, um die Konzentration aufrechtzuerhalten und das Lernen so interessant wie möglich zu machen. Zugleich sollte man nicht vergessen, regelmäßige Pausen in das Programm einzubauen.

Je nach den Erfahrungen der Teilnehmer/innen in der Anstalt und je nach Interessen und Bedürfnissen können folgende Methoden zum Einsatz kommen:²⁸

- **Gruppenarbeit:** Man beginnt am besten mit kleinen Gruppen, in denen sich die Gefangenen eher zu sprechen trauen, und geht dann über zu Diskussionen in größeren Gruppen oder im Plenum. Die Größe der Gruppe kann Einfluss haben auf das Gesprächsniveau und den Grad der Offenheit. Um die Gruppe aufzuteilen, kann man z.B. die Teilnehmer/innen bitten, selbst zu wählen, mit wem sie arbeiten möchten. Oder man bringt sie dazu, sich mit jemandem zusammenzutun, mit dem/der sie bisher noch nicht gearbeitet haben.

²⁸ Teile dieses Kapitels nach Murtagh 1996b.

- **Brainstorming:** Diese Methode dient zum Sammeln spontaner Gedanken zu einem Thema. Alle Beiträge werden so notiert, wie sie eingebracht werden. Erst wenn alle etwas gesagt haben und niemandem mehr etwas einfällt, werden die einzelnen Beiträge diskutiert und analysiert.
- **Zeichnen und Collagen erstellen:** Beides sind gute Methoden, um sich intimen oder sehr persönlichen Themen anzunähern und die Diskussion anzuregen.
- **Quiz oder Fragebogen:** Geeignet zur Ermittlung des Informationsniveaus einer Gruppe. Aber man muss aufpassen, dass bei diesen Methoden kein Wettbewerb entsteht (siehe Quiz-Fragen Teil II).
- **Haltungs-Kontinuum:** Hierzu werden große Papierbögen, auf denen „ja/nein“, „stimme zu/stimme nicht zu“ oder „akzeptabel/nicht akzeptabel“ steht, an zwei gegenüberliegenden Seiten des Raumes angebracht. Man bittet dann die Teilnehmer/innen, ihre Standpunkte oder Haltungen auszudrücken, indem sie zu der betreffenden Seite des Raumes gehen. Eine hilfreiche Methode, um eine strukturierte Diskussion zwischen Leuten mit unterschiedlichen Auffassungen in Gang zu bringen.
- **Einsatz von Videos:** Sie bieten Aufhänger für die Diskussion und sind effektive Informationsvermittler. TV-Sendungen, die bei Gefangenen beliebt sind, bieten außerdem gute Impulse für das Gespräch über Beziehungen, Sex, Persönlichkeitsentwicklung usw.
- **Einsatz von Literatur und Fotos:** Artikel aus (Gefängnis-)Zeitungen und User-Magazinen, Internetforen, Gefängnisrundbriefe und Fallstudien, Erzählungen und Kurzgeschichten wie auch Presse- und andere Fotos können ebenfalls als Grundlage für Übungen genutzt werden.
- **Psychodrama, Rollenspiele:** Mit ihrer Hilfe können die Teilnehmer/innen lernen, ein Thema aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Man kann das Spiel auch an einem bestimmten Punkt stoppen („erstarrtes Bild“) und die Teilnehmer/innen überlegen lassen, was passiert ist oder was weiter geschehen wird.

Besondere Zielgruppen, besondere Themen

Vieles spricht dafür, Safer-Sex-Schulungen für männliche Gefangene von Trainern und für weibliche Gefangene von Trainerinnen durchführen zu lassen – dies aufgrund geschlechtsspezifischer Erfahrungen, Haltungen, Verhaltensweisen und Risiken. Frauen fühlen sich häufig nicht wohl dabei, in Gegenwart von Männern über sexuelle Verhaltensweisen zu sprechen. Männer wiederum fühlen sich oft verpflichtet, den Macho zu spielen und mit ihren sexuellen Erfolgen zu prahlen.

Auch ethnische, kulturelle und religiöse Unterschiede sollten bedacht werden. Es kann durchaus sinnvoll sein, für bestimmte Gruppen eigene Schulungen mit den jeweils passenden Ansätzen anzubieten. In islamisch geprägten Kulturen beispielsweise spricht man nicht so unverblümt über Sex wie in der westlichen Welt – ein wichtiger Aspekt, denn in den meisten Gefängnissen Deutschlands (und anderer europäischer Länder) ist der Anteil von Häftlingen aus anderen Kulturkreisen recht hoch. Auch Sprachbarrieren können die Kommunikation erschweren. Sehr hilfreich ist es, wenn Mitarbeiter/innen da sind, welche die betreffende Sprache sprechen oder – noch besser – aus demselben Land kommen und denselben kulturellen oder religiösen Hintergrund haben.

7.5 SCHULUNGEN FÜR GEFANGENE

Viele Gefangene sind „draußen“ von den kommunalen Gesundheitsdiensten und Drogenhilfen nicht erreicht worden. Die Haftzeit kann deshalb genutzt werden, um sie über Maßnahmen der Risikominderung und andere gesundheitliche Themen zu informieren.

Schulungen für Drogen gebrauchende Gefangene können auf zweierlei Weise angelegt werden:

- Man schult kleine Gruppen in Sachen Risikominderung und hofft, dass sie das erworbene Wissen an andere weitergeben („Schneeball-Effekt“).

- Man schult Gefangene in Sachen Risikominderung und „Peer Support“, um sie in die weitere Arbeit mit Drogengebraucher(inne)n einbeziehen zu können.

Jeder dieser beiden Schulungstypen hat eine je eigene Zielsetzung. Der erste Typ ist für Drogenkonsument(inn)en gedacht, die sich (noch) nicht an Peer-Support-Aktivitäten beteiligen wollen. Es hat sich aber gezeigt, dass diese Schulungen durchaus bis hin zu den Peers wirken, denn das Gelernte wird auch mit Mitgefangenen bzw. mit Freund(inn)en oder Bekannten besprochen: Der „Schneeball“ beginnt zu rollen. Dieser Schulungstyp kann sowohl von der Haftanstalt als auch von kommunalen Gesundheits- und Drogenhilfe-Einrichtungen organisiert werden.

Der zweite Schulungstyp ist nur sinnvoll, wenn der Peer-Support-Ansatz in der Anstalt auch tatsächlich zum Zuge kommen kann. Man kann die Schulung als Einstieg in Peer-Support-Aktivitäten anbieten, wenn z.B. einzelne Gefangene eine entsprechende Initiative zur Risikominderung starten wollen. Hier ist es hilfreich, wenn Vertreter/innen bestimmter Berufsgruppen ihr Wissen und ihre Kompetenz einbringen (z.B. Pfleger/innen aus der Krankenabteilung). Bei diesem Schulungstyp liegt das Gewicht zum einen auf organisatorischen Aspekten, zum anderen auf der Botschaft und wie man sie „rüberbringt“.

Bei der Organisation von Schulungen für Häftlinge sind u. a. folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Im Vorfeld ist durch ein Gespräch mit der Anstaltsleitung sicherzustellen, dass Gefangene, die teilnehmen möchten, dies auch tatsächlich können (indem sie z.B. von der Arbeit oder vom Unterricht befreit werden).
- Häftlinge sollten nur auf freiwilliger Basis teilnehmen. Nur so ist zu gewährleisten, dass sie motiviert sind und das Gelernte an ihre Peers weitergeben.
- Drogen gebrauchende Gefangene und besonders Peer-Leader verfügen bekanntlich über jede Menge wichtiger Kenntnisse. Man sollte ihnen reichlich Gelegenheit geben, diese Kenntnisse in die Schulung einzubringen.

Arbeit mit Gruppen oder einzelnen Gefangenen

Drogenkonsument(inn)en schult man am besten in Gruppen, weil hier der Zeit- und Kostenaufwand sehr viel geringer ist als bei Einzeltrainings. Außerdem lassen sich durch den Einfluss der Gruppe Haltungen und soziale Normen leichter ändern als durch Trainer/innen.

Manche Gefängnisse erlauben allerdings keine Gruppenarbeit, weil sie dies als Sicherheitsrisiko ansehen. Hier bietet es sich an, Einzelpersonen zu schulen – ein Ansatz, der einen intensiven und daher besonders effektiven Wissenstransfer ermöglicht.

7.6 SCHULUNGEN FÜR GEFÄNGNISBEDIENTETE

Für die Anstaltsmitarbeiter/innen sind vor allem Schulungen wichtig,

- die es ihnen ermöglichen, hinter dem Ziel „Infektionsvermeidung“ zu stehen und diese Ziele zu unterstützen
- in denen sie grundlegende Kenntnisse über Drogen, Drogenkonsum, Infektionskrankheiten und andere mit Drogenkonsum verbundene Gesundheitsrisiken erwerben können
- in denen die Sicherheitsbedürfnisse des/der Einzelnen und der Gemeinschaft zur Sprache kommen und ein Konsens darüber erzielt wird.

Auch hier geht es nicht nur um Wissensvermittlung, sondern ebenso darum,

- Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben, z. B. im Bereich Sozialberatung
- sich eigener Einstellungen und Verhaltensweisen in Sachen Drogengebrauch und Sexualität bewusst zu werden.

Die Schulungen sollten auf angemessene Verhaltensweisen als Bestandteil der Maßnahmen zur Eindämmung übertragbarer Krankheiten im Gefängnis zielen. Ein Verhaltenstraining, das nicht mit entsprechenden strukturellen Veränderungen des Gefängnis-Settings einhergeht, ist allerdings nicht sinnvoll.

Identifikation mit dem Ziel „Infektionsvermeidung“

Gefängnisleitung und -mitarbeiter/innen können nur dann hinter diesem Ziel stehen, wenn ihnen bewusst ist, dass Infektionen eine Bedrohung für alle sind – innerhalb wie außerhalb der Gefängnismauern – und daher bekämpft werden müssen – und bekämpft werden können. Ihnen muss klar sein, dass der Erfolg solcher Maßnahmen auch und gerade von ihrer Haltung und Mitwirkung abhängt.

Nur Broschüren oder Faltblätter einzusetzen genügt nicht. Sie können andere Maßnahmen, z.B. Einzelberatungen, ergänzen oder begleiten, aber nicht ersetzen. Die Einführung von Präventionsmaßnahmen wird immer wieder durch Meinungen, Haltungen und Vorurteile der Gefängnismitarbeiter/innen gefährdet (Häftlinge wissen genau, was sie tun. Sie sind erwachsen und für ihr Handeln selbst verantwortlich / Wer Drogen nimmt, ist charakterschwach. Wenn der Wille stark genug ist, kommt man von der Sucht los / Entzug ist die einzige Lösung / Aids ist eine wohlverdiente Strafe Gottes). Solche Ansichten und Überzeugungen sind tief verwurzelt und lassen sich oft nur schwer aufbrechen. Die Schulungsteilnehmer/innen sollten daher behutsam an neue Haltungen herangeführt und für die Lage Drogen gebrauchender Gefangener sensibilisiert werden. Zugleich gilt es, ihnen dabei zu helfen, Ängste abzubauen.

Erwerb grundlegender medizinischer Kenntnisse

Viele Gefangene, die illegale Drogen nehmen, scheuen sich, den medizinischen Dienst bei gesundheitlichen Problemen oder in Sachen Drogentherapie aufzusuchen. Noch komplizierter wird die Situation dadurch, dass der Konsum illegaler Drogen ein Tabu ist – im Gefängnis wie auch draußen. Gefängnismitarbeiter/innen brauchen daher grundlegende medizinische Kenntnisse, damit

- Infektionen durch wirkungsvolle Maßnahmen vermieden werden können (vor allem HIV- und Hepatitis-Infektionen)
- bei Gesundheitsschäden möglichst frühzeitig eine Behandlung aufgenommen werden kann.

Individuelle und kollektive Sicherheitsbedürfnisse

Angst vor Ansteckung, Unsicherheit und das Bedürfnis, Abstand zu halten, wirken sich negativ auf die Beziehungen zwischen Bediensteten und Gefangenen aus. Auch wenn Absonderung eine Möglichkeit sein kann, sich vor einer vermuteten oder tatsächlichen Gefahr zu schützen, sollten solche Tendenzen zugunsten eines besseren Verhältnisses zwischen Bediensteten und Gefangenen überwunden werden – eine der Bedingungen für den Erfolg risikomindernder Maßnahmen.

Wichtig dabei ist, dass den Bedürfnissen der Bediensteten nach Sicherheit Rechnung getragen wird. Schulungen sollten dazu dienen, die Mitarbeiter/innen zu unterstützen und es ihnen so zu ermöglichen, sich beim Umgang mit drogenbezogenen Problemen sicherer zu fühlen. Zum einen sollen sie ihre Kenntnisse zum Thema Drogen erweitern können, zum anderen sollen ihre Fragen zu Infektionsrisiken ernst genommen und beantwortet werden. Zugleich gilt es, sie über die Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach Nadelstichverletzungen, Maßnahmen der Ersten Hilfe bei Drogennotfällen, angemessene Wundbehandlung und Schutzimpfungen (Hepatitis A und B) zu informieren.

Oft gibt es bereits Richtlinien und Anweisungen zum Thema Risikovermeidung (z.B. bei Zellendurchsuchungen Gummihandschuhe zu tragen). Diese können als Basismaterial benutzt werden. Zu besprechen sind ebenso die Probleme, die sich bei der Umsetzung solcher Vorschriften ergeben können. Darüber hinaus können viele Kapitel dieses Handbuchs (gesamter Teil II und einzelne Kapitel von Teil III, z.B. Kap. 7) für die Gestaltung von Schulungen für Mitarbeiter/innen genutzt werden.

7.7 SCHULUNGEN FÜR GEMISCHTE GRUPPEN

Bedienstete und Gefangene gemeinsam zu schulen, kann erfreuliche Ergebnisse erbringen, was den Austausch von Informationen, die Veränderung von Einstellungen und den Abbau von Vorurteilen angeht. Übungen aus dem European Peer Support Manual haben sich dabei als besonders nutzbringend erwiesen (Trautmann/Barendregt 1994).

Aus der Arbeit mit Peer Support in Haftanstalten weiß man, dass dieser Ansatz durchaus ein Thema für gemischte Gruppen sein kann. Ein gemischtes Seminar würde sich z.B. eignen, um die Möglichkeiten von Peer Support als Teil einer umfassenden Strategie der Risikominderung vorzustellen und zu diskutieren (z.B.: Was können Drogenkonsument[inn]en zur Risikominderung beitragen und wie können sie dies tun? Welche Organisationen können ihnen dabei helfen? Wie können sie durch das Personal unterstützt werden?). In praktischen Übungen zu Safer Use können sich die Mitarbeiter/innen davon überzeugen, dass Drogenkonsument(inn)en über jede Menge Wissen und Know-how verfügen.

Peer Support sollte zunächst aber nur ein Element einer allgemeinen Einführung in Maßnahmen der Risikominderung sein, so etwa in einem Seminar zum Thema Drogengebrauch. Es ist nicht sinnvoll, Peer Support in den Mittelpunkt einer Schulung zu stellen, wenn noch kein Grundwissen zur Risikominderung vermittelt worden ist.

8. ÜBUNGEN FÜR SCHULUNGEN

In den Schulungen geht es nicht nur um Wissen über präventives Verhalten, sondern ebenso um Einstellungen, soziale Normen, Fertigkeiten, Fähigkeiten und persönliche Ressourcen. Durch interaktive Ansätze ist dafür zu sorgen, dass nicht nur Sachwissen vermittelt, sondern auch dazu motiviert wird, sich aktiv am Unterricht zu beteiligen und sich in Diskussionen einzubringen. Zu diesem Zweck haben wir spezielle Übungen zur Risikominderung (Safer Use und Safer Sex) sowie zu anderen Themen entwickelt, die wir in diesem Kapitel vorstellen.

Die folgenden Hinweise gelten für alle Übungen:

- **Beginne mit knappen, klaren Anweisungen.**
 - Erkläre, weshalb du diese Übung einsetzt.
 - Ermutige dazu, Fragen zu stellen, und zwar im Plenum wie auch in Arbeitsgruppen.
 - Erleichtere es, Fragen zu stellen. Bemerkungen wie „Jeder macht mal Fehler, was Safer Use angeht“ können dabei helfen.
 - In Arbeitsgruppen sollte jemand Protokoll führen, um die Ergebnisse im Plenum präsentieren zu können.

- **Sorge für die richtige Zusammensetzung der Gruppe.** Teilnehmer/-innen, die „gut miteinander können“, setzen sich häufig nebeneinander oder gehen in dieselbe Arbeitsgruppe. Versuche, solche Leute in verschiedene Gruppen aufzuteilen, z.B. durch Abzählen. Neue Menschen und andere Ansichten kennenzulernen, ist ein wichtiger Nebeneffekt von Schulungen. Ermögliche den Teilnehmer(inne)n eine solche Erfahrung.

- **Beobachte das Geschehen in Kleingruppen.** Mehr als drei oder vier Kleingruppen (pro Gruppe bis zu 5 Personen) kannst du nicht be-

treuen. Das bedeutet, dass insgesamt nicht mehr als 15 bis 20 Personen an einer Schulung teilnehmen sollten. Wenn die Kleingruppen Rollenspiele machen (30 bis 45 Minuten Dauer), solltest du bei jeder Gruppe einige Minuten dabei sein, um zu sehen, wie die Teilnehmer/innen zusammenarbeiten, ob sich alle beteiligen, ob die Zusammensetzung der Gruppe hinderlich oder förderlich ist usw. Bei einem ungünstigen Gruppenklima kannst du als Mediator/in einspringen und Strategien der Problemlösung vorschlagen.

- **Zeichne wichtige Geschehnisse und interessante Beiträge auf.** Auch wenn in jeder Gruppe Protokoll geführt wird, kann es passieren, dass interessante Vorschläge und Hinweise vergessen werden, vor allem dann, wenn sie von weniger dominanten Teilnehmer(inne)n kommen. Solche Anregungen können nützlich sein!
- **Lass die Protokollant(inn)en die Ergebnisse der Gruppenarbeit vorstellen.** Die Protokollant(inn)en sollten die wichtigsten Ergebnisse der Gruppenarbeit im Plenum präsentieren und sie für alle sichtbar auf einem Flipchart notieren. Diese Dokumentationen können nach Abschluss der Schulung z.B. für die Strukturierung weiterer Diskussionen dienen. Achte darauf, dass die Ergebnisse der Kleingruppen nicht durch Kommentare und Diskussionen zu allen möglichen Aspekten kaputtgeredet werden!

8.1 ÜBUNGEN ZU SAFER USE – VOR ALLEM FÜR GEFANGENE²⁹

Infektionen verhindern oder richtig injizieren – so etwas lernt man nicht von heute auf morgen. Fertigkeiten wie diese erwirbt und entwickelt man vielmehr durch Übung. Leider hat so manche/r, der/die Drogen intravenös gebraucht, das Spritzen nie richtig gelernt oder ist nicht immer in der Lage, Risiken zu vermeiden – oft aufgrund der schwierigen Situation in Haft. Mitunter sind Gefangene nicht genügend über Alternativen, „zweitbeste Lösungen“ und „Besser-als-nichts-Strategi-

²⁹ Einige der folgenden Übungen sind aus Trautmann/Barendregt (1994) übernommen.

en“ informiert. Von „draußen“ sind es viele Drogenkonsument(inn)en z.B. gewöhnt, problemlos an sterile Spritzen zu kommen. Unter Haftbedingungen Drogen „safer“ zu konsumieren, kostet sehr viel mehr Mühe als in Freiheit.

Die Übungen in diesem Handbuch zielen darauf, die Fertigkeiten von Drogengebraucher(inne)n zu verbessern und ihr Risikobewusstsein zu schärfen. Ausgangspunkt dabei sind ihre eigenen Erfahrungen. Jede der Übungen sollte darauf überprüft werden, ob sie für die Situation vor Ort und für die jeweilige Zielgruppe geeignet ist. Für manche Drogenkonsument(inn)en mag der Drogengebrauch ein zu persönliches Thema sein. Man sollte klarstellen – vor allem gegenüber den Gefängnisbediensteten –, dass die Übungen nicht dazu dienen, die Akzeptanz des Drogenkonsums zu fördern. Bei Bedarf sollte man sie an die Bedürfnisse der Gruppe oder an die Bedingungen der Haftanstalt anpassen. Wichtig ist, alle Übungen interaktiv zu gestalten, das heißt, die Ansichten, Perspektiven, Fragen und Kompetenzen der Teilnehmer/innen mit einzubeziehen. Sie sind als Instrumente zu verstehen, die das „learning by doing“ ermöglichen wollen.

Auch wenn die Übungen in erster Linie für Inhaftierte gedacht sind, lassen sich die meisten von ihnen auch gut in Schulungen für Gefangene und Bedienstete einsetzen. Ob bestimmte Übungen für eine gemischte Schulung geeignet sind, sollte jedoch vorher geprüft werden. Ein wichtiges Kriterium ist z.B., ob unter den Beteiligten eine Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens herrscht.

Safer Use – Einführung

Diese Übung stützt sich auf Kapitel 4.4 und 4.5 in Teil II.

Der/die Übungsleiter/in kann wählen zwischen den Schwerpunkten

- Vorbereitung der Injektion
- Injektionstechniken.

Ziele: ◆ Die Teilnehmer/innen werden ins Thema „Safer Use“ eingeführt.

- ◆ Sie erfahren, wie man eine Injektion „fachgerecht“ vorbereitet und durchführt.

Dauer: ◆ 30 bis 45 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 4, höchstens 20

Material: ◆ am besten ein Video zum Thema Injektion (z.B. von der Berliner Einrichtung Fixpunkt)

- ◆ Spritzbesteck und Zubehör (siehe Teil II, Kap. 4.4) und ein dem Heroin ähnliches lösliches Pulver, z.B. Zucker oder Backpulver. Falls diese Utensilien nicht verfügbar oder nicht erlaubt sind, können Ersatzmaterialien benutzt werden (z.B. Kugelschreiber als Spritze).

Übungsverlauf: ◆ Zeige das Video.

- ◆ Bitte um Kommentare zum Video. Rege das Gespräch zu folgenden Fragen an:

- ◇ Wie führt ihr eine Injektion durch?
- ◇ Wie habt ihr vor der Inhaftierung üblicherweise Drogen konsumiert?
- ◇ Weshalb könnt ihr das Gewohnte im Gefängnis nicht fortführen?

- ◆ Thematisiere die Unterschiede und die möglichen Hygienefehler.





- Variation:
- ◆ Bitte eine teilnehmende Person zu zeigen, wie sie gewöhnlich einen Schuss vorbereitet und setzt. Das geht am besten mit echtem Spritzbesteck und dem üblicherweise verwendeten Zubehör (siehe Teil II, Kap. 4.4).
 - ◆ Die anderen Teilnehmer/innen schauen aufmerksam zu und geben an, was sie anders machen und was ihrer Meinung nach falsch gewesen ist.
 - ◆ Berichtige Fehler und ergänze fehlende Informationen.

- Bemerkungen:
- ◆ Falls du ein Video zum Thema Safer Use einsetzen willst, prüfe vorher, ob das Gezeigte korrekt, sachbezogen und annehmbar ist. Kläre außerdem, ob ein Videorekorder/DVD-Player vorhanden ist.

Injektionstechniken und ihre Risiken

Intravenöser Drogenkonsum unter Haftbedingungen führt oft zu schweren Schäden an Gewebe oder Venen. In dieser Übung gilt es, mögliche Schäden und deren Vermeidung durch verbesserte Injektionstechniken herauszustellen.

- Ziele: ◆ Die Teilnehmer/innen lernen, die Risiken der von ihnen angewandten Injektionstechniken einzuschätzen.
 ◆ Sie lernen, diese Gefahren durch Verbesserung ihrer Injektionstechniken zu vermeiden.

Dauer: ◆ 30 bis 60 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 4, höchstens 20

Material: ◆ Arbeitsbögen mit Bild von Mann oder Frau (siehe Seite 262), Schreibzeug und Flipchart

- Übungsverlauf: ◆ Teile die Teilnehmer/innen in Gruppen von 2 oder 4 Personen auf.
 ◆ Männer erhalten den Arbeitsbogen mit dem abgebildeten Mann, Frauen den Arbeitsbogen mit der abgebildeten Frau.
 ◆ Bitte die Teilnehmer/innen, mögliche Einstichstellen auf dem Arbeitsbogen zu markieren und wie folgt zu „benoten“:

1 = sehr geeignet

2 = nur im Notfall

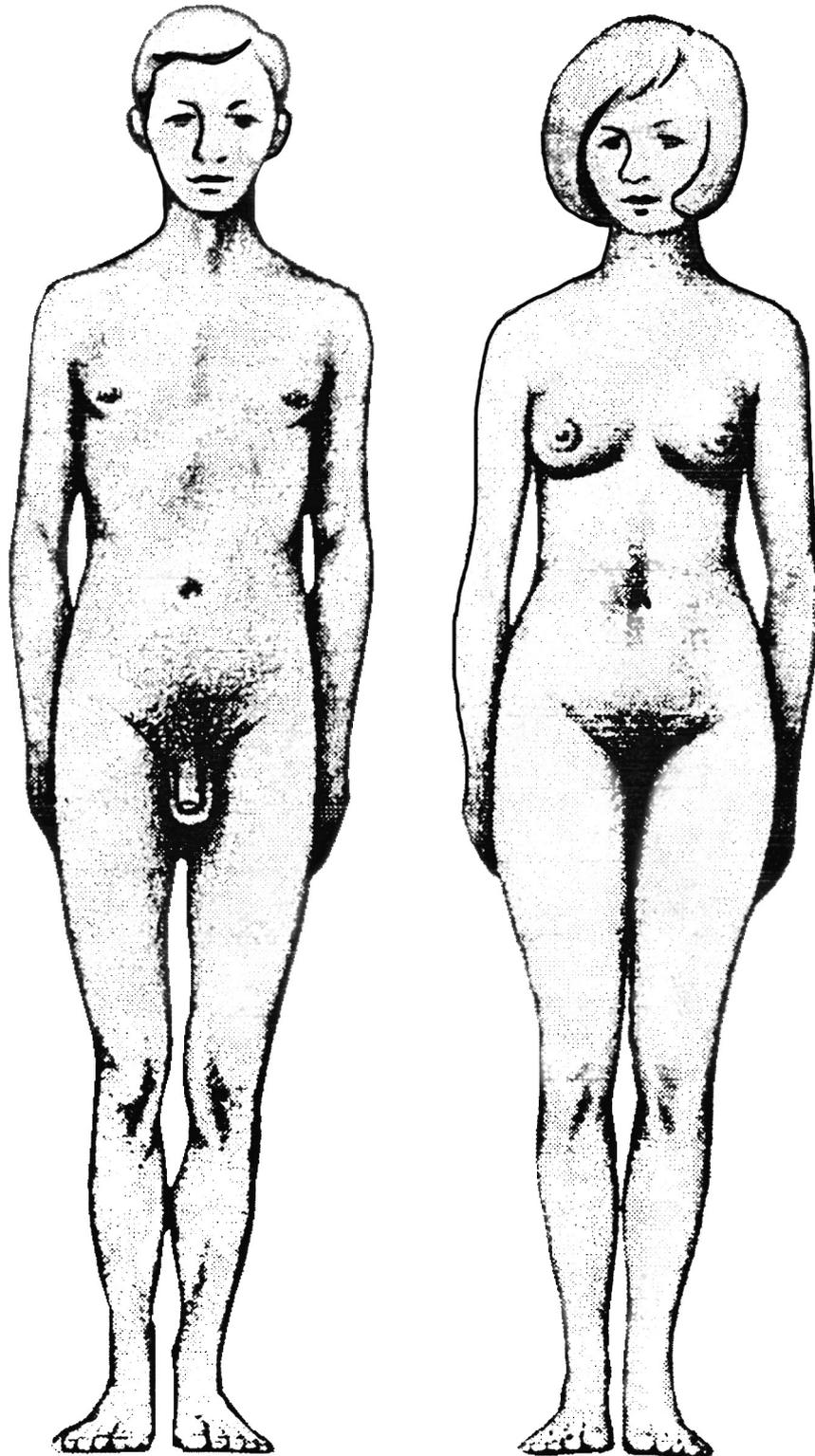
3 = gefährlich

4 = niemals

- ◆ Die Kleingruppen präsentieren ihre Ergebnisse im Plenum. Trage in eine Zeichnung vom menschlichen Körper die Einstichstellen mit den richtigen „Noten“ ein.



Injektionstechniken und ihre Risiken



Alternative Konsumformen³⁰

Sniefen, Folie rauchen und rektale Applikation/UYB (kurz für „up your bum“) stellen risikoärmere Alternativen zum injizierenden Drogenkonsum dar – vor allem, wenn keine sauberen Spritzutensilien vorhanden sind. Bei diesen Konsumformen kommt es nicht zu Blutkontakt und zu spitzem und infektiösem Abfall, der andere gefährden könnte. Das Risiko, sich beim Drogengebrauch mit HIV oder Hepatitis zu infizieren, wird durch diese Konsumformen deutlich gemindert.

Ziele: ◆ Die Teilnehmer/innen lernen risikoreduziertes Verhalten und stärken ihr Risiko- und Blutbewusstsein. Zudem werden sie darin bestärkt, ihr erworbenes Wissen an andere in der Peer-Gruppe weiterzugeben.

Dauer: ◆ 10–20 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ Diese Veranstaltung kann als Einzelintervention durchgeführt werden.

Material: ◆ Broschüre „Safer Use“ der Deutschen AIDS-Hilfe

Übungsverlauf: ◆ Zum Einstieg können die Teilnehmer/innen über ihre Erfahrungen mit alternativen Konsumformen befragt werden. Ebenso können sie auf ihre Konsumerfahrungen in Haft angesprochen werden.

◆ Weise auf die durch die Haft noch zusätzlich erhöhten Risiken beim injizierenden Konsum hin (sterile Konsumutensilien sind in Haft in der Regel nicht verfügbar).

◆ Stelle die alternativen Konsumformen vor und erläutere die Vor- und Nachteile anhand der Tabelle aus diesem Beitrag. Diese kannst du auch mit den Teilnehmer(inne)n gemeinsam erarbeiten.

◆ Besprich ergänzend die Basisinformationen zur Reinigung gebrauchter Spritzen und anderer Utensilien im Sinne einer „nächstbesseren“ Möglichkeit zur Risikominimierung. Stelle dazu die Möglichkeiten der Desinfektion von Utensilien vor. Weise aber auch auf die Begrenztheit der Wirksamkeit und der Möglichkeiten der Umsetzung hin!

³⁰ Die Konzeption dieser Veranstaltung beruht auf dem Manual „Alternative Konsumformen in Haft“ der Berliner Einrichtung Fixpunkt e. V.





III.8

Hintergrundinformationen:

- ◆ Bis auf die JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg gibt es in deutschen Gefängnissen keine Spritzenvergabeprogramme mehr. Sterile Spritzen und Kanülen in Haft sind deshalb eine absolute Ausnahme.
- ◆ Das gemeinsame Verwenden einer Spritze ist in vielen Fällen zwar üblich, aber auch besonders risikoreich.
- ◆ Viele von den Häftlingen selbst entwickelte „Safer Use“-Strategien sind nicht effektiv – wie z.B. das sogenannte Serosorting: Hierbei darf die Person, die sich als HIV-positiv „outet“, erst als letzte die Spritze benutzen. Auch die Frage nach dem Infektionsstatus ist deshalb nicht sicher, da z.B. eine Infektion mit HIV oder Hepatitis C noch nicht nachgewiesen sein könnte, eine Risikosituation unbewusst eingegangen wurde, der HIV- bzw. HCV-Status oftmals nicht bekannt ist usw.
- ◆ Gerade unter Drogenkonsument(inn)en im Gefängnis sind HIV- und HCV-Infektionen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung – aber auch zur restlichen Gefängnispopulation – stärker verbreitet. Daher geht man beim gemeinsamen Benutzen einer Spritze ein besonders hohes Risiko ein.
- ◆ Das Auskochen von Spritzen oder der Einsatz von Bleiche zum Desinfizieren gebrauchter Spritzen sind Methoden, um das Infektionsrisiko zu senken – nicht, um es auszuschließen! In den meisten Gefängnissen sind sie zudem nicht durchführbar. So ist der freie Zugang zu unbeobachtet benutzbaren Töpfen oder Tauchsiedern oft nicht möglich.
- ◆ Sniefen, Folie rauchen und UYB sind risikoärmere Konsumformen, was Infektionen mit HIV oder HCV angeht (vorausgesetzt, die Utensilien werden nicht mit anderen geteilt).
- ◆ Diese Konsumformen sind außerdem im Gefängnis umsetzbar und sollten allen Klient(inn)en als Alternative empfohlen werden.

Tabelle zu den Konsumformen

	Vorteile	Nachteile
Sniefen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Materialien sind leicht zu bekommen und leicht zu entsorgen ◆ Konsum ist unauffällig ◆ Überdosierungen sind fast ausgeschlossen ◆ Gefahr einer Infektion mit HCV ist geringer, da das Risiko eines Blutkontakts stark reduziert ist; wichtig: Auf eigenes Röhrchen achten! ◆ eine HIV-Infektion kann praktisch ausgeschlossen werden ◆ Venen werden geschont 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ eher geringe Bioverfügbarkeit (Wirksamkeit im Körper) – bei gleichzeitig geringer Stoffqualität und besonders hohen Preisen im Gefängnis ◆ Verletzungen der Nasenschleimhaut bei häufigem Konsum
Folie rauchen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Materialien sind leicht zu bekommen und leicht zu entsorgen ◆ Überdosierungen sind fast ausgeschlossen ◆ mittlere Bioverfügbarkeit der Substanz (höher als beim Sniefen) ◆ kein Risiko einer Infektion mit HIV oder HCV, da kein Blutkontakt besteht ◆ Venen werden geschont 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ stofftypische Geruchsbelästigung (evtl. Türritzen mit Matratze oder Zahnpasta abdecken) ◆ bedarf einiger Übung ◆ Reizungen der Atemwege möglich
UYB/ Rektal- applikation	<ul style="list-style-type: none"> ◆ keine Nadel nötig ◆ bei richtiger Anwendung eine hohe Bioverfügbarkeit der Substanz ◆ Konsum ist unauffällig ◆ geringe Infektionsgefahr mit HIV und HCV, da (fast) kein Blutkontakt besteht (immer eigene Spritze benutzen) ◆ Venen werden geschont 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Gefahr der Überdosierung ◆ hohe Hemmschwelle durch Scham ◆ bei mangelnder Hygiene und Weitergabe von gebrauchten Spritzen Gefahr von fäkal-oralen Infektionen (Hepatitis A, E.-coli- und andere Fäkal-Bakterien) ◆ Injektionen mit gebrauchten UYB-Spritzen, die mit Fäkalbakterien verunreinigt sind, können schwere Blutvergiftungen verursachen
Injizierender Konsum	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Substanzwirkung wird maximiert 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ erforderliche Utensilien sind im Gefängnis nur schwer erhältlich ◆ spitzer und infektiöser Abfall ◆ hohes Risiko einer Infektion mit HIV und/oder HCV beim gemeinsamen Benutzen des Bestecks ◆ Gefahr von Abszessen, Shakes usw. ◆ Gefahr der Überdosierung ◆ Oftmals keine Möglichkeit zur Desinfektion der Utensilien ◆ Schädigung der Venen





III.8

Desinfektion/Reinigung von gebrauchtem Spritzbesteck

Für alle Methoden der Desinfektion/Reinigung gilt: Zuerst frisches, kaltes Wasser durch die Nadel aufziehen und wieder ausspritzen und diesen Vorgang nochmals wiederholen; auf keinen Fall warmes Wasser benutzen, da dadurch Blutreste in der Spritze gerinnen und sich schwerer entfernen lassen.

- ◆ **Auskochen mit Wasser:**
 - ◇ die vergleichsweise zuverlässigste Methode der Reinigung
 - ◇ Spritzbesteck in Einzelteile zerlegen und 15–20 Minuten in sprudelnd kochendem Wasser auskochen
 - ◇ Einzelteile nach dem Auskühlen wieder zusammensetzen und nochmals mit kaltem Wasser ausspülen
 - ◇ Vorsicht: es ist nicht sicher, dass alle Hepatitis-Viren zuverlässig inaktiviert werden; nach mehrmaligem Auskochen (ca. 3x) wird das Material beschädigt und die Nadel stumpf

- ◆ **Desinfektion mit Haushaltsbleichmitteln und konzentrierten Jodverbindungen (z. B. Betaisodona-Lösung):**
 - ◇ wesentlich unsicherer als Auskochen
 - ◇ so viel Bleichmittel oder Jod durch die Nadel aufziehen, dass noch etwas Luft im Kolben bleibt; Spritze zwei Minuten lang schütteln, das Mittel wieder ausspritzen und den Vorgang nochmals wiederholen
 - ◇ da Bleichmittel ätzend sind, die Spritze zum Schluss gründlich mit kaltem Wasser ausspülen
 - ◇ Vorsicht: das Material bestimmter Spritzen kann durch Bleichmittel beschädigt werden; Bleichmittel sind nur begrenzt haltbar (3–4 Wochen)

- ◆ **Behandlung in der Mikrowelle:**
 - ◇ HIV und Hepatitis-C-Viren können durch Mikrowellenstrahlung erfolgreich inaktiviert werden
 - ◇ es reichen 3 Minuten bei 360 Watt aus
 - ◇ Vorsicht: Risiken, die vor allem das Konsumzubehör und Flüssigkeiten betreffen, können so minimiert werden; Nadeln und andere metallhaltige Gegenstände dürfen nicht in der Mikrowelle behandelt werden

Was tun in schwierigen Situationen?

Intravenös Konsumierende wollen ihre Droge möglichst schnell und effizient spritzen. Das gilt ganz besonders im Gefängnis, wo nahezu alle Bereiche streng überwacht werden. Um die gewünschte Wirkung zu erreichen, müssen z. B. folgende Bedingungen erfüllt sein:

- ◆ Alle benötigten Utensilien sind zur Hand.
- ◆ Die Venen lassen sich leicht treffen.
- ◆ Man hat einen Ort, wo man ungestört ist.
- ◆ Man verfügt über Erfahrung und Know-how in punkto „sicheres Spritzen“.

Im Gefängnis sind diese Bedingungen in der Regel nicht erfüllt. Oft kommt es vor, dass Drogen gerade dann verfügbar sind, wenn die Situation besonders ungünstig ist.

- Ziele:
- ◆ Die Teilnehmer/innen lernen, was man in schwierigen Situationen tun kann.
 - ◆ Sie tauschen sich darüber aus, wie sie improvisieren, um sicher spritzen zu können.

Dauer: ◆ 45 bis 60 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 4, höchstens 20

Material: ◆ Kopien Arbeitsbogen „Was tun in schwierigen Situationen?“ (siehe S. 268), Schreibzeug, Flipchart

Übungsverlauf: ◆ Die Teilnehmer/innen werden in Gruppe A und B aufgeteilt.

- ◆ Teile jeder Gruppe schwierige Situationen aus der unten aufgeführten Liste zu (A zu A, B zu B). Bitte die Gruppen, sich Lösungsmöglichkeiten für die einzelnen Situationen zu überlegen.
- ◆ Nach einer festgesetzten Zeit (z. B. 15–30 Minuten) werden die Lösungsmöglichkeiten im Plenum besprochen.
- ◆ Korrigiere Fehler und präsentiere Lösungen, welche die Teilnehmer/innen nicht vorgestellt hatten. Benutze S. 269–271 dieser Übung als Checkliste.

Alternative: ◆ Erstelle selbst eine Liste mit „schwierigen Situationen“ oder ergänze bzw. verändere den Arbeitsbogen.





Was tun in schwierigen Situationen?

- Ⓐ Es gibt keine sauberen Nadeln und Spritzen.
- Ⓑ Es gibt weder Kocher/Kochplatte noch Bleichmittel.

- Ⓐ Es gibt kein frisches Wasser.
- Ⓑ Beim Spritzen von Kokain verstopft die Nadel.

- Ⓐ Beim Spritzen von Heroin verstopft die Nadel.
- Ⓑ Die Spritze hat nicht genug Druck (Kolben ist undicht).

- Ⓐ Es ist kein Löffel da.
- Ⓑ Es gibt keinen sauberen Filter.

- Ⓐ Es gibt keinen Alkoholtupfer.
- Ⓑ Der Kolben lässt sich nicht weiter hochziehen.

- Ⓐ Du merkst, dass du die Vene verfehlt hast (Bluterguss).
- Ⓑ Deine Venen sind hart / rollen weg / liegen tief.

Safer Use in schwierigen Situationen

Wenn keine sauberen Spritzen oder Desinfektionsmittel zu haben sind, sollte man auf den intravenösen Konsum lieber verzichten. Hier einige Empfehlungen für den Fall, dass man aufs Spritzen nicht verzichten kann. Dabei sollte nicht vergessen werden: Es sind höchstens „zweitbeste“ Lösungen!

Es gibt keine sauberen Nadeln und Spritzen.

- ◆ Benutzte Nadeln und Spritzen 15–20 Minuten auskochen (siehe Teil II, Kap. 4.3).
- ◆ Benutzte Nadeln und Spritzen mit Bleichmittel reinigen (siehe Teil II, Kap. 4.3).
- ◆ Drogen von Folie inhalieren („chinesen“, siehe Teil II, Kap. 4.6).
- ◆ Drogen sniefen (siehe Teil II, Kap. 4.6).

Es gibt kein Bleichmittel.

- ◆ Nadel und Spritze 15–20 Minuten auskochen.
- ◆ Drogen von Folie inhalieren („chinesen“).
- ◆ Drogen sniefen.
- ◆ Spritze sorgfältig mit irgendetwas anderem reinigen (z.B. Cola, Alkohol).

Weder Kocher/Kochplatte noch Bleichmittel sind verfügbar.

- ◆ Drogen von Folie inhalieren („chinesen“).
- ◆ Drogen sniefen.
- ◆ Nadel und Spritze so oft wie möglich mit frischem Wasser spülen.

Es ist kein Leitungswasser verfügbar.

- ◆ Mineralwasser verwenden.
- ◆ Wasser 15–20 Minuten kochen.

Es gibt eine Portion Stoff, eine saubere Spritze, eine gebrauchte Spritze und zwei Personen, die den Stoff gerecht teilen wollen.

- ◆ Gebrauchte Spritze auskochen oder mit Bleichmittel reinigen.
- ◆ Stoff von Folie inhalieren („chinesen“).
- ◆ Eine Person teilt den Stoff in zwei gleiche Portionen, die andere wählt aus.





III.8

Es gibt eine Portion Stoff, zwei gebrauchte Spritzen und zwei Personen, die den Stoff gerecht teilen wollen.

- ◆ Gebrauchte Spritzen auskochen oder mit Bleichmittel reinigen.
- ◆ Falls das nicht möglich ist: eigene Spritze sorgfältig ausspülen.
- ◆ Eine Person teilt den Stoff in zwei gleiche Portionen, die andere wählt aus.

Beim Spritzen von Kokain verstopft die Nadel.

- ◆ Injektion unterbrechen, Nadel von der Spritze abziehen (bei Insulinspritze: Schutzkappe auf Nadel setzen), Kolben vorsichtig aus der Spritze ziehen und Injektionslösung zurück auf den Löffel geben. Ist kein neues Spritzbesteck verfügbar, sollte man versuchen, den Klumpen durch Ausspülen mit Wasser zu lösen.
- ◆ Blockierung lösen: Zu diesem Zweck Nadel mit einem Feuerzeug wärmen, um sie auszudehnen.
- ◆ Etwas frisches Wasser aufziehen und Spritze schütteln.

Beim Spritzen von Heroin verstopft die Nadel.

- ◆ Injektion unterbrechen, Flüssigkeit zurück auf den Löffel geben, eine neue Nadel aufsetzen oder eine neue Spritze nehmen.

Die Spritze hat nicht genug Druck (der Kolben ist undicht).

- ◆ Gummi des Kolbens befeuchten und erneut versuchen.
- ◆ Eine neue Spritze nehmen.

Es ist kein Löffel da.

- ◆ Boden einer Dose reinigen und als Ersatz verwenden.

Es gibt keinen sauberen Filter.

- ◆ Am besten einen Zigarettenfilter verwenden.
- ◆ Falls kein Zigarettenfilter verfügbar ist: Alkoholtupfer, ein Stück Kleiderstoff oder Ähnliches verwenden.
- ◆ Eine andere Konsumform wählen. Wer ungefilterte Shore drückt, muss mit einem „Shake“ rechnen.

Es ist kein Alkoholtupfer zur Hand.

- ◆ Einstichstelle mit Wasser und Seife reinigen.
- ◆ Einstichstelle nur mit Wasser säubern.

- ◆ Falls keine Reinigung: eine andere, weniger verschmutzte Körperstelle wählen. Achtung: Eine Injektion in die Leiste ist gefährlich und wird noch riskanter, wenn man die Stelle vorher nicht reinigt.

Der Kolben kann nicht weiter hochgezogen werden.

- ◆ Injektion unterbrechen, Stauschlauch lösen. Die Hälfte des Inhalts zurück auf den Löffel oder in eine zweite Spritze geben. Arm herabhängen lassen, wieder stauen und eine andere Vene suchen.
- ◆ Eine andere Spritze nehmen.

Du merkst, dass du die Vene verfehlt hast (Bluterguss).

- ◆ Bluterguss mit nassem Verbandszeug bedecken.
- ◆ Bluterguss vorsichtig und gleichmäßig massieren.

Die Venen sind hart / rollen weg / liegen tief.

- ◆ Von Folie inhalieren („chinesen“) lernen.
- ◆ Rollvenen mit Finger oder durch Straffen der Haut fixieren, seitlich einstechen. Sich dabei helfen lassen.





III.8

Gemeinsam Lösungen finden in hoch riskanten Situationen

Ebenso können Situationen eintreten, in denen es gilt, dass zwei oder drei Leute gemeinsam nach einer Lösungsmöglichkeit suchen. Die folgende Übung gibt hierzu Gelegenheit.

Ziele: ♦ Die Teilnehmer/innen werden auf hoch riskante Situationen vorbereitet.

Dauer: ♦ 30 bis 60 Minuten

Teilnehmerzahl: ♦ mindestens 4, höchstens 20

Material: ♦ eventuell Flipchart zum Notieren der Reaktionen/Lösungen

Übungsverlauf: ♦ Die Teilnehmer/innen werden in Gruppen von etwa 5 Personen aufgeteilt.

♦ Jede Gruppe bekommt eine oder zwei Aufgaben (hoch riskante Situation/en). Du kannst dieselbe/n Aufgabe/n auch von mehreren Gruppen bearbeiten lassen: Das ermöglicht interessante Vergleiche.

♦ Jede Gruppe diskutiert Lösungsmöglichkeiten und bestimmt die sicherste Lösung.

♦ Die Lösungsmöglichkeiten werden im Plenum verglichen und besprochen.

♦ Korrigiere Fehler und stelle noch nicht genannte Lösungsmöglichkeiten vor.

Hoch riskante

Situationen: ♦ Zwei Gefangene haben ein Gramm Kokain, aber nur eine Spritze, und müssen gleich zurück in die Zelle. Wie kommen beide zu ihrem „Kick“, ohne sich mit HIV oder Hepatitis-Viren zu infizieren?

♦ Zwei Gefangene, von denen jede/r eine eigene gebrauchte Spritze hat, wollen eine Portion Drogen gerecht aufteilen.

♦ Zwei Zellengenoss(inn)en haben ein halbes Gramm Heroin, aber keine Spritzen. Es ist sechs Uhr früh und beide kommen „auf Turkey“. Der Medizinische Dienst,

bei dem man sterile Spritzen bekommt, öffnet aber erst um acht Uhr.

- ◆ Drei Häftlinge verpassen sich einen guten Schuss Heroin – jede/r mit der eigenen sauberen Spritze – und sind eine Zeitlang stoned. Sie wollen dann noch einen Schuss nehmen, wissen aber nicht mehr, wem welche Nadel gehört.
- ◆ Die Teilnehmer/innen werden gebeten, selbst erlebte schwierige Situationen einzubringen, für die sie eine gute/weniger gute Lösung gefunden hatten.





Drogengebrauch in Haft: Wie und wann eingreifen?

Wenn im Gefängnis übers „Drücken“ geredet wird, können gut informierte Drogengebraucher/innen die Gelegenheit nutzen und ihre Mitgefangenen über risikobewusstes Verhalten aufklären. Man muss natürlich ein Gespür dafür haben, wann man das Thema „Safer Use“ am besten einbringt. In dieser Übung versuchen wir herauszufinden, was Dritte (z. B. Freunde oder Mitgefangene) zur Verbesserung der Spritztechnik beitragen können.

- Ziele: ◆ Die Teilnehmer/innen diskutieren, welches der günstigste Moment für ein Gespräch über richtiges Spritzen unter Haftbedingungen ist.
- ◆ Sie überlegen, wie Drogenkonsument(inn)en darin unterstützt werden können, sichere Spritztechniken anzuwenden.
- ◆ Sie üben, wie man praktische Unterstützung gibt.

Dauer: ◆ 30 bis 60 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 4, höchstens 20

Material: ◆ Stauschlauch; falls vorhanden: Video des „European Peer Support“ oder ein anderes Safer-Use-Video (z. B. von der Berliner Einrichtung Fixpunkt)

- Übungsverlauf: ◆ Falls ein Videofilm verfügbar ist: Zeige den Ausschnitt zur Drogeninjektion. Frage die Teilnehmer/innen: „Wenn ihr mit dabei wäret, wann und wie würdet ihr ein Gespräch zum Thema ‚Safer Use‘ beginnen?“
- ◆ Falls kein Videofilm verfügbar ist: Bitte die Teilnehmer/innen, sich an ihre letzte Drogeninjektion zu erinnern, und frage: „Wann und wie hätte man ein Gespräch zum Thema ‚Safer Use‘ am besten beginnen können?“

- Weitere Fragen:
- ◆ Welche Situationen eignen sich im Gefängnis am besten für einen Einstieg ins Thema „Safer Use“?
 - ◆ In welchen Situationen möchtest du auf keinen Fall mit dem Thema „Safer Use“ gestört werden?
 - ◆ Welche Anlässe eignen sich, um „Safer Use“ anzusprechen (z. B. keine saubere Spritze verfügbar, jemand hat eine Überdosis genommen)?

Praktische

- Übungen:
- ◆ Sich gegenseitig bei der Suche nach Venen zu unterstützen, die sich fürs Spritzen eignen: ein gutes Beispiel für Peer Support. Bitte die Teilnehmer/innen, ihre Arme frei zu machen und sie durch die nächstsitzende Person auf brauchbare Venen prüfen zu lassen.
 - ◆ Die Teilnehmer/innen demonstrieren, was man beim Anlegen des Stauschlauchs („Aderpresse“) falsch machen kann und wie man es richtig macht. Die anderen beobachten, was dabei passiert (richtig: die Venen kommen hoch/falsch: sie sinken ein).
 - ◆ Frage: Was kann man tun, damit die Venen hochkommen (siehe Teil II, Kap. 4.5),
 - ◇ wenn kein Stauschlauch zur Hand ist?
 - ◇ wenn es kalt ist und die Venen tief liegen?





Simulation einer Stress-Situation: „Stell dir vor...“

Im Rollenspiel wird eine Stress-Situation simuliert, wobei echtes Injektionszubehör benutzt wird. Egal ob Bedienstete oder Drogengebraucher/innen geschult werden: Die Situation bleibt unverändert und sollte so realistisch wie möglich sein.

- Ziele: ◆ Die Teilnehmer/innen spielen eine Stress-Situation durch und erkennen, dass man dabei schnell bereit ist, Risiken auf sich zu nehmen.
- ◆ Sie entwickeln Kreativität bei der Suche nach befriedigenden Lösungen.
- ◆ Sie lernen, wie man Infektionen beim Drogenkonsum vermeidet, und entwickeln Verhaltensmuster zur Risikominimierung.

Dauer: ◆ 45 bis 60 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 4, höchstens 20

Material: ◆ Overhead-Projektor, Flipchart und Stifte, Spritzbesteck und Zubehör (siehe Teil II, Kap. 4.4), ein heroinähnliches lösliches Pulver, (z.B. Zucker oder Backpulver). Falls Spritzbesteck und Zubehör nicht verfügbar oder nicht erlaubt sind: Ersatzmaterialien benutzen (z.B. Kugelschreiber als Spritze).

Übungsverlauf: ◆ Die Teilnehmer/innen versetzen sich in die folgende Situation:

„Du bist im Knast. Gerade bist du an Stoff der besten Qualität gekommen und hast 1 Gramm für vier Leute. Drei von euch haben längere Zeit kein Heroin genommen, einer übernimmt das Aufteilen. Ihr habt nicht mehr viel Zeit, weil die Zellen bald abgeschlossen werden. Ihr wollt den Stoff unbedingt jetzt spritzen, und zwar so ‚safe‘ wie möglich. Alles, was ihr fürs Spritzen verfügbar habt, ist

- ◇ 1 sterile Spritze
- ◇ 1 gebrauchte Spritze
- ◇ 3 gebrauchte Nadeln
- ◇ 1 kleine Flasche Wasser
- ◇ 1 Feuerzeug
- ◇ 1 nicht mehr ganz frische Zitrone.

Überlegt also: Wie könnt ihr den Stoff unter diesen Bedingungen möglichst sicher konsumieren? Eure Lösungen sollten realistisch und brauchbar sein, und ihr sollt sie mit den zur Verfügung stehenden Materialien auch praktisch durchspielen. Eine/r aus der Gruppe hält alle Lösungsmöglichkeiten fest – die akzeptierten wie auch die verworfenen –, damit wir sie nachher im Plenum diskutieren können. So, und jetzt fangt schnell an – ihr habt ja nicht mehr viel Zeit.“

- ◆ Teile die Teilnehmer/innen in Gruppen von vier bis fünf Personen ein.
- ◆ Für die Gruppenarbeit stehen 30 Minuten zur Verfügung.
- ◆ Die Ergebnisse werden im Plenum vorgestellt und diskutiert (20–30 Minuten).





III.8

Needle-Sharing, Drug-Sharing

In dieser Übung geht es um die Risiken des gemeinsamen Gebrauchs von Nadeln, Spritzen und Zubehör. Untersucht werden verschiedene Möglichkeiten des Drogenteilens, und zwar riskante wie auch ungefährliche.

- Ziele:**
- ◆ Die Teilnehmer/innen führen die üblichen Praktiken des Drogenteilens vor.
 - ◆ Sie arbeiten die Risiken heraus, die sich bei bestimmten Praktiken ergeben.
 - ◆ Sie zeigen alternative Möglichkeiten des Drogenteilens auf.
 - ◆ Sie lernen, dass das gemeinsame Benutzen von Spritzbestecken und Zubehör beim Drogenteilen „tabu“ ist.
- Dauer:** ◆ 45 bis 60 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ◆ mindestens 4, höchstens 20
- Material:** ◆ Flipchart und Stifte, Spritzbesteck und Zubehör (siehe Teil II, Kap. 4.4), ein heroinähnliches lösliches Pulver (z.B. Zucker oder Backpulver). Sind Spritzbesteck und Zubehör nicht verfügbar oder verboten, können Ersatzmaterialien benutzt werden (z.B. Kugelschreiber als Spritze).
- Übungsverlauf:**
- ◆ Die Teilnehmer/innen führen verschiedene Techniken des Drogenteilens vor und nutzen dabei die üblichen Materialien (Spritzbesteck, Löffel, Heroin-Imitation).
 - ◆ Sie beschreiben die mit den einzelnen Techniken verbundenen Risiken.
 - ◆ Sie entwickeln alternative Techniken und führen sie vor.
- Bemerkungen:** ◆ Nutze Kap. 4.2 in Teil II als Hintergrundinformation.

Gemeinsames Benutzen von Zubehör

In dieser Übung geht es um das Injektionszubehör (Filter, Wasser, Löffel, Tupfer) und die Risiken, die sich durch gemeinsames Benutzen des Zubehörs ergeben können.

- Ziele:** ♦ Die Teilnehmer/innen machen sich bewusst, dass nicht nur durch das Spritzbesteck, sondern ebenso das Zubehör Infektionen übertragen werden können.
- ♦ Sie lernen, dass durch sauberes Zubehör und den richtigen Gebrauch desselben Gewebe und Blutgefäße geschont werden.
- Dauer:** ♦ 45 bis 60 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ♦ mindestens 4, höchstens 15
- Material:** ♦ Flipchart, Marker, Zubehör (Filter, Wasser, Löffel, Tupfer) und ein heroinähnliches lösliches Pulver, z. B. Zucker oder Backpulver
- Übungsverlauf:** ♦ Zeige Injektionszubehör oder bitte die Teilnehmer/innen, die entsprechenden Materialien aufzuzählen. Notiere alle benannten Materialien auf dem Flipchart.
- ♦ Bitte einzelne Teilnehmer/innen, den Gebrauch der Materialien vorzuführen oder den Gebrauch zu beschreiben. Die anderen werden gebeten, dies zu kommentieren sowie Gebrauchsfehler und damit verbundene Risiken zu benennen. Korrigiere die Äußerungen bei Bedarf.
- Bemerkungen:** ♦ Nutze Kap. 4.4 in Teil II als Hintergrundinformation.



8.2 ÜBUNGEN ZU SAFER SEX – VOR ALLEM FÜR GEFANGENE

Ungeschützter Sex ist ein Hauptübertragungsweg von HIV und Hepatitis B. Aus verschiedenen Untersuchungen weiß man, dass Safer Sex relativ selten oder unzureichend praktiziert wird, besonders unter Heterosexuellen. Was Drogengebraucher/innen angeht, so hat sich gezeigt, dass es ihnen weitaus schwerer fällt, über Safer Sex zu sprechen als über Safer Use. Hier wie in der übrigen Bevölkerung wird deutlich, dass Sex immer noch ein heikles Thema ist.

Allgemeine Empfehlungen für Safer-Sex-Schulungen:

- Informiere die Teilnehmer/innen genau, was du bei Präsentationen, Diskussionen und Übungen in den Mittelpunkt stellen willst. Falls es sich um besonders heikle Themen handelt, sollten die Teilnehmer(inne)n vorher entscheiden können, ob sie mitmachen oder nicht. Den Entschluss, nicht mitzumachen, solltest du respektieren. Auch solltest du deutlich machen, dass jede/r selbst entscheidet, auf welche Fragen er/sie antworten will. Benutze dabei positive Wendungen wie z. B. „nehmt euch die Freiheit, selbst zu entscheiden...“, anstelle von Formulierungen wie etwa: „Ihr habt das Recht, euch zu weigern...“.
- In der Regel ist es günstiger, mit einer gleichgeschlechtlichen Gruppe zu arbeiten (siehe Teil III, Kap. 7.4). Einige Themen wie z. B. Partnerschaft, bei welchen es darum geht, die Gefühle und Verhaltensweisen des oder der anderen zu verstehen, können dagegen in gemischten Gruppen behandelt werden. Aber auch hier solltest du prüfen, ob sich die Teilnehmer/innen in einer gemischten Gruppe wohlfühlen.
- In einigen Fällen kann es sinnvoll sein, eine/n andersgeschlechtliche/n Trainer/in hinzuzuziehen, um den Blickwinkel des anderen Geschlechts mit einzubeziehen.
- Stelle sicher, dass die Gruppe die sexuelle Orientierung einer jeden teilnehmenden Person zu respektieren bereit ist. Greife ein, wenn jemand diese Regel nicht befolgt.
- Als Übungsleiter/in solltest du in der Lage sein, frei über Sexualität zu sprechen und auch offen auf persönliche Fragen zu antwor-

ten. Du hast aber auch das Recht zu sagen, dass du nicht antworten möchtest, falls dir einige Fragen zu persönlich sind.

- Beim Einsatz von Sexspielzeug („Toys“) solltest du dich vergewissern, dass dies für die Teilnehmer/innen zumutbar ist. Achte z.B. beim Gebrauch eines Dildos darauf, dass die Farbe zur Gruppe passt. Konfrontiere dunkelhäutige Teilnehmer/innen nicht mit einem weißen Dildo.
- Vielen Menschen widerstrebt es, den Kondomgebrauch an einem Dildo auszuprobieren. Hier empfiehlt es sich, ein anderes geeignetes Demonstrationsobjekt zu benutzen, z.B. eine Banane: Damit bringt man die Leute zum Lachen. Lachen und Humor können bekanntlich „das Eis brechen“.

Auch die Übungen dieses Kapitels sind in erster Linie für Gefangene gedacht. Sie enthalten aber ebenso Elemente, die sich für den Einsatz in gemeinsamen Schulungen für Bedienstete und Häftlinge eignen. Du solltest auf jeden Fall vorher prüfen, ob eine Übung für einen solchermaßen gemischten Teilnehmerkreis geeignet ist. Eine große Rolle dabei spielt z.B. das Maß an gegenseitigem Vertrauen.

Dieses Kapitel beginnt mit einigen Übungen, die Sex zum Thema machen, und geht erst dann auf Safer Sex ein. Die Erfahrung hat gezeigt, dass ein solches Vorgehen sinnvoll ist.



III.8

„Schmutzige“ Wörter

- Ziele:**
- ◆ Die Teilnehmer/innen setzen sich mit Begriffen zum Thema Sex auseinander und bereiten sich so auf das gemeinsame Gespräch vor.
 - ◆ Sie nehmen wahr, dass Menschen beim Thema Sex ganz unterschiedliche Begriffe verwenden.
- Dauer:** ◆ 15 bis 30 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ◆ mindestens 4, höchstens 20
- Material:** ◆ Stifte, Papier, Flipchart
- Übungsverlauf:** ◆ Alle Teilnehmer/innen erhalten einen Kugelschreiber und Papier.
- Jede/r soll in fünf Minuten so viele Begriffe für die männlichen Geschlechtsteile aufschreiben, wie ihm/ihr einfallen, z.B. medizinische Begriffe, „schmutzige“ Wörter, Kosenamen. Es gewinnt, wer die meisten Begriffe gefunden hat.
- ◆ Die Teilnehmer/innen nennen die von ihnen notierten Begriffe.
Diese werden ans Flipchart geschrieben.
 - ◆ Nun soll das Gleiche wiederholt werden, nur dass nun Begriffe für die weiblichen Geschlechtsteile notiert werden sollen.
 - ◆ Besprechung der Ergebnisse anhand der Frage: „Welche Begriffe können gegenüber welchen Personengruppen (z.B. Eltern, eigene Kinder, Partner/innen, Freunde) verwendet werden?“

Sexuell oder nicht?

- Ziele: ♦ Den Teilnehmer(inne)n wird bewusst, dass Begriffe für jede/n etwas anderes bedeuten können.
- Dauer: ♦ 30 bis 45 Minuten
- Teilnehmerzahl: ♦ mindestens 6, höchstens 20
- Material: ♦ Liste mit Begriffen, Arbeitsbögen, Stifte
- Vorbereitung: ♦ Bereite eine Liste mit Begriffen vor, die für die Gruppe geeignet ist (siehe Beispiel). Kopiere den Arbeitsbogen (siehe S. 284) und verteile die Kopien in der Gruppe.
- Übungsverlauf: ♦ Lies die Begriffe in der Liste laut vor und bitte die Teilnehmer/innen, sie in diejenige Rubrik des Arbeitsbogens zu schreiben, in die sie ihrer Meinung nach gehören. Das macht jede/r für sich.
- ♦ Teile die Teilnehmer/innen in zwei oder mehrere Gruppen auf.
Dort vergleichen und diskutieren sie ihre Arbeitsergebnisse.
 - ♦ Im Plenum wird gemeinsam eine Begriffsliste erstellt, mit der alle einverstanden sind.

Sexuell oder nicht? – Beispiel für eine Begriffsliste:

umarmen	erregend	lecken
geil	blasen	reiben
Sicherheit	sensibel	Spielzeug
küssen	Zärtlichkeit	Partner
warm	kitzeln	Vertrauen
Schwanz	ficken	dunkel
kratzen	sich unterwerfen	Ekstase
streicheln	riechen	teilen
safe	halten	fesseln



Sexuell oder nicht?

Schreibe jedes der Wörter, die du hörst, in eine der beiden Spalten.

Sexuell	nicht sexuell

Sexualerziehung

Viele Menschen sind es nicht gewohnt, über Sex zu reden, oder fühlen sich dabei unwohl. Angesichts der Tatsache, dass auf sexuellem Wege zum Teil gefährliche Infektionen übertragen werden können, ist es aber sehr wichtig, Sex zum Thema zu machen. In dieser Übung kann jede/r feststellen, dass Verlegenheit bei diesem Thema etwas ganz Normales ist, weil wir es nun mal nicht anders gelernt haben. Um die Privatsphäre so weit wie möglich zu wahren, sollte die Diskussion im Plenum stark begrenzt werden.

- Ziele: ◆ Die Teilnehmer/innen werden behutsam in das Thema (Safer) Sex eingeführt.
 ◆ Sie erfahren, dass die Sexualerziehung bei den meisten Menschen mangelhaft, z.B. nicht durch das offene Gespräch über Sex gekennzeichnet war.

Dauer: ◆ 15 bis 30 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 6, höchstens 21

Material: ◆ nicht erforderlich

- Übungsverlauf: ◆ Die Teilnehmer/innen werden in drei Gruppen aufgeteilt.
 ◆ Jede/r hat drei Minuten Zeit, den anderen in der Gruppe etwas über seine/ihre Sexualerziehung zu erzählen. Schlüsselfragen: Wann und durch wen erfolgte die Sexualerziehung? Was hat man dir gesagt?
 ◆ Wenn alle erzählt haben, werden die Ergebnisse kurz im Plenum besprochen.

Bemerkungen: ◆ Mit dieser Übung lässt sich gut „das Eis brechen“.





III.8

Safe oder nicht?

- Ziele:**
- ◆ Die Teilnehmer/innen geben an, welche Safer-Sex-Praktiken sie kennen, und erhalten ergänzende Informationen.
 - ◆ Ihnen wird bewusst, dass es mehr sichere als nicht sichere Praktiken gibt.
- Dauer:** ◆ 30 bis 45 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ◆ mindestens 6, höchstens 20
- Material:** ◆ Klebeschildchen, Schreibzeug, 4 Flipchartbögen mit Vorder- und Rückseite von nacktem Mann und nackter Frau, 1 Flipchartbogen mit Spalten „sicher“ und „nicht sicher“
- Übungsverlauf:**
- ◆ Die Teilnehmer/innen werden in zwei oder mehrere Gruppen aufgeteilt.
 - ◆ Jede Gruppe erhält Klebeschildchen und Stifte, um so viele Sexpraktiken und Stellungen aufzuschreiben, wie den Gruppenmitgliedern einfallen (pro Schildchen eine Sexpraktik/Stellung). Jede Gruppe hat dafür 10 Minuten Zeit.
 - ◆ Hänge die vier vorbereiteten Bögen (Vorder- und Rückseite nackter Mann und nackte Frau) an die Wand.
 - ◆ Die Teilnehmer/innen kleben die Schildchen an diejenigen Körperstellen des Mannes und der Frau, wo sie ihrer Meinung nach hingehören (etwa 5 Minuten).
 - ◆ Anschließend wird das fünfte Blatt (Spalten „sicher“ und „nicht sicher“) an die Wand geheftet.
 - ◆ Jede/r Teilnehmer/in liest einige der zugeordneten Klebeschildchen laut vor und heftet sie dann in die richtige Spalte.
 - ◆ Das Ergebnis wird besprochen. Gib bei Bedarf ergänzende Informationen.

Karussell

- Ziel: ♦ Die Teilnehmer/innen lernen, über intime sexuelle Themen zu sprechen und entsprechende Fragen zu stellen.
- Dauer: ♦ 30 bis 60 Minuten
- Teilnehmerzahl: ♦ mindestens 10, höchstens 20
- Material: ♦ Kärtchen mit Fragen
- Vorbereitung: ♦ Kopiere die Fragen der folgenden Seiten auf Karton oder festes Papier und zerschneide die Bögen in Kärtchen. Auf jedem Kärtchen steht eine Frage.
- Übungsablauf: ♦ Die Teilnehmer/innen bilden einen inneren und einen äußeren Kreis mit je gleicher Personenzahl. Sie sitzen sich paarweise gegenüber.
- ♦ Die Teilnehmer/innen des äußeren Kreises erhalten jeweils einen Stapel Kärtchen und lesen dem/der Partner/in eine Frage vor, die sie auch selbst beantworten würden. Stelle vorher klar, dass die Teilnehmer/innen frei entscheiden können, ob sie eine Frage beantworten wollen. Dauer: 5 Minuten.
 - ♦ Der äußere Kreis bewegt sich zwei Plätze weiter, und erneut werden Fragen gestellt. Das Spiel kann – je nach Teilnehmerzahl und verfügbarer Zeit – beliebig oft wiederholt werden.
 - ♦ Die Paare wechseln die Seiten, der innere Kreis wird zum äußeren.
 - ♦ Der neue äußere Kreis bewegt sich einen Platz weiter, und das Fragespiel beginnt erneut.
 - ♦ Zum Schluss werden die beim Spiel gemachten Erfahrungen im Plenum ausgetauscht.





Karussell – Kärtchen

Glaubst du, dass du gut bist im Bett?	Hast du in deinem Leben schon mal „Doktor“ oder andere „verbotene“ Spiele gespielt?
Glaubst du, dass Männer beim Sex etwas anderes empfinden als Frauen?	Sprichst du manchmal über deine sexuellen Erfahrungen?
Sagst du dem/der Partner/in beim Sex, was dir gefällt oder was du gerne möchtest?	Machen dir deine sexuellen Wünsche manchmal Angst?
Was bedeutet Promiskuität für dich?	Für Männer: Glaubst du, dass du auch weibliche Anteile hast? Für Frauen: Glaubst du, dass du auch männliche Anteile hast?
Glaubst du, dass deine Einstellungen zu Sex weiter entwickelt sind als dein Sexualverhalten?	Hast du manchmal sexuelle Träume?

<p>Fragst du dich manchmal, wie deine Eltern sich lieben? Oder deine Kinder?</p>	<p>Was tut sich bei dir, wenn du im Kino eine längere homosexuelle Liebesszene siehst?</p>
<p>Verweigerst du manchmal Sex, um deine/n Partner/in zu strafen?</p>	<p>Hast du es gern, wenn man dich zärtlich berührt?</p>
<p>Was gefällt dir besser: verführen oder verführt zu werden?</p>	<p>Sprichst du mit deinen Kindern über deine sexuellen Gefühle und Wünsche?</p>
<p>Weißt du, was dich geil macht? Und was macht dich geil?</p>	<p>Was empfindest du, wenn du masturbiert hast?</p>
<p>Ist es für dich ein Zeichen von Schwäche, wenn man bei sexuellen Problemen Hilfe sucht?</p>	<p>Hast du dich wegen Sex schon mal gestritten?</p>
<p>Was denkst du über außereheliche Beziehungen?</p>	<p>Sollten Paare der Kinder wegen zusammen bleiben?</p>





Was lösen Pornofotos und -filme bei dir aus?	Verliebst du dich oft in jemanden, der/die in dich verliebt ist?
Hast du schon mal gedacht, du könntest homosexuell sein?	Hattest du schon mal tabuisierte sexuelle Beziehungen (z.B. mit Verwandten)?
Fährst du auf guten Körpergeruch ab?	Hast du schon mal befürchtet, dass du/deine Partnerin schwanger (b)ist?
Was war deine unerfreulichste sexuelle Erfahrung?	Was denkst du über Oralsex?
Warum haben die nackten Männer/Frauen auf den Fotos an den Zellenwänden immer so perfekte Körper?	Bist du mit der „sexuellen Ausstattung“ deines Körpers zufrieden?
Weißt du, wie dein/e Partner/in riecht und schmeckt? Und magst du seinen/ihren Geruch?	Beobachtest du gerne gut aussehende Menschen deines Geschlechts?

Wie reagierst du, wenn du erfährst, dass dein/e Partner/in eine/n andere/n hat?	Was tut sich bei dir, wenn sich jemand deines Geschlechts von dir angezogen fühlt?
Haben dich deine Eltern oft umarmt? Umarmst du deine Kinder oft?	Kannst du es akzeptieren, wenn dein/e Partner/in keinen Sex will, ohne dich zurückgewiesen zu fühlen?
Welche Stellung magst du beim Sex am liebsten? Warum?	Wie oft masturbierst du?
Kannst du deine Gefühle mit dem Körper genauso gut ausdrücken wie mit Worten?	Gibt es Menschen, deren Stimme dich sexuell anspricht?
Stellst du dir schon vor, wie dein erster Sex nach der Entlassung sein wird?	Wirst du schnell eifersüchtig?
Was bedeutet für dich die Größe deines Penis/deiner Brüste?	Wenn dein/e Partner/in mehr Freiheit möchte, glaubst du dann, dass er/sie eure Partnerschaft aufkündigen will?





III.8

Gehst du manchmal an bestimmte Orte, um Sexpartner/innen zu finden?	Erzähl mir etwas von deinen homosexuellen Erfahrungen.
Hältst du dich für sexy?	Warst du ein erwünschtes Kind? Warst du als Junge/Mädchen willkommen?
Hast du dich als Sexpartner/in schon mal ausgenutzt gefühlt?	Hast du schon mal einen Orgasmus vorgetäuscht?
Welche Fantasien hast du beim Sex?	Masturbierst du manchmal, wenn dein/e Partner/in dabei ist?
für Frauen: Was würdest du denken, wenn dein Partner bei einer Prostituierten war?	für Männer: Was hältst du von Vibratoren und anderem Sexspielzeug?
für Frauen: Würdest du mitmachen, wenn dein Partner Analsex wollte?	für Frauen: Hast du auch während der Periode Sex?

<p>für Männer: Warst du schon einmal bei einer Prostituierten?</p>	<p>für Männer: Kannst du dir vorstellen, beim Sex „der Passive“ zu sein?</p>
<p>für Männer: Glaubst du, dass Sex beim Thema Partnerschaft einen zu großen Raum einnimmt?</p>	<p>für Männer: Gehören Liebe und Sex unbedingt zusammen?</p>
<p>für Männer: Was denkst du über Männer, die im Gefängnis Sex miteinander haben?</p>	





Anleitung zum Kondomgebrauch

- Ziele:** ♦ Die Teilnehmer/innen lernen, wie man zum Kondomgebrauch anleitet und welche Probleme dabei auftreten können.
- Dauer:** ♦ 30 bis 45 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ♦ mindestens 4, höchstens 20
- Material:** ♦ verschiedene Dildos (oder Bananen, Gurken usw.), verschiedene Sorten Kondome, Kopien der „Anleitung zum Kondomgebrauch“ (siehe nächste Seite)
- Übungsverlauf:** ♦ Die Teilnehmer/innen werden in Paare aufgeteilt. Jedes Paar bekommt ein Kondom und einen Dildo (oder etwas Ähnliches).
- ♦ Die eine Person zeigt der anderen, wie man ein Kondom gebraucht (5 Minuten).
 - ♦ Notiere die Reaktionen und Kommentare.
 - ♦ Jede/r Teilnehmer/in bekommt die „Anleitungen zum Kondomgebrauch“ und liest sie in Ruhe durch.
 - ♦ Die Paare setzen sich wie zuvor zusammen, nur dass jetzt die andere Person zum Kondomgebrauch anleitet, und zwar so, wie sie es gerade gelesen hat (5 Minuten).
 - ♦ Die Teilnehmer/innen kommentieren die Anleitungen und berichten, welche Probleme auftreten können, wenn man jemanden in den Kondomgebrauch einweist.
- Bemerkung:** ♦ Nutze Kapitel 3.3 in Teil II als Hintergrundinformation.

Anleitung zum Kondomgebrauch

- ◆ Prüfe zuerst:
Ist es ein Markenkondom mit Prüfsiegel? Ist die Verpackung beschädigt? Ist das Haltbarkeitsdatum bereits abgelaufen?
- ◆ Öffne die Packung vorsichtig (nicht mit den Zähnen oder der Schere!), damit das Kondom nicht beschädigt wird, und nimm das Kondom heraus (Vorsicht bei spitzen Fingernägeln!).
- ◆ Ziehe die Vorhaut des steifen Penis zurück und setze das Kondom richtig herum (mit der Gummiwulst nach außen) auf die Eichel.
- ◆ Drücke das Kondom an der Spitze etwa 1–2 cm zusammen, um genügend Platz für das Sperma zu lassen, und rolle das Kondom gleichmäßig bis zur Peniswurzel ab. Achte dabei darauf, dass das Kondom nicht mit den Fingernägeln beschädigt wird.
- ◆ Verwende (beim Analverkehr reichlich) fettfreies Gleitmittel. Keine Fette oder Öle verwenden (z. B. Margarine, Vaseline, Babyöl, Körperlotion): Sie machen das Gummi porös.
- ◆ Überprüfe vor jedem erneuten Eindringen kurz mit der Hand, ob das Kondom noch richtig sitzt.
- ◆ Ziehe Penis und Kondom sofort nach dem Samenerguss zusammen heraus; halte dabei das Kondom am Gummiring fest.
- ◆ Mach einen Knoten in das Kondom und entsorge es – aber nicht in die Toilette, sonst wird der Abfluss verstopft.

Kondome nie mehrmals benutzen! Nie zwei Kondome übereinander verwenden! Sie scheuern gegeneinander und rutschen leichter ab!





III.8

Kondomgebrauch-Wettbewerb

- Ziele:** ♦ Die Teilnehmer/innen üben den Gebrauch von Kondomen in einem Spiel.
- Dauer:** ♦ 10 bis 20 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ♦ mindestens 6, höchstens 12
- Material:** ♦ verschiedene Dildos (oder Bananen, Gurken usw.), Kondome, Kopiervorlage „Anleitung zum Kondomgebrauch“ (siehe S. 295)
- Übungsverlauf:** ♦ Informiere die Teilnehmer/innen darüber, wie Kondome benutzt werden. Die „Anleitung zum Kondomgebrauch“ ist dabei Standard.
- ♦ Die Teilnehmer/innen bilden zwei Gruppen mit gleicher Personenzahl. Jede/r Teilnehmer/in erhält zwei Kondome (eines als Reserve), jede Gruppe einen Dildo.
 - ♦ Die erste Person jeder Gruppe nimmt den Dildo, rollt fachgerecht das Kondom drüber, nimmt es wieder ab und knotet es zu. Dann kommt der/die Nächste dran usw. Wer einen Fehler macht, beginnt noch einmal von vorn.
 - ♦ Gewonnen hat die Gruppe, die zuerst fertig ist.
- Bemerkungen:** ♦ Du kannst auch Schiedsrichter/innen berufen, die das Spiel beobachten und beurteilen, ob alles richtig gemacht wurde.
- ♦ Die Sieger/innen sollten einen kleinen Preis erhalten.

Die Safer-Sex-Debatte

Gegen den Kondomgebrauch wird alles Mögliche eingewandt. Ziel dieser Übung ist es, solche Einwände aufzudecken und sinnvolle Gegenargumente zu finden.

- Ziele: ♦ Die Teilnehmer/innen diskutieren das Für und Wider des Kondomgebrauchs.
- Dauer: ♦ 30 bis 45 Minuten
- Teilnehmerzahl: ♦ mindestens 6, höchstens 20
- Material: ♦ Kopien Arbeitsbogen Safer-Sex-Debatte „Kontra“ und „Pro“
- Übungsverlauf: ♦ Die Teilnehmer/innen bilden zwei Gruppen. Die erste ist gegen, die zweite für den Gebrauch von Kondomen.
- ♦ Die erste Gruppe bekommt den Arbeitsbogen „Kontra“, die zweite den Arbeitsbogen „Pro“ der „Safer-Sex-Debatte“.
 - ♦ Beide Gruppen bereiten sich auf ihre Aufgabe vor (10 Minuten).
 - ♦ Die Gruppen kommen wieder zusammen und setzen sich einander gegenüber.
 - ♦ Die erste Gruppe bringt ihr erstes Kontra-Argument vor. Die Pro-Gruppe hat nun Gelegenheit, darauf zu antworten. Die Pro- und Kontra-Argumente werden so nacheinander ausgetauscht, und zwar so viele wie möglich.





Die Safer-Sex-Debatte – KONTRA

Lest bitte den Text und notiert Argumente gegen den Kondomgebrauch. Behaltet dabei im Kopf, dass eure Partner/innen anderer Meinung sein können.

Kontra-Geschichten

- a) Du hast diese attraktive Person einige Wochen beobachtet. Nun habt ihr euch getroffen und ineinander verliebt. Nach einer aufregenden Tour durchs Nachtleben landet ihr beide im Bett und wollt miteinander Sex haben. Weil du Kondome grundsätzlich nicht magst, willst du auch jetzt nicht, dass eines „ins Spiel“ kommt. Außerdem bist du nicht HIV-positiv. Dein/e Partner/in dagegen möchte dies sehr wohl. Erkläre, warum du nicht willst, dass ein Kondom benutzt wird.
- b) Ihr beide, du und deine Freundin, nehmt seit zehn Jahren Drogen. Deine Freundin geht anschaffen und verdient genug, um euch beide mit Drogen zu versorgen. Eines Nachts möchte sie plötzlich auch mit dir Kondome benutzen. Das überrascht dich, denn so wie du es siehst, sind Kondome nur beim Anschaffen nötig. Du lehnt deshalb ab.

Die Safer-Sex-Debatte – PRO

Lest den Text und notiert Argumente für den Kondomgebrauch. Behaltet dabei im Kopf, dass eure Partner/innen anderer Meinung sein können.

Pro-Geschichten

- a) Du hast diese attraktive Person einige Wochen beobachtet. Nun habt ihr euch getroffen und ineinander verliebt. Nach einer aufregenden Tour durchs Nachtleben landet ihr beide im Bett und wollt miteinander Sex haben. Du möchtest ein Kondom benutzen, weißt aber nicht so recht, wie du das Thema einbringen sollst. Auf keinen Fall möchtest du sagen, dass du HIV-positiv bist. Überzeuge sie/ihn davon, ein Kondom zu benutzen.
- b) Du hast deine Periode und blutest stark. Heute ist deine letzte Nacht im Urlaub und damit die letzte Chance, mit dem sexy Typen aus der Hafnbar zu schlafen. Er hat dir allerdings erzählt, dass er früher Drogen nahm und eine feste Partnerin hat, deren Sexualverhalten hoch riskant ist. Es ist kurz nach Mitternacht, euch bleibt nur noch eine Stunde, bis er zu seiner Freundin nach Hause muss – und es sind keine Kondome greifbar. In dieser Situation tust du genau das Richtige...
- c) Du hattest mit deinem Partner monatelang heftigen Streit wegen Geld und wegen seines Drogengebrauchs. Weil die Situation unerträglich geworden ist, verlässt du die gemeinsame Wohnung. Glücklicherweise kannst du bei einem Freund unterkommen. Nach einer Woche will dieser „Miete“ sehen, sprich: er will mit dir Sex haben. Im Bett mit ihm wird dir klar, dass er kein Kondom benutzen will. Du lässt dich allerdings nicht darauf ein...





III.8

Verschiedene Wertesysteme erforschen

Über die Übertragungswege von HIV und Hepatitis wird noch eher gesprochen als über Haltungen, Vorurteile und persönliche Grenzen beim Thema Sex und Sexualität. Diese Übung soll dabei helfen, verschiedene Wertesysteme zu erforschen.

- Ziele:** ♦ Die Teilnehmer/innen erkunden verschiedene Wertesysteme.
- ♦ Sie werden sich bewusst, was sie akzeptieren können und was nicht, und erhalten so eine erste Grundlage, um Safer Sex aushandeln zu können.
- Dauer:** ♦ 45 bis 60 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ♦ mindestens 6, höchstens 20
- Material:** ♦ Kopien der vier folgenden Kopiervorlagen
- Vorbereitung:** ♦ Kopiere die drei Arbeitsbögen mit dem freien Feld je einmal (größtmögliches Format). Die Kopie des Arbeitsbogens mit den Statements zerschneidest du in Kärtchen mit je einem Statement.
- Übungsverlauf:** ♦ Hänge die drei Arbeitsbögen mit dem freien Feld für alle sichtbar an die Wand. Staple die Kärtchen mit den Statements so, dass sie für alle greifbar sind.
- ♦ Jede/r Teilnehmer/in nimmt sich ein Kärtchen, heftet es unter die passende Überschrift und begründet, weshalb er/sie das Kärtchen dort platziert hat. Wer ein Kärtchen aufnimmt, zu dem er/sie nichts sagen möchte, kann es wieder auf den Stapel zurücklegen und entweder ein neues Kärtchen aufnehmen oder sich wieder setzen.
- ♦ Sobald alle Kärtchen hängen, darf jede/r Teilnehmer/in ein Kärtchen seiner/ihrer Wahl einer anderen Überschrift zuordnen, und zwar so, wie er/sie es für richtig hält. Wer möchte, kann begründen, weshalb er/sie das Kärtchen umgehängt hat.
- ♦ Frag die Teilnehmer/innen, ob sie überrascht waren, wie sie selbst oder andere die Kärtchen platziert haben, und was sie aus dieser Übung gelernt haben.

Verschiedene Wertesysteme erforschen – Statements

mehr als eine/n Partner/in haben	Sex gegen Bezahlung
als Prostituierte arbeiten	bei Sex als Dienstleistung immer auf Kondomgebrauch bestehen
einen Vibrator benutzen	Drogen mit Sex bezahlen
Sex mit Drogen bezahlen	über Gefangene reden, die miteinander Sex haben
Sex zwischen Frauen	beim privaten Sex Vaginalverkehr ohne Kondom
alkoholabhängige Frauen	Pornografie
sexuelle Nötigung (durch Schikane, Einschüchterung)	Sex als Liebesbeweis





Verschiedene Wertesysteme erforschen

Das ist okay für MICH

Verschiedene Wertesysteme erforschen

Das ist okay für ANDERE



Verschiedene Wertesysteme erforschen

Das ist NICHT okay

Sexarbeit und Sex in privaten Beziehungen

In der Sexarbeit sind HIV und andere Geschlechtskrankheiten häufig Thema. In den privaten Beziehungen von Prostituierten wird darüber jedoch meist gar nicht gesprochen – und damit auch nicht über die Risiken, die der ungeschützte Sex mit dem Partner oder der Partnerin birgt. Hier gilt es, das Bewusstsein für den Zusammenhang „Sexarbeit – privater Sex“ und die damit verbundenen Risiken zu stärken.

- Ziele: ◆ Die Teilnehmer/innen identifizieren bei Heteropaaren weit verbreitete Ansichten zu Sex und Partnerschaft und benennen daraus folgende gesundheitliche Risiken.
- ◆ Sie üben sich darin, zu verhandeln und zu entscheiden, um in Partnerschaft und Sexarbeit Infektionsrisiken vermeiden zu können.
 - ◆ Sie diskutieren die Notwendigkeit, über riskantes Verhalten zu sprechen.

Dauer: ◆ 60 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 6, höchstens 20

Material: ◆ Kopien des Arbeitsbogens „Britta und Paul“ (siehe nächste Seite), Flipchart

- Übungsverlauf: ◆ Teile die Gruppe in Paare auf. Jedes Paar bekommt eine Kopie des Arbeitsbogens mit der Bitte, die Geschichte durchzulesen, zu überlegen, welche Argumente für Britta hilfreich sein könnten (10 bis 15 Minuten), und die Argumente auf dem Arbeitsbogen zu notieren.
- ◆ Sammle die Arbeitsbögen ein, schreibe die darauf notierten Argumente ans Flipchart und diskutiere sie mit der Gruppe.
 - ◆ Stelle klar, dass Brittas Geschichte nur ein Beispiel von vielen ist, wie Frauen zum Anschaffen kommen, und dass oft Gewalt und/oder mangelnde Alternativen der Grund dafür sind.





Sexarbeit und Sex in privaten Beziehungen – Britta und Paul

Britta und Paul sind ungefähr sechs Monate zusammen. Beide nehmen seit längerer Zeit Drogen. Jetzt wird es immer schwieriger, für beide die Drogen zu finanzieren. Paul hat Hausverbot in verschiedenen Supermärkten und Warenhäusern, seit ihn die Polizei beim Klauen erwischt hat. Weil Britta keinen anderen Weg sieht, geht sie auf den Straßenstrich. Für beide ist klar, dass Britta nur mit Gummi arbeitet. Anfangs gelingt es ihr nicht immer, die Freier zum Kondomgebrauch zu überreden. Und oft ist es ihr unmöglich, das Kondom anzusprechen, besonders, wenn sie das Geld ganz dringend braucht, weil sie „auf Turkey“ ist. Die meisten Kunden wollen Oralsex, andere wollen auch Vaginalverkehr.

Beim ersten Mal denkt Britta, beim Oralsex könne man sich nicht anstecken. Aber nachdem sie öfter „ohne“ gearbeitet hat, wird sie immer unsicherer. Ihre Freier sehen sauber aus, und es erscheint ihr äußerst unwahrscheinlich, dass einer von ihnen infiziert sein könnte. Trotzdem ist ihr nicht wohl dabei, wenn sie ungeschützt arbeitet. Britta sieht keinen Weg, wie sie mit Paul über ihr Problem sprechen könnte. Seit sie auf der Straße arbeitet, haben sie keinen Sex mehr miteinander – weil sie ihn nicht infizieren will.

Fallen euch Argumente ein, die Britta helfen könnten? Dann notiert sie hier in Stichworten.

Auf Überredungsversuche „positiv“ reagieren

Viele Männer wollen keine Kondome benutzen und versuchen, ihre Partner/innen zum „Sex ohne“ zu überreden. Sie denken, wer auf Kondom besteht, ist misstrauisch, oder sie fühlen sich unwohl mit Gummi, oder es macht ihnen zu viele Umstände, Kondome zu besorgen usw. In dieser Übung soll nach Gegenargumenten gesucht werden, mit denen auf Überredungsversuche reagiert werden kann.

- Ziele: ◆ Die Teilnehmer/innen sollen dazu befähigt werden, auf Überredungsversuche „positiv“ zu reagieren, indem sie ihrem Gegenüber widersprechen und sich ihm gegenüber behaupten.
- ◆ Sie diskutieren verschiedene Strategien, die sich in Konfliktsituationen anbieten, und greifen dabei auf eigene Erfahrungen und Kenntnisse zurück.

Dauer: ◆ 60 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 6, höchstens 20

Material: ◆ Arbeitsbogen „Hoppla!“ (siehe nächste Seite)

- Übungsverlauf: ◆ Schaffe alle Stühle und Tische aus dem Raum.
- ◆ Bitte die Gruppe, sich an einer Raumseite nebeneinander zu stellen.
- ◆ Erkläre das Vorgehen: *„Ich lese euch jetzt Argumente vor, mit denen jemand versucht, zum Sex ohne Kondom zu überreden. Wer ein Gegenargument vorbringen kann, soll laut ‚Hoppla!‘ rufen. Die betreffende Person nenne ich dann beim Namen, sie bringt ihr Gegenargument vor und tritt einen Schritt nach vorn. Der Rest der Gruppe bleibt stehen. Dieser Vorgang wird solange wiederholt, bis jemand die andere Seite des Raumes erreicht hat. Dann gehen alle wieder zurück in die Ausgangsposition.“*
- ◆ Das Spiel ist zu Ende, wenn alle Argumente abgearbeitet sind.
- ◆ Jedes Gegenargument wird während des Spiels diskutiert: Entspricht es den Tatsachen? Wird es in der Realität auch benutzt? Was ist gut an diesem Argument? Könnten die Teilnehmer/innen sich vorstellen, künftig selber so zu argumentieren?





Auf Überredungsversuche „positiv“ reagieren – Hoppla!

1. Wenn du mich wirklich liebst, würdest du es „ohne“ machen.
2. Denkst du, ich hab 'ne Krankheit oder so was?
3. Weil ich dich liebe, möchte ich, dass wir es ohne Gummi machen.
4. Ich möchte ganz nah bei dir sein – ohne Latex zwischen uns.
5. Ich zieh ihn raus, bevor ich komme.
6. Ich werde es niemandem erzählen.
7. Aids ist eine Schwulenkrankheit – wir kriegen so was nicht.
8. Kondome verderben mir den Spaß.
9. Schau mir in die Augen: Sind die gelb oder so? Ich hab weder Hepatitis noch Aids. Hätte ich 's, könntest du 's sehen.
10. Wenn du die Pille nimmst, passiert nichts.
11. Wenn du schwanger wirst, kannst du die „Pille danach“ nehmen.
12. Ich würde mich ganz schön zurückgewiesen fühlen, wenn wir es nicht gleich hier und jetzt machen.
13. „Ohne“ zahle ich 20 € mehr.
14. Schau dir mein Auto an, meinen Anzug: Denkst du, das alles hätte ich, wenn ich infiziert wäre?
15. Wenn du 's mit dem Mund machst, passiert überhaupt nichts.
16. Nicht du bist in Gefahr, sondern ich. Ich muss Angst haben, von dir infiziert zu werden.
17. Ich kann dir kein Kind machen, weil ich sterilisiert bin.

Übertragungswege von HIV

Die Übertragungswege von HIV sind häufig thematisiert worden. Trotzdem sind viele Menschen immer wieder verunsichert, vor allem, was die Infektionsrisiken bei alltäglichen Kontakten angeht (siehe Teil II, Kap. 2.2, 2.3 und 4.2).

- Ziele:** ♦ Die Teilnehmer/innen überlegen, auf welchen Wegen HIV übertragen bzw. nicht übertragen wird, diskutieren ihre Antworten und verbessern ihren Wissensstand zum Thema.
- Dauer:** ♦ 45 bis 60 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ♦ mindestens 6, höchstens 20
- Material:** ♦ Schreibzeug und Kopien des Arbeitsbogens (siehe Seite 311)
- Übungsverlauf:** ♦ Alle Teilnehmer/innen bekommen einen Arbeitsbogen und werden gebeten, in der ihres Erachtens richtigen Spalte („ich stimme zu“, „ich stimme nicht zu“, „weiß nicht“) ihr Kreuzchen zu machen.
- ♦ Nach dem Ausfüllen des Arbeitsbogens werden die Ergebnisse gemeinsam besprochen.
- Variation:** ♦ Bereite drei große Bögen Papier vor. Schreib auf den ersten Bogen „ich stimme zu“, den zweiten „ich stimme nicht zu“ und den dritten „weiß nicht“.
- ♦ Bringe die Bögen mit der Überschrift „ich stimme zu“ und „ich stimme nicht zu“ an gegenüberliegenden Wänden an, den Bogen mit der Überschrift „weiß nicht“ an der Wand in der Mitte.
- ♦ Lies die erste Frage vor. Bitte jede Teilnehmer/in, dort hinzugehen, wo die für sie/ihn richtige Aussage hängt.
- ♦ Ermutige die Teilnehmer/innen, ihre „Antworten“ miteinander zu diskutieren.
- ♦ Achte darauf, dass zu jeder Frage die richtige Information gegeben wird. Erst dann geht man zur nächsten Frage weiter.





III.8

Bemerkung: ♦ Bei manchen Fragen kann man nicht einfach zustimmen oder ablehnen; in diesen Fällen kommt es auf die jeweilige Situation bzw. auf das Verhalten an. Beispiel: Wer mit einem HIV-Positiven die Zelle teilt, kann sich bei alltäglichen Kontakten nicht anstecken, wohl aber, wenn er ungeschützten Sex mit ihm hat. Die Teilnehmer/innen sollten deshalb dazu angeregt werden, sich entsprechende Situationen vorzustellen.

Übertragungswege von HIV – Fragen

Befindet sich HIV...	ja	nein	weiß nicht
in der Luft?			
im Blut?			
in Nahrungsmitteln?			
im Sperma?			
im Vaginalsekret?			
in der Muttermilch?			
im Speichel?			
im Schweiß?			
in Tränen?			
im Urin?			
Kann HIV übertragen werden...	ja	nein	weiß nicht
beim Lecken der Scheide (Cunnilingus)?			
durch Insektenstiche oder Bisse von Tieren?			
beim Tätowieren?			
durch Niesen?			
durch gemeinsam benutzte Zahnbürsten?			
beim Schließen von „Blutsbrüderschaft“?			
durch gemeinsam benutzte Nadeln und Spritzen?			
durch Zungenküsse?			
durch gemeinsam benutzte Dildos?			
beim Ohrlochstechen?			
bei der Mund-zu-Mund-Beatmung?			
beim Wegwischen von Blut anderer Menschen?			
durch Bluttransfusionen?			
beim Händeschütteln?			
Eignen sich folgende Vorkehrungen, um HIV-Infektionen zu vermeiden?	ja	nein	weiß nicht
HIV-positive Gefangene nicht zusammen mit anderen Häftlingen unterbringen			
die Antibabypille nehmen			
beim „Blasen“ (Fellatio): Penis raus vor dem Abspritzen			
beim Vaginalverkehr: Penis raus vor dem Abspritzen			
beim Analverkehr: Penis raus vor dem Abspritzen			
nur die eigene Zahnbürste benutzen			
beim Anschaffen stets Kondome benutzen			
Geschirr und Handtücher nicht mit Zellengenoss(inn)en teilen			





III.8

Übertragungswege von HIV – Antworten

Befindet sich HIV...		
in der Luft?	nein	HIV wird nicht über die Luft (z.B. durch Sprechen, Niesen oder Husten) übertragen. Daher besteht kein Risiko, wenn man mit Infizierten in einem Raum zusammen ist.
im Blut?	ja	Im Blut infizierter Menschen ist HIV in hoher Menge enthalten. Die Virusmenge reicht für eine Ansteckung aus.
in Nahrungsmitteln?	nein	HIV befindet sich nur in Körperflüssigkeiten und ist außerhalb des Körpers unter Alltagsbedingungen nicht „lebensfähig“. Daher ist es ungefährlich, etwas zu essen, was eine infizierte Person berührt hat.
im Sperma?	ja	Im Sperma infizierter Männer ist HIV in hoher Menge enthalten. Die Virusmenge reicht für eine Ansteckung aus.
im Vaginalsekret?	ja	In der Scheidenflüssigkeit infizierter Frauen ist HIV in hoher Menge enthalten. Die Virusmenge reicht für eine Ansteckung aus.
in der Muttermilch?	ja	In der Muttermilch infizierter Frauen ist HIV in hoher Menge enthalten und kann beim Stillen auf das Baby übertragen werden.
im Speichel?	ja	HIV befindet sich in allen Körperflüssigkeiten infizierter Menschen, allerdings in unterschiedlicher Menge. Die Viruskonzentration im Speichel ist sehr gering und reicht für eine Ansteckung nicht aus.
im Schweiß?	ja	HIV befindet sich in allen Körperflüssigkeiten, allerdings in unterschiedlicher Menge. Die Viruskonzentration im Schweiß ist sehr gering und reicht für eine Ansteckung nicht aus.
in Tränen?	ja	HIV befindet sich in allen Körperflüssigkeiten infizierter Menschen, allerdings in unterschiedlicher Menge. Die Viruskonzentration in der Tränenflüssigkeit ist sehr gering und reicht für eine Ansteckung nicht aus.
im Urin?	ja	HIV befindet sich in allen Körperflüssigkeiten, allerdings in unterschiedlicher Menge. Die Viruskonzentration im Urin ist sehr gering und reicht für eine Ansteckung nicht aus.

Kann HIV übertragen werden...		
beim Lecken der Scheide (Cunnilingus)?	ja	Das Risiko, dass HIV über Scheidenflüssigkeit übertragen wird, ist allerdings gering, weil meist nur eine geringe Menge davon in den Mund gelangt und der Speichel bestimmte Stoffe (Enzyme) enthält, die HIV unschädlich machen. Das Ansteckungsrisiko steigt jedoch während der Periode, da HIV im Blut in hoher Menge enthalten sein kann.
durch Insektenstiche oder Bisse von Tieren?	nein	Weder Mücken, Schnaken und Moskitos noch andere Tiere wie z.B. Hunde oder Katzen können HIV übertragen.
beim Tätowieren?	ja	Eine Ansteckung ist möglich, wenn Nadeln o.Ä. nacheinander bei mehreren Leuten benutzt werden.
durch Niesen?	nein	HIV kann nicht durch Tröpfcheninfektion übertragen werden.
durch gemeinsam benutzte Zahnbürsten?	nein	Es besteht kein realistisches Risiko in Bezug auf HIV. Weltweit ist kein einziger Fall einer HIV-Übertragung durch den gemeinsamen Gebrauch einer Zahnbürste bekannt.
beim Schließen von „Blutsbrüderschaft“?	ja	Da Schnitt- oder Stichwunden in der Regel nach außen bluten, ist das Risiko einer HIV-Übertragung eher gering. Es steigt allerdings, wenn man die Wunden aufeinander drückt oder aneinander reibt.
durch gemeinsam benutzte Nadeln und Spritzen?	ja	Hier ist das HIV-Risiko sehr hoch: Durch Blutreste in Kanüle und Pumpe kann HIV direkt in den Körper anderer gelangen. In Spritzen kann HIV unter Umständen mehrere Tage aktiv bleiben.
durch Zungenküsse?	nein	HIV kann nicht übertragen werden, solange sich am Mund und im Mundraum keine Wunden befinden.
durch gemeinsam benutzte Dildos?	nein	Kein Übertragungsweg in Bezug auf HIV; es besteht lediglich ein minimales theoretisches Risiko.

beim Ohrlochstechen?	ja	Eine HIV-Übertragung ist möglich, wenn verschmutzte Nadeln verwendet werden.
bei der Mund-zu-Mund-Beatmung?	nein	Es besteht kein realistisches Risiko in Bezug auf HIV. Weltweit ist kein einziger Fall bekannt, bei dem HIV auf diesem Weg übertragen wurde.
beim Wegwischen von Blut anderer Menschen?	nein	Kein Übertragungsweg in Bezug auf HIV; es besteht lediglich ein minimales theoretisches Risiko.
durch Bluttransfusionen?	nein	In der Bundesrepublik werden seit 1985 alle Blutspenden in Routineverfahren auf HIV-Antikörper untersucht. Eine Ansteckung auf diesem Wege ist daher so gut wie ausgeschlossen.
beim Händeschütteln?	nein	HIV gehört zu den schwer übertragbaren Krankheitserregern. Das Virus ist sehr empfindlich und außerhalb des menschlichen Körpers unter Alltagsbedingungen nicht „lebensfähig“.

Eignen sich folgende Vorkehrungen, um HIV-Infektionen zu vermeiden?

HIV-positive Gefangene nicht zusammen mit anderen Häftlingen unterbringen	nein	HIV wird durch alltägliche Kontakte nicht übertragen.
die Antibabypille nehmen	nein	Die Pille kann nur einer Schwangerschaft, nicht aber einer HIV-Infektion oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten vorbeugen.
beim „Blasen“ (Fellatio): Penis raus vor dem Abspritzen	ja	Die Mundschleimhaut ist robuster als die Vaginal- und Analschleimhaut. Außerdem enthält der Speichel bestimmte Stoffe (Enzyme), die das Virus unschädlich machen. Aber: Meist klappt es „im Sturm der Gefühle“ nicht, den Penis rechtzeitig herauszuziehen. Wird im Mund abgespritzt, besteht für die Person, die das Sperma aufnimmt, ein HIV-Infektionsrisiko. Für den eindringenden Mann besteht kein HIV-Risiko, sofern die Partnerin oder der Partner keine stark blutenden Wunden im Mund hat.
beim vaginalen Verkehr: Penis raus vor dem Abspritzen	nein	Im vaginalen Bereich befinden sich viele Zellen, die HIV aufnehmen können („Wirtszellen“), und die Vagina wird beim Eindringen häufig verletzt. Durch diese kleinen, meist nicht spürbaren Risse können im Lusttropfen enthaltene Viren in den Körper eindringen. Das Risiko erhöht sich während der Periode, weil dann der Gebärmuttermund leicht geöffnet ist, und wenn gleichzeitig sexuell übertragbare Krankheiten (z. B. Genitalpilze, Tripper) vorliegen. Außerdem gilt auch hier: Meist klappt es „im Sturm der Gefühle“ nicht, den Penis rechtzeitig herauszuziehen. Beim vaginalen Verkehr hat ebenso der Mann ein hohes Infektionsrisiko (egal, ob er in der Vagina abspritzt oder nicht). Das Risiko erhöht sich, wenn die Frau ihre Periode hat und wenn gleichzeitig sexuell übertragbare Krankheiten (z. B. Genitalpilze, Tripper) vorliegen.
beim analen Verkehr: Penis raus vor dem Abspritzen	nein	An der Darmschleimhaut befinden sich sehr viele Zellen, die HIV aufnehmen können („Wirtszellen“), und die Darmschleimhaut wird beim Analsex fast immer verletzt. Über diese kleinen Verletzungen können Viren aus dem Lusttropfen sehr leicht in den Körper eindringen. Ein HIV-Infektionsrisiko besteht aber auch für den eindringenden Partner (egal, ob er im Anus abspritzt oder nicht), weil sein Penis leicht mit Blut in Kontakt kommen kann. Eine HIV-Übertragung ist möglich über die Wirtszellen an der Harnröhre oder über Verletzungen an der Eichel.
nur die eigene Zahnbürste benutzen	nein	Weltweit ist kein einziger Fall bekannt, bei dem HIV durch die Benutzung einer fremden Zahnbürste übertragen wurde.
beim Anschaffen stets Kondome benutzen	ja	Kondome beim vaginalen und analen Verkehr, aber auch beim oralen Verkehr bieten guten Schutz vor einer Ansteckung mit HIV – sofern sie richtig benutzt werden.
Geschirr und Handtücher nicht mit Zellen-genoss(inn)en teilen	nein	HIV gehört zu den schwer übertragbaren Krankheitserregern. Das Virus ist sehr empfindlich und außerhalb des menschlichen Körpers unter Alltagsbedingungen nicht „lebensfähig“.





8.3 ÜBUNGEN ZU INFEKTIONSPRÄVENTION UND SUBSTITUTION – VOR ALLEM FÜR GEFANGENE

HIV und Hepatitis in Haft

- Ziele:**
- ◆ Die Teilnehmer/innen (TN) werden über die Übertragungswege informiert.
 - ◆ Sie bekommen mehr Sicherheit im Umgang mit infizierten Gefangenen und können evtl. Vorurteile abbauen.
 - ◆ Infizierte Gefangene erhalten Informationen über die Krankheitsverläufe und Behandlungsmöglichkeiten.
- Dauer:** ◆ 2,5–4 Stunden
- Teilnehmerzahl:** ◆ 8–25
- Material:** ◆ Flipchart, Stifte
- Mögliche weitere**
- Materialien:** ◆ Postkarten mit Motiven (je nach Geschmack: Tiere, Landschaften, Sprüche usw.), BZgA-Kärtchen zu den Übertragungswegen („Nasenbärchen: HIV-Übertragung – Wo bin ich gefährdet? Wo nicht?“, Bestellnummer: 70878350), Folien aus diesem Beitrag zum Ausdrucken, DAH-Plakate (Tattoo & Piercing, Sex – ich rede drüber, Sexuelle Gewalt, Substitution, Safer Use), DAH-Infomaterialien, die mitgegeben werden können.
- Bestuhlung:** ◆ Stuhlkreis
- Übungsverlauf:** ◆ Vorstellungsrunde, z.B.: Postkarten mit verschiedenen Motiven werden in die Mitte gelegt, jede/r Teilnehmende darf sich eine Karte aussuchen, sagt seinen/ihren Namen und erklärt kurz, warum diese Karte ausgewählt wurde. Andere Vorstellungsmethoden sind möglich.

- ◆ Stelle kurz den Ablauf der Veranstaltung sowie die Pausenzeiten vor.
- ◆ Bitte die Teilnehmenden, ihre Fragen zu formulieren. Erläutere den Sinn dieser Übung, z.B.: Die Fragen und Wünsche der TN sollen berücksichtigt werden. Es soll in Erfahrung gebracht werden, an welchen Themen ein stärkeres Interesse besteht (Prävention oder Behandlung). Die TN sollen von Anfang an einbezogen werden.
- ◆ Notiere die Fragen und sortiere sie anschließend nach „Prävention“, „Behandlung“, „Sonstiges“.
- ◆ Der Einstieg in das Thema Übertragungswege kann unterschiedlich erfolgen; in Frauenhaftanstalten sind hierfür die BZgA-Kärtchen beliebt („Nasenbärchen: HIV-Übertragung – Wo bin ich gefährdet? Wo nicht?“, Bestellnummer: 70878350): In die Mitte werden drei Bögen Papier mit der Aufschrift „kein Risiko“, „geringes Risiko“, „hohes Risiko“ gelegt. Jede/r TN zieht eine Karte, beschreibt die abgebildete Situation und ordnet diese einer Risikostufe zu. Nachdem alle TN ihre Karten zugeordnet haben, wird das Ergebnis diskutiert und ggf. korrigiert. Karten, die evtl. noch nicht verteilt wurden, werden anschließend zugeordnet. Die „Kärtchen-Übung“ kann auch übersprungen werden.
- ◆ Erläutere kurz, was HIV und was Hepatitis ist. Stelle anschließend die nachfolgende Übersicht am Flipchart dar und besprich sie Punkt für Punkt mit den TN.





III.8

	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	HIV
Übertragung	Fäkal-oral; z. B. verunreinigte Nahrung, Po lecken	In fast allen Körperflüssigkeiten, vor allem aber im Blut enthalten; z. B. Sex, nicht sterile Spritzen und von mehreren Personen benutzte Rasierer	Blut, bei frischer Infektion auch im Sperma enthalten; z. B. nicht sterile Spritzen und Tätowiermaschinen	Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit, Muttermilch; z. B. Sex, nicht sterile Spritzen
Immunität und chronischer Verlauf	Heilt aus, lebenslange Immunität	90–95% Ausheilung, lebenslange Immunität; 5–10% chronischer Verlauf	Ca. 20% Ausheilung, keine Immunität; ca. 80% chronischer Verlauf	immer chronischer Verlauf; keine Heilung
Schutzimpfung	Ja	Ja	Nein	Nein
Prävention	Impfung	Impfung	Sterile Spritzen, Nadeln, Löffel, Filter, Wasser; Rasierer, Zahnbürste, Nagelschere nicht gemeinsam benutzen; neues Tattoo-Equipment, unbenutzte Tattoofarbe usw., Kondome	Kondome/ Gleitgel; sterile Spritzen, Nadeln und Zubehör; „Schutz durch Therapie“
Behandlung	Nein, heilt aus, ggf. Symptome lindern	Ja, bei chronischem Verlauf erfolgt die Einnahme über mehrere Jahre, bei einem Teil der Patienten sogar dauerhaft.	Ja, unterschiedliche Behandlungsangebote; mit neuen Medikamenten kann eine Heilung innerhalb von 3 Monaten erreicht werden	Ja, dauerhafte Einnahme
Vorkommen in JVA*	Keine Daten	11% ausgeheilte Infektionen, 2% chronische Infektionen	Ca. 20% aller Gefangenen	Knapp 1% aller Gefangenen

* Quelle: Dr. Ruth Zimmermann, Robert Koch-Institut: „Drogengebraucher/innen, Infektionen und Haft“, Vortrag auf dem Fachtag „HIV- und Hepatitis-Prävention in Haft: Keine Angst vor Spritzen“, Berlin, 10.10.13

- ◆ Kläre, wann ein hohes Risiko besteht: frische Infektion/hohe Viruslast/aufgenommene Flüssigkeit/Eintrittspforte. Erläutere anschließend die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung (Folie 1: Armin Schafberger: „Nadelstichverletzungen (frisch) und Übertragungsrisiko“).
- ◆ Überprüfe gemeinsam mit den TN, ob die anfangs eingebrachten Fragen beantwortet wurden, und besprich und beantworte noch offene Fragen.
- ◆ Kläre, ob es „haftspezifische Risiken“ gibt, die noch nicht besprochen wurden: Tätowieren, Piercen, sexuelle Gewalt, nicht gekennzeichnete Hygieneartikel bei Mehrfachbelegung usw.
- ◆ Diskutiere mit den TN vermeintliche „haftspezifische Risiken“, die noch nicht besprochen wurden: Essenzubereitung und Essensausgabe, Anspucken, gewalttätige Auseinandersetzungen, Verletzungen an der Werkbank, Toilettennutzung usw.
- ◆ Je nach Interesse der Gruppe: Kläre, was nach einer Risikosituation zu tun ist, und drucke hierfür die Folien 2 und 3 aus, oder zeichne diese auf dem Flipchart auf.
- ◆ Besprich anschließend den Umgang mit HIV- und/oder HCV-positiven Gefangenen und die medizinische Versorgung in Haft. Infizierte Gefangene können sich dabei über ihre Erfahrungen mit den Behandlungsmöglichkeiten in Haft austauschen. Kläre anschließend, ob Unterstützungsbedarf besteht, und biete ggf. eine Nachbesprechung mit dem medizinischen Dienst an. Für die Diskussion über die Behandlungsmöglichkeiten bei einer HCV-Infektion können die Folien 4–6 ausgedruckt oder am Flipchart aufgezeichnet werden.
- ◆ Abschlussrunde, Beratungsangebote benennen



Folien, die während der Veranstaltung eingesetzt werden können:

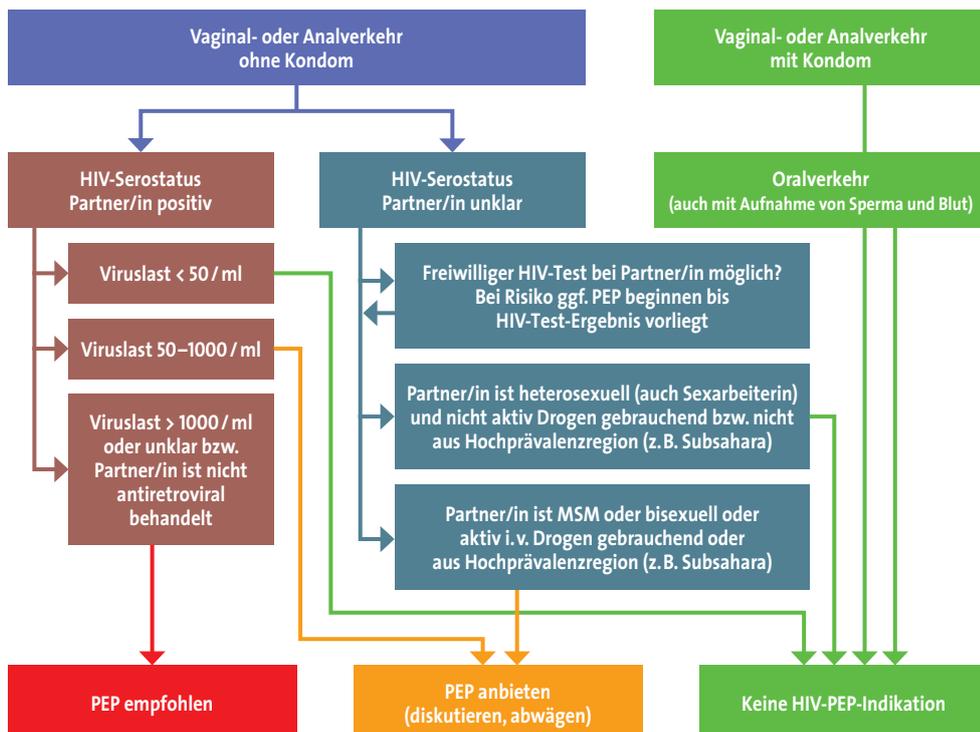
Wahrscheinlichkeit einer Übertragung

Folie 1: „Nadelstichverletzung (frisch) und Übertragungsrisiko“
(Armin Schafberger)

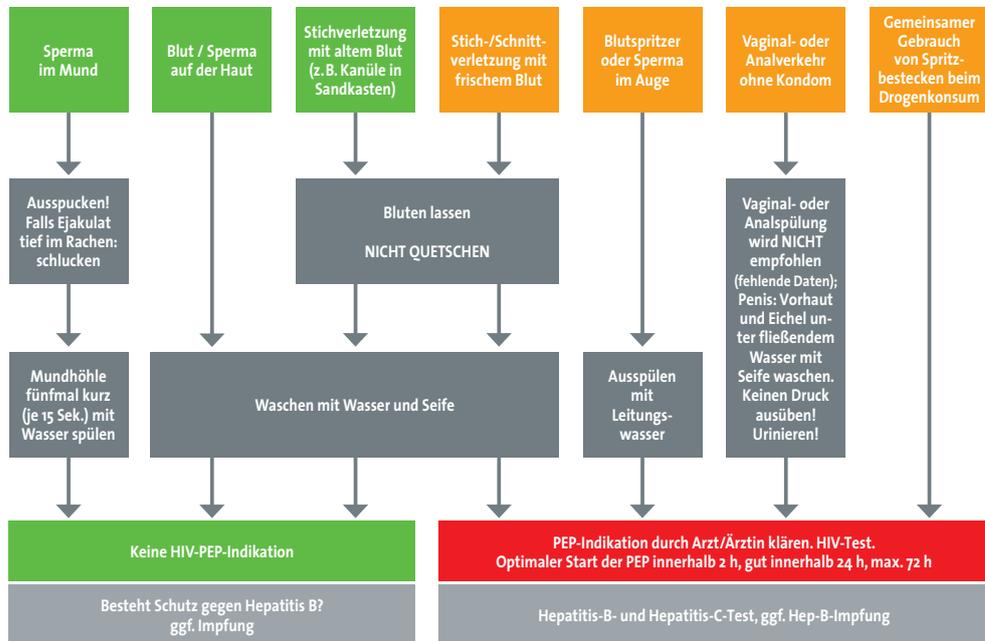


Was tun nach einer Risikosituation?

Folie 2: „HIV-PEP nach sexueller Exposition“ (Armin Schafberger)



Folie 3: „Sofortmaßnahmen nach nichtberuflicher HIV-Exposition“ (Armin Schafberger)



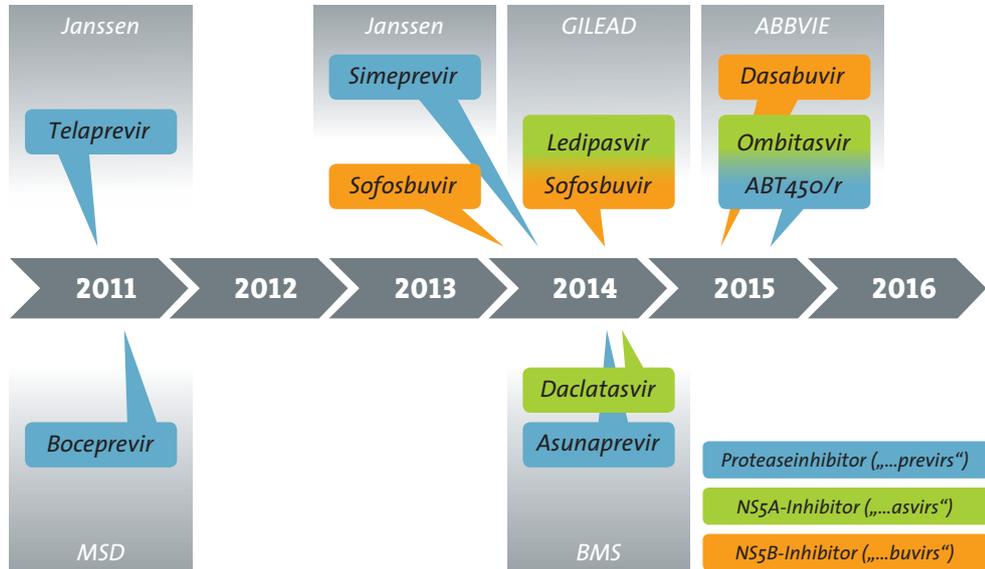
Hepatitis C

Folie 4: „Die Revolution in der Hepatitis-C-Therapie“ (Armin Schafberger)

	vorher	nachher
Medikamente	Interferon – Ribavirin – erste PI	DAA (Direct Acting Antivirals)
Applikation	subcutan, oral	oral (1 x täglich)
Therapiedauer in Wochen	72 – 48 – 24	12 – 8
Stopp-Regeln	kompliziert	—
Nebenwirkungen (NW)	schwer (Blutarmut, Grippe, Depression, Hautausschläge ...)	kaum
Wechselwirkungen	nein	ja, zum Teil
Therapieerfolg	mäßig (40–90 %)	hoch (> 90 %)
HIV-Koinfektion Leberzirrhose	geringerer Therapieerfolg	gleicher Erfolg
Zugang	viele können nicht therapiert werden (NW)	alle könnten therapiert werden
Preis	40.000–60.000 €	35.000–65.000 €



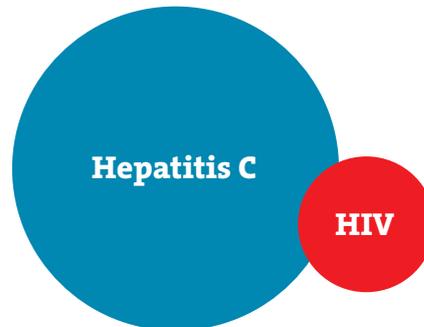
Folie 5: „HCV-Therapie: Zulassungen“
(Armin Schafberger)



Folie 6: „Epidemiologie: Hepatitis C und HIV in Deutschland“
(Armin Schafberger)

	Hepatitis C	HIV
Prävalenz (AK)	400.000–500.000	85.000
Neuinfektionen	5.000	3.200
Koinfektionen	2%	10–15%

Ca. 80% der im Antikörpertest (AK) Hepatitis-C-positiven Personen sind auch RNA-positiv und sollten behandelt werden



Impfen in Haft³¹

Vor einer Infektion mit Hepatitis A oder B kann man sich durch eine Impfung schützen. So ein Schutz ist besonders wichtig bei einer bereits bestehenden Hepatitis-C- oder HIV-Infektion, da in diesen Fällen die Wahrscheinlichkeit eines schweren Krankheitsverlaufs und einer Leberschädigung durch eine zusätzliche Hepatitis A oder B erhöht ist. Die Ständige Impfkommision (STIKO) des Robert Koch-Instituts empfiehlt Drogengebraucher(inne)n und Gefangenen eine Hepatitis-B-Impfung.

- Ziele:
- ◆ Das Schutzbewusstsein der Teilnehmer/innen soll gestärkt werden: Sie sollen lernen, was eine Impfung gegen Hepatitis A und B für den Gesundheitsschutz bedeutet, und diese schließlich als sinnvoll erachten.
 - ◆ Die Teilnehmer/innen sollen darüber informiert werden, dass sie in Haft einem höheren Risiko für Infektionen und andere Gesundheitsschäden ausgesetzt sind.
 - ◆ Teilnehmer/innen, die noch nicht immunisiert sind, sollten über die Vorteile einer Impfung gegen Hepatitis A und B und anderer Impfungen nach STIKO-Empfehlung aufgeklärt werden – vor allem, wenn zusätzlich noch eine HIV- und/oder Hepatitis-C-Infektion vorliegt.
 - ◆ Sie sollen anschließend für sich entscheiden können, ob sie ihren Immunstatus überprüfen und sich ggf. impfen lassen wollen.
 - ◆ Die Teilnehmer/innen sollen bestärkt werden, ihr erworbenes Wissen an andere Personen ihrer Peer-Gruppe weiterzugeben.

Dauer: ◆ drei bis zehn Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ Die Veranstaltung kann als Einzelintervention durchgeführt werden.

Material: ◆ Impfpass

- ◆ Broschüre: Medizinische Versorgung in Haft. Deutsche AIDS-Hilfe 2010.

³¹ Die Konzeption dieser Veranstaltung beruht auf dem Manual „Impfung in/vor Haft“ der Berliner Einrichtung Fixpunkt e. V.





III.8

- ◆ Faltblatt: Impfen gegen alles? Aktuelle Informationen für Menschen mit HIV/Aids. Deutsche AIDS-Hilfe 2009.
- Verlauf:
 - ◆ Frag die Teilnehmer/innen, ob sie bereits einen Schutz vor Hepatitis A bzw. B haben. Dieser kann durch eine Impfung (es gibt Einzelimpfungen und die Kombinationsimpfung, die vor Hepatitis A und B schützt) oder durch eine bereits ausgeheilte Infektion erworben worden sein. Frag auch, wie lange die letzte Impfung zurückliegt und ob sich die Person schon mal auf Hepatitis A und/oder B hat testen lassen.
 - ◆ Besprich mit den Teilnehmer(inne)n, die noch nicht immunisiert sind, die Vorteile der Impfung: Sie schützt z.B. langfristig und ist gut verträglich.
 - ◆ Kläre mit den Teilnehmer(inne)n die Möglichkeiten der Impfung in Haft:
 - ◇ Eine Impfung ist auch in Haft möglich. Allerdings muss sie vom Anstaltsarzt/von der Anstaltsärztin befürwortet werden, dann trägt der Justizvollzug die Kosten.
 - ◇ Es empfiehlt sich, ggf. selbst aktiv zu werden und den Anstaltsarzt bzw. die Anstaltsärztin um eine Impfung zu bitten.
 - ◆ Bei bereits geimpften Personen: Bestätige sie noch mal nachträglich in ihrem Verhalten, und frag nach, ob die Person weiß, ob der Impfschutz noch aktiv ist.
 - ◇ Frag ggf. nach dem Impfpass und weise darauf hin, dass durch einen Bluttest beim Arzt/bei der Ärztin geklärt werden kann, ob eine Auffrischung nötig ist.
 - ◆ Weise auf weitere sinnvolle Impfungen hin (alle Impfungen nach STIKO-Empfehlung): Tetanus, Diphtherie, Pertussius, Poliomyelitis, Influenza (sind für gesetzlich Krankenversicherte und Inhaftierte kostenlos).
 - ◆ Zum Abschluss wird ein neuer Impfpass an die Teilnehmer/innen ausgegeben.

Hintergrundinformationen:

- ◆ Drogengebraucher/innen haben ein erhöhtes Risiko, sich mit Hepatitiden zu infizieren. In Haft ist dieses Risiko zusätzlich erhöht.
- ◆ Mit einer zusätzlichen Infektion mit Hepatitis A und/oder B ist bei chronisch Hepatitis-C-Infizierten die Gefahr eines beschleunigten Krankheitsverlaufs und schwerer Leberschäden erhöht.
- ◆ Die Hepatitis-A- und/oder -B-Impfung schützt effektiv und langfristig vor einer Infektion (bei kompletter Impfung mindestens 10 bis 15 Jahre).
- ◆ Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen, wenn eine Indikation nach der STIKO vorliegt (bei Drogenkonsument(inn)en ist das immer der Fall). Die Justizvollzugsanstalt trägt die Kosten für Inhaftierte. In der Regel bieten JVs die Impfung entsprechend der STIKO-Empfehlung an, der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin kann jedoch auch anders entscheiden.
- ◆ Die Hepatitis-B-Impfung sowie die Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A und B werden für Erwachsene mit drei Dosen nach dem Schema 0-1-6 Monate durchgeführt. Eine Hepatitis-A-Impfung erfolgt mit zwei Dosen. Für die Hepatitis-B- und die Kombinationsimpfung besteht alternativ auch die Möglichkeit einer beschleunigten Immunisierung nach dem Impfschema 0-7-21 Tage; nach 6 bis 12 Monaten wird eine vierte Impfdosis empfohlen. Zwar bietet dieses Schema einen schnelleren Schutz, die Wirkdauer ist dafür wahrscheinlich kürzer, sodass eine Auffrischung nach fünf Jahren empfehlenswert ist.
- ◆ Wichtig: Sollten noch nicht alle Impfdosen verabreicht worden und sämtliche Fristen verstrichen sein, muss eine Impfung nicht neu begonnen werden. Alle vorherigen Impfdosen zählen mit.
- ◆ Vor der Impfung wird der Arzt/die Ärztin in den meisten Fällen eine Blutprobe entnehmen. So kann er/sie feststellen, ob der Patient/die Patientin – z.B. aufgrund einer ausgeheilten Hepatitis A und/oder B – schon immun gegen eine Infektion ist.
- ◆ Nach Vollendung des Impfschemas sollte der Arzt/die Ärztin durch eine Blutuntersuchung den Impferfolg überprüfen. Vor allem bei einem geschwächten Immunsystem oder einer chronischen Erkrankung (z.B. HIV- und/oder Hepatitis-C-Infektion) ist das wichtig, da in solchen Fällen oftmals das Immunsystem auf eine Impfung nicht genügend anspringt und zu wenige Antikörper entwickelt. Bei injizierenden Drogengebraucher(inne)n geht man, auch ohne dass eine chronische Erkrankung vorliegt, von einem geschwächten Immunsystem aus.





- ◆ Der Hepatitis-B-Impfschutz sollte regelmäßig (anfänglich alle zwei bis drei Jahre) überprüft werden, da dieser bei Drogen Gebrauchenden oftmals nicht so lange anhält wie in der Allgemeinbevölkerung.
- ◆ Bei Tetanus, Diphtherie und Pertussis ist alle zehn Jahre eine Auffrischung notwendig, die als eine Kombinationsimpfung durchgeführt wird. Wurde eine Grundimmunisierung gegen Poliomyelitis erst im Erwachsenenalter durchlaufen, ist auch hier eine Auffrischung nach zehn Jahren notwendig. Gegen Influenza muss jedes Jahr neu geimpft werden.
- ◆ Bei Personen mit einem geschwächten Immunsystem (z.B. HIV-Positive) ist besondere Vorsicht bei Impfungen mit Lebendimpfstoffen geboten. Achtung: Bei Hepatitis A-/B-Impfstoffen handelt es sich nicht um Lebendimpfstoffe. In jedem Fall sollte eine ausführliche Beratung durch einen Arzt/eine Ärztin erfolgen.

Substitution in Haft

Die Substitution ist bei Opiatabhängigkeit die Standardtherapie. Sie nimmt den Suchtdruck, ermöglicht den Ausstieg aus dem riskanten Konsum und den Wiedereinstieg in einen geregelten Alltag, sie beugt Beschaffungskriminalität vor und schaltet viele Gesundheitsrisiken des Drogenkonsums aus. Mehrere Studien haben gezeigt, dass eine Substitutionstherapie im Hinblick auf Drogenkonsum die wirksamste Präventionsmethode gegen Infektionen mit HIV und Hepatitis C ist.

Ein bedarfsdeckendes Angebot der Substitutionstherapie ist auch im Gefängnis wichtig, um den möglichen, teilweise irreversiblen Gesundheitsschäden durch Drogenkonsum und die riskanten Bedingungen der Haft vorzubeugen.

- Ziele: ◆ Drogenabhängige sollen über ihre Chancen auf Fortführung bzw. Beginn einer Substitutionstherapie im Gefängnis informiert werden und wissen, welche Schritte sie gehen müssen.
- ◆ Zudem sollen Drogenabhängige mögliche Alternativen für sich entwickeln, sollte eine Substitution nicht möglich sein.
- ◆ Die Teilnehmer/innen sollen bestärkt werden, ihr erworbenes Wissen an andere Personen in ihrer Peer-Gruppe weiterzugeben.

Dauer: ◆ 10–15 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ Diese Veranstaltung kann als Einzelintervention durchgeführt werden.

Material: ◆ Broschüre „Substitution in Haft“ der Deutschen AIDS-Hilfe

- Übungsverlauf: ◆ Frag die Teilnehmer/innen, ob sie vor der Haft in Substitution waren und was die Umstände der Substitution waren (Warst du schon mal in Substitutionstherapie? Wie sah es damals mit Beikonsum aus?).
- ◆ Kläre, ob sie in Haft weiter substituiert werden möchten und die notwendigen Voraussetzungen für eine Substitution in Haft kennen (Was, glaubst du, musst du machen, um weiterhin substituiert zu werden?).





III.8

- ◆ Erläutere die Chancen, eine Substitution in Haft zu bekommen:
 - ◇ Eine Fortführung der Substitution in Haft ist grundsätzlich möglich, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden.
 - ◇ Eine Neuaufnahme in die Substitutionsbehandlung kann schwierig und langwierig sein, da Substitutionsplätze sehr begrenzt sind und in Haft strengere Bedingungen als in Freiheit herrschen.
 - ◇ Auch bereits substituierte Drogenabhängige müssen sich aufgrund begrenzter Platzzahlen darauf einstellen, dass ihre Substitution eventuell nicht fortgesetzt wird.
 - ◇ Positive Urinkontrollen auf Rückstände von Drogen bei Aufnahme in die Substitution führen in manchen JVA's zum Ausschluss von der Behandlung.
- ◆ Ermittle anschließend mithilfe des Gesprächsleitfadens die individuellen Aussichten des/der Einzelnen, eine Substitutionsbehandlung in Haft zu erhalten.
- ◆ Besprich mögliche Alternativen zur Substitution, falls diese nicht fortgeführt/begonnen werden kann.

Gesprächsleitfaden:

Es können keine verbindlichen Aussagen darüber getroffen werden, ob im Gefängnis die Möglichkeit besteht, eine Substitutionstherapie zu bekommen, da die Voraussetzungen dafür sowohl von Bundesland zu Bundesland als auch von Gefängnis zu Gefängnis verschieden sind. Man kann lediglich die Chancen eines/einer Drogenabhängigen auf Substitution abwägen und durch einzelne Maßnahmen erhöhen (z.B. durch Beigebrauchsentzug). Deswegen ist es wichtig, dass sich der/die Betroffene mit allen Möglichkeiten und Alternativen auseinandersetzt, um für sich Lösungen zu entwickeln.

◆ **Befand sich die Person unmittelbar vor der Inhaftierung in Substitution?**

Ja: Am höchsten sind die Chancen auf eine Substitutionstherapie, wenn es um die Weiterführung der Behandlung geht. In diesem Fall sollte zum Haftantritt das Ergebnis einer Urinkontrolle vorgelegt worden sein, das einen Beigebrauch (auch THC/Cannabis!) ausschließt und zudem belegt, dass vorher kein Alkohol konsumiert wurde.

Die Erfahrung aus Berlin hat gezeigt, dass eine kurz vor Haftantritt begonnene Substitution von Anstaltsärztinnen und -ärzten als „Täuschungsversuch“ gewertet werden kann, weshalb sie die Substitution dann nicht fortsetzen. Unabhängig davon kommt es durchaus vor, dass der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin bei der Indikationsprüfung zu einem anderen Ergebnis kommt als der Arzt, der den Patienten vorher behandelt hat. Die Entscheidung zur Fortsetzung der Substitution trifft aber allein der Anstaltsarzt. Fehlt aus dessen Sicht eine Indikation für eine Substitutionstherapie, kann noch ein medikamentengestützter Entzug durchgeführt werden.

Nein: Bei gegebener Indikation kann auch in Haft mit einer Substitution begonnen werden; die Chancen sind aufgrund begrenzter Platzzahlen jedoch eher gering.

◆ **Bei welchem/welcher niedergelassenen Arzt/Ärztin wurde die Person vor der Inhaftierung substituiert?**

Wünschenswert, aber kein Muss ist eine Substitutionsbescheinigung mit den wichtigsten Angaben von dem bisher zuständigen Arzt. Dann kann der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin diese Informationen in seine/ihre Indikationsstellung einbeziehen.

◆ **Liegt Beigebrauch vor?**

Konsument(inn)en sollten schon bei drohendem Haftaufenthalt einen Beigebrauchsentzug in Betracht ziehen, um eine Fortführung der Substitution im Gefängnis nicht zu gefährden. Hinsichtlich Beigebrauchs kommt es in Haft viel schneller zu Sanktionen (Ausschleichen), als es draußen meist der Fall ist.





◆ **Auf welche Dosis/welches Substitut ist die Person eingestellt?**

Es besteht kein Anspruch darauf, auch weiterhin mit dem gleichen Substitut oder der gleichen Dosis behandelt zu werden, da diese Entscheidung im Ermessen des Anstaltsarztes/der Anstaltsärztin liegt. Es kann also passieren, dass der Patient/die Patientin z.B. von Polamidon auf Methadon umgestellt wird. Buprenorphin wird in den meisten deutschen Haftanstalten nicht mehr eingesetzt.

◆ **Ist eine psychosoziale Betreuung (PSB) vorhanden?**

Die vor der Inhaftierung für die PSB zuständige Person kann in einem Schreiben die Fortführung der Substitution befürworten. In Haft selbst wird die PSB von internen Mitarbeiter(inne)n, meistens dem Gruppenleiter/der Gruppenleiterin (in den Berliner Justizvollzugsanstalten ist das ein ausgebildeter Sozialarbeiter/eine ausgebildete Sozialarbeiterin), übernommen.

◆ **Sind die Gründe für einen Abbruch der Substitution bei Inhaftierung bzw. während der Haft bekannt?**

Bei fortgesetztem Drogenkonsum, fehlender Compliance (z.B. Verweigerung der PSB), andauernden Auseinandersetzungen mit anderen Gefangenen oder den Vollzugsbediensteten sowie kriminellen Handlungen in der Anstalt wird die Substitution im Regelfall abgebrochen.

◆ **Zusammenfassende „Ergebnissicherung“: Wird eine Substitution in Haft angestrebt?**

Ja: Ist dem Teilnehmer/der Teilnehmerin die herausragende Rolle des Anstaltsarztes /der Anstaltsärztin bewusst? Welche individuellen Voraussetzungen sind zu schaffen, um die Chancen für eine Substitutionsbehandlung in Haft zu verbessern? Was sind die ersten Schritte?

Nein: Weiß die Teilnehmerin/der Teilnehmer bereits, wie er/sie mit Suchtdruck und Drogenkonsum in Haft umgehen will? Hieran lässt sich die Intervention „Alternative Konsumformen in Haft“ anschließen.

8.4 ÜBUNGEN AUSSCHLIESSLICH FÜR ANSTALTSBEDIENSTETE

Schulungen für Anstaltsbedienstete beginnt man am besten mit einem eher allgemein gehaltenen Gespräch über das Thema Drogen: die Wirkungen von Drogen, Formen des Drogenkonsums und bevorzugte Gebrauchsmuster, damit verbundene Risiken und Mythen. Für einen solchen Einstieg bietet sich das Quiz „Was weißt du über Drogen? – Teste dein Wissen“ an (siehe S. 166), um die Diskussion über Drogen und deren Bedeutung in unserer Gesellschaft in Gang zu bringen. Das Quiz sollte aber nicht im Sinne eines „Wettbewerbs“ durchgeführt werden: Es könnte den Teilnehmer(inne)n peinlich sein, wenn sie Fehler machen. Stattdessen füllt jede/r Teilnehmer/in das Quiz für sich aus, ohne dass die anderen das Ergebnis erfahren, und prüft anhand des ausgefüllten Bogens, wie der eigene Kenntnisstand ist.



Legale und illegale Drogen

Die Diskussion zum Thema Drogen sollte die Bedingungen der jeweiligen Haftanstalt und die Bedürfnisse der Bediensteten zum Ausgangspunkt nehmen. Folgende Übung auf der Grundlage von Kap. 5.1, 5.2 und 5.3 in Teil II dürfte sich hierfür eignen.

- Ziele:** ◆ Die Teilnehmer/innen erweitern ihre Kenntnisse über die Wirkungen und Risiken von Drogen.
- ◆ Sie setzen sich mit dem gesellschaftlichen Umgang mit legalen und illegalen Drogen auseinander und diskutieren die dabei gemachten Unterschiede.
- Dauer:** ◆ 60 bis 80 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ◆ mindestens 4, höchstens 20
- Material:** ◆ Flipcharts, evtl. Kopien von Kap. 5.1, 5.2 und 5.3 in Teil II für die Teilnehmer/innen zum Mitnehmen
- Übungsverlauf:** ◆ Bitte die Teilnehmer/innen, legale und illegale Drogen zu nennen. Schreibe die genannten Drogen in zwei Spalten (legal/illegal) ans Flipchart.
- ◆ Frage nach den Wirkungen der am weitesten verbreiteten Drogen und schreibe sie ans Flipchart. Da wahrscheinlich vor allem negative Wirkungen genannt werden, solltest du auch nach positiven Wirkungen fragen („Warum nehmen Leute diese Droge?“).
- ◆ Diskussion: Welche Bedeutung haben Drogen in unserer Gesellschaft? Welchen Unterschied macht es, ob jemand legale, ärztlich verschriebene oder illegale Drogen nimmt?
- Variation:** ◆ Bitte die Teilnehmer/innen, zwei Gruppen zu bilden. Die erste diskutiert, was für, die zweite, was gegen ein Alkoholverbot spricht.
- ◆ Gib folgenden Impuls: „In Italien wird jedem Häftling der Einkauf von einem halben Liter Wein pro Tag zugestanden. Würden Sie eine solche Regelung begrüßen oder ablehnen?“
- Bemerkung:** ◆ Als Trainer/in musst du unbedingt gut über Drogen und deren Gebrauch informiert sein.

Cannabiskonsum in Haft

- Ziele:** ◆ Die Teilnehmer/innen setzen sich mit der Frage auseinander, weshalb Menschen Drogen nehmen.
- ◆ Sie werden für die sich verändernde Haltung der Gesellschaft gegenüber dem Cannabiskonsum sensibilisiert.
- Dauer:** ◆ 60 bis 80 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ◆ mindestens 4, höchstens 20
- Material:** ◆ Kopien des Textes „Cannabiskonsum in Haft“ (auf der nächsten Seite)
- Übungsverlauf:** ◆ Jede/r Teilnehmer/in bekommt eine Kopie des Texts. Bitte die Teilnehmer/innen, Vierergruppen zu bilden, den Text zu lesen und mit dessen Hilfe folgende Fragen zu diskutieren:
- ◇ Sind Sie im Gefängnis schon einmal auf Cannabiskonsum gestoßen?
 - ◇ Wie weit ist der Cannabiskonsum in Haft Ihrer Meinung nach verbreitet?
 - ◇ Was denken Sie über den Cannabiskonsum im Allgemeinen?
 - ◇ Was denken Sie über den Cannabiskonsum im Gefängnis?
 - ◇ Hat sich Ihre Haltung gegenüber Cannabis geändert, seit Sie im Gefängnis arbeiten?
- ◆ Diskussion im Plenum:
- ◇ Ist Cannabis eine Drogen, die in das Vollzugssystem „passt“? Falls ja: aufgrund welcher Wirkungen?
 - ◇ Welche Drogen „passen“ Ihrer Meinung nach nicht in das Vollzugssystem (z.B. Aufputzmittel)?
 - ◇ Glauben Sie, dass es ohne Cannabis mehr Gewalt unter den Gefangenen gäbe?
 - ◇ Halten Sie es nach wie vor für notwendig, dass bei Urintests auch der Cannabiskonsum kontrolliert wird?



Cannabiskonsum in Haft

In vielen Ländern verändert sich die gesellschaftliche Haltung gegenüber Drogen, besonders gegenüber Cannabis (vgl. hanfverband.de). Cannabiskonsum wird heute für weniger problematisch gehalten als in früheren Tagen. In verschiedenen Ländern tendieren Polizei und Justiz zu weniger strengen Maßnahmen, was den Konsum und den Besitz von Cannabis angeht (und in einigen Fällen sogar den Handel in geringem Umfang). Cannabis ist die von Häftlingen am häufigsten konsumierte Droge. Oft wird Cannabis sogar als eine nützliche Droge angesehen, die unter anderem dazu beitragen kann, die Hafterfahrung zu lindern.

Manche Anstaltsleiter/innen haben erkannt, dass sie sich dem Wandel nicht verschließen können. So wird in einigen Gefängnissen bei Urintests der Cannabiskonsum nicht mehr geprüft. Verschiedene Anstaltsleiter/innen in Schottland bestätigen, dass einige Drogen in Haft fast genauso häufig wie „draußen“ konsumiert werden. „Wir sind zwar nach wie vor der Ansicht, dass Gefangene, die Cannabis konsumieren, gegen das Gesetz verstoßen und entsprechend zu behandeln sind, aber das Gefängnis spiegelt nur die Welt wider, wie sie draußen ist“ (The Scotsman 13/5/98).



Abstinenz und/oder Risikominderung?

- Ziele:**
- ◆ Die Teilnehmer/innen identifizieren Gesundheitsziele bei Drogen gebrauchenden Häftlingen.
 - ◆ Sie befassen sich mit den unterschiedlichen Ansätzen der Drogenhilfe (Abstinenz, Substitutionsbehandlung, Risikominderung).
 - ◆ Sie entwickeln ein Verständnis dafür, dass die Angebote der Gesundheitsfürsorge in Haft den „draußen“ geltenden Standards entsprechen müssen.
 - ◆ Sie benennen Vorbehalte gegenüber dem Ansatz der Risikominderung und erkennen, dass entsprechende Angebote eine Brückenfunktion auf dem Weg zur Abstinenz haben können.
- Dauer:** ◆ 80 bis 90 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ◆ mindestens 4, höchstens 20
- Material:** ◆ Flipchart, Stifte
- Übungsverlauf:** ◆ Bitte die Teilnehmer/innen, sich in Vierergruppen aufzuteilen, in jeder Gruppe folgende Fragen zu diskutieren und die Diskussionsergebnisse auf einem Flipchart-Bogen festzuhalten:
- ◇ Welche kurzfristigen und langfristigen Gesundheitsziele sind realistisch?
 - ◇ Welche Angebote in den Bereichen Drogen und gesundheitliche Versorgung sind nötig, um diese Ziele zu erreichen?
 - ◇ Auf welche Angebote der kommunalen Drogen- und Gesundheitsdienste kann zurückgegriffen werden?
 - ◇ Lassen sich die Ansätze dieser Dienste auch auf das Gefängnis-„Setting“ übertragen?
- ◆ Die Arbeitsergebnisse werden im Plenum besprochen und – so weit möglich – sortiert: Oben sollen langfristige Ziele stehen (z. B. Abstinenz), gefolgt von kurzfristigen (z. B. Risikominderung). Anschließend wird die Reihenfolge der Ziele diskutiert.





Gesundheitsrisiken des Gefängnispersonals

- Ziele:**
- ◆ Die Teilnehmer/innen identifizieren Gesundheitsrisiken, denen sie im Arbeitsalltag ausgesetzt sind.
 - ◆ Sie entwickeln mehr Risikobewusstsein im Hinblick auf Infektionskrankheiten.
 - ◆ Sie erwerben Kenntnisse in den Bereichen Schutzimpfung und Prophylaxemöglichkeiten nach Risikosituationen.
- Dauer:** ◆ 60 bis 90 Minuten
- Teilnehmerzahl:** ◆ mindestens 4, höchstens 20
- Material:** ◆ Flipchart, Stifte
- Übungsverlauf:**
- ◆ Bitte die Teilnehmer/innen, sich an Situationen im Arbeitsalltag zu erinnern, in denen sie glaubten, einem Infektionsrisiko ausgesetzt zu sein (z.B. bei Zellen-durchsuchungen, Leibesvisitationen).
 - ◆ Schreibe das Berichtete ans Flipchart und versuche dabei, vergleichbare Situationen zu bündeln.
 - ◆ Bitte die Teilnehmer/innen, herauszufinden, in welchen Situationen tatsächlich, möglicherweise oder gar kein Infektionsrisiko bestanden hat.
 - ◆ Frage die Teilnehmer/innen nach ihren Kenntnissen und Erfahrungen in punkto Schutzimpfungen (z.B. gegen Hepatitis A und B). Gib ihnen die nötigen Informationen.
 - ◆ Frage die Teilnehmer/innen nach ihren Kenntnissen über Prophylaxemöglichkeiten nach Risikosituationen und über notwendige Maßnahmen nach Nadelstichverletzungen. Gib ihnen die nötigen Informationen.
- Nachbereitung:**
- ◆ Werte deine Notizen aus, um herauszufinden: Welche weiteren Schulungen sind nötig? Was wird für Präventionsmaßnahmen gebraucht? Was ist mit den Gewerkschaften, mit dem medizinischen Personal, mit der Gefängnisleitung zu besprechen?

Maßnahmen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten

- Ziele: ◆ Die Teilnehmer/innen setzen sich mit Spritzenumtauschprogrammen/Vergabe von Bleichmittel zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten im Gefängnis auseinander und diskutieren das Für und Wider solcher Maßnahmen.
- ◆ Sie erkennen, dass Spritzenumtauschprogramme eine wirksame Maßnahme zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten sind.
 - ◆ Sie überlegen, welche Präventionsmaßnahmen sie in ihrer Anstalt für notwendig erachten, und erstellen hierzu eine Prioritätenliste.

Dauer: ◆ 60 bis 90 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 4, höchstens 20

Material: ◆ Flipchart, Stifte

Übungsverlauf: ◆ Gib folgende Informationen oder schreibe sie ans Flipchart:

„In einigen Haftanstalten in der Schweiz, in Deutschland und Spanien hat man Spritzenumtauschprogramme eingeführt, deren Auswertung interessante Ergebnisse erbrachte: Bei den Teilnehmer/innen hat die gemeinsame Benutzung von Spritzen abgenommen, und bei Durchsuchungen wurden auch nicht mehr Drogen gefunden als vor Einführung dieser Programme. Die Annahme, die Verfügbarkeit sauberer Spritzen führe zu vermehrtem Drogenkonsum, ist damit nicht bestätigt worden. In keiner der beteiligten Haftanstalten wurden Bedienstete oder Mithäftlinge mit Spritzen bedroht.“

- ◆ Bitte die Teilnehmer/innen, zwei Gruppen zu bilden. Die erste Gruppe sammelt Argumente, die für ein Spritzenumtauschprojekt in ihrer Anstalt sprechen, die zweite trägt zusammen, was gegen ein solches Projekt spricht (30 Minuten). Jede Gruppe notiert ihre Argumente.





- ◆ Im Plenum werden die Pro- und Kontra-Argumente ans Flipchart geschrieben. Die Argumente werden dabei nach dem Stellenwert geordnet, den ihnen die Teilnehmer/innen beimessen.
 - ◆ Diskussion der Pro- und Kontra-Argumente: Welche Vorteile hat ein Spritzenumtauschprojekt für Häftlinge und Bedienstete? Welche Einwände und Befürchtungen gibt es gegen ein solches Projekt (z.B. Widerspruch zur allgemeinen Strafvollzugspolitik, Spritzen könnten als Waffen gebraucht werden)? Sind solche Einwände gerechtfertigt?
 - ◆ Frage die Teilnehmer/innen, welche weiteren Maßnahmen der Prävention von Infektionskrankheiten sie in ihrer Anstalt für erforderlich halten. Die in der Übung genannten Maßnahmen werden in Form einer Prioritätenliste gesammelt: „Welche Maßnahme halten Sie für die wichtigste, zweitwichtigste usw.? Aus welchen Gründen halten Sie die Maßnahme für wichtig, weniger wichtig usw.?“
- Alternative:
- ◆ Lass die eine Gruppe Vorschläge für ein Spritzenumtauschprogramm, die andere Vorschläge für ein Projekt „Spritzenreinigung mit Haushaltsbleiche“ erarbeiten.
 - ◇ Wer sollte an der Planungsphase beteiligt werden?
 - ◇ Wie soll der Zugang zu Spritzbestecken/zu Bleichmittel gestaltet werden? Was spricht für die jeweilige Form des Zugangs?
 - ◆ Bitte beide Gruppen, sich mit den Vorschlägen der jeweils anderen Gruppe auseinanderzusetzen.

8.5 ÜBUNGEN FÜR ANSTALTSBEDIENTETE UND GEFANGENE

Über Drogen reden

Viele der Gefängnisbediensteten (ca. 30 %) und die meisten Gefangenen (ca. 80 %) in Deutschland rauchen Tabak. Aber ist Tabak eine Droge? Um diese Frage geht es in dieser Übung.

- Ziele: ◆ Den Teilnehmer(inne)n wird bewusst, dass in unserer Gesellschaft jede Menge „Alltagsdrogen“ konsumiert werden.
- ◆ Ihnen wird bewusst, dass Tabak eine suchterzeugende Droge ist, vergleichbar illegalen Substanzen wie Opiaten.

Dauer: ◆ 45 bis 60 Minuten

Teilnehmerzahl: ◆ mindestens 4, höchstens 20

Material: ◆ Kopien der Kärtchen A und B (siehe folgende Seiten)

- Übungsverlauf: ◆ Frage die Teilnehmer/innen, wer von ihnen raucht oder irgendwann einmal geraucht hat.
- ◆ Frage sie, was sie über Tabak wissen, und ergänze fehlende Informationen (entsprechend Kap. 5.1 und 5.3 in Teil II).
- ◆ Bitte die Teilnehmer/innen, Gruppen von jeweils vier Personen zu bilden (jeweils zwei Bedienstete und zwei Gefangene). Das eine Paar jeder Gruppe erhält Kärtchen A („Meine erste Zigarette und wie es weiterging“), das andere Kärtchen B („Keine Zigaretten mehr...“).
- ◆ Die Paare werden gebeten, die Fragen auf den Kärtchen zu beantworten. Falls Personen darunter sind, die nie geraucht haben, bitte diese, dabei auf ihre Erfahrungen mit Tabak rauchenden Angehörigen oder Freund(inn)en zurückzugreifen. Jedes Paar sollte seine Antworten notieren. (Dauer: 20 Minuten)





- ◆ Im Plenum stellt jedes Paar seine Ergebnisse vor, die dann diskutiert werden. Stelle in der Diskussion Fragen, wie sie üblicherweise zu illegalen Drogen gestellt werden, um zu verdeutlichen, dass es zwischen dem Konsum von Alltagsdrogen und dem von illegalen Drogen durchaus Parallelen gibt. Zum Beispiel:
 - ◇ Wer hat Sie zur ersten Zigarette verführt? Warum war es Ihnen nicht möglich, einfach „nein“ zu sagen?
 - ◇ Sind/waren Sie nicht stark oder motiviert genug, um aufzuhören?
 - ◇ Wenn Sie aussteigen woll(t)en, versuch(t)en Sie es mit einem kalten Entzug oder einem warmen Entzug, z.B. mit Nikotinplaster oder Ähnlichem? Welche Entzugserscheinungen treten/traten auf?
 - ◇ In welchen Situationen werden/wurden Sie rückfällig?
 - ◇ Wie geht Ihr Partner oder Ihre Partnerin mit Ihrem Drogenkonsum um?
 - ◇ Was hat Sie vor einem Einstieg in den Tabakkonsum bewahrt? Gab oder gibt es Situationen, in denen auch Sie schwach werden könnten? Haben Sie auch abstinente Phasen?

Kärtchen A

Meine erste Zigarette und wie es weiterging ...

Aus welchem Grund haben Sie zur ersten Zigarette gegriffen?

Haben Sie Gleichaltrige oder andere Leute dazu gebracht,
diese erste Zigarette zu rauchen?

Wie haben Sie sich nach der ersten Zigarette gefühlt?

Warum haben Sie weitergeraucht?

Wann haben Sie gemerkt, dass Sie nicht aufhören können?

Wie ist es für Sie, wenn Sie an immer mehr Orten
mit dem Rauchverbot konfrontiert werden?

Entscheidet man aus freien Stücken, mit dem Rauchen
aufzuhören? Was bedeutet Rauchen für Sie?
Können Sie abstinent leben?

Kärtchen B

Keine Zigaretten mehr...

Was tun Sie spät in der Nacht, wenn Sie keine Zigaretten mehr haben und die Geschäfte geschlossen sind?

Haben Sie versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?
Hatten Sie Erfolg damit?

Wie war es, als Sie aufgehört haben?

Haben Sie wieder angefangen?

Warum haben Sie wieder angefangen?



Eine Frage der Hygiene

- Ziele: ♦ Die Teilnehmer/innen sprechen über ihre Angst vor Infektionen.
- ♦ Sie setzen sich mit Situationen auseinander, in denen (k)ein Infektionsrisiko besteht, und suchen nach Wegen für den Umgang mit Infektionsängsten.
- Dauer: ♦ 90 Minuten
- Teilnehmerzahl: ♦ mindestens 4, höchstens 20
- Material: ♦ Flipchart
- Übungsverlauf: ♦ Einstieg: *„Die Angst vor Infektionskrankheiten ist weit verbreitet. Manche Ängste sind durchaus begründet, andere dagegen unbegründet. Auch Sie werden sicherlich immer wieder Situationen erleben, in denen Sie sich fragen, ob Sie jetzt Gefahr laufen, sich diese oder jene Infektion zu holen, z.B. beim Frisör, auf der Toilette, in der Werkstatt, bei Zellendurchsuchungen. Vielleicht können Sie solche Situationen mal kurz schildern.“*
- ♦ Erarbeite mit den Teilnehmer(inne)n, auf welche Weise man sich welche Infektionen holen kann bzw. welche Situationen ohne Ansteckungsrisiko sind. Gehe dabei auf die in Kap. 2.3 (Teil II) beschriebenen Infektionskrankheiten ein. Trage am Flipchart z.B. in folgendes Schema ein, welche Krankheitserreger auf welchen Wegen übertragen werden.

Situation, Gegenstand/Material	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	HIV
Toilette	X			
(gemeinsam) gebrauchte Spritzen	X	X	X	X
verunreinigte Nahrungsmittel	X			
usw.				





- ◆ Bitte die Teilnehmer/innen, Gruppen von vier Personen (jeweils zwei Gefangene und zwei Bedienstete) zu bilden.
- ◆ Teile die am Flipchart festgehaltenen Übertragungswege zu gleichen Teilen auf die Gruppen auf. Bitte die Teilnehmer/innen zu überlegen, mit welchen Maßnahmen sich die Infektionsrisiken verringern bzw. vermeiden lassen. Gefragt sind realistische, wirksame Maßnahmen, die notiert werden sollen.
- ◆ Die Arbeitsgruppen tragen ihre Ergebnisse im Plenum vor.
- ◆ Überprüfe gemeinsam mit den Teilnehmer(inne)n, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen sinnvoll, wirksam und umsetzbar sind.

9. ANGEBOTE

Maßnahmen zur Risikominimierung beschränken sich natürlich nicht auf Beratung und Trainings. Vielmehr muss man auch Bedingungen schaffen, die es den Gefangenen ermöglichen, sich den Regeln der Risikominderung entsprechend zu verhalten – dazu gehört in erster Linie, die dafür nötigen Hilfsmittel und Materialien zur Verfügung zu stellen (sterile Spritzen, Kondome, Desinfektionsmittel, Filter, Tupfer und anderes mehr).

Die Vergabe solcher Materialien bietet darüber hinaus auch eine gute Möglichkeit, über die sensiblen Themen Safer Use und Safer Sex ins Gespräch zu kommen und dabei über Möglichkeiten zur Risikominimierung zu informieren.

9.1 BEREITSTELLUNG VON DESINFEKTIONSMITTELN ZUR REINIGUNG VON SPRITZZUBEHÖR

Desinfektionsmittel spielen eine Schlüsselrolle bei Maßnahmen zur Risikominderung in Haft, denn sie werden dem Umstand gerecht, dass es im Gefängnis zwar (gebrauchte) Spritzen und Nadeln (auch zum Tätowieren) gibt, die Haftanstalten aber (in der Regel) nicht bereit sind, neue, sterile Spritzen zur Verfügung zu stellen. Der Einsatz von unverdünnter Haushaltsbleiche zur Reinigung von Spritzzubehör und Tätowierwerkzeugen ist ein wirksames Mittel, um das Risiko einer Übertragung von HIV und anderen Krankheitserregern (z. B. Hepatitis-C-Virus) zu senken: Das Verfahren ist ebenso einfach wie wirksam, wenn es richtig durchgeführt wird (siehe Teil II, Kap. 4.3 und 4.4),

und da Haushaltsbleiche fast überall verfügbar ist, können injizierende Konsument(inn)en Maßnahmen zur Risikominimierung ergreifen, ohne großes Aufsehen zu erregen.

Eines der ersten dieser Programme wurde von einem Gefängnisbeamten aus Irland gestartet: Angesichts einer rigiden Gefängnispolitik, die (andere) Maßnahmen zur Risikominimierung unmöglich machte, sorgte er dafür, dass in allen Toiletten der Anstalt immer eine Flasche mit Bleiche vorhanden war, und schulte die injizierenden Gefangenen in den richtigen Reinigungstechniken und in anderen Safer-Use-Maßnahmen.

In Europa gibt es verschiedene Arten der „offiziellen Zuteilung“ von Bleich-/Desinfektionsmitteln in Gefängnissen:

- In mehreren Anstalten der Schweiz bekommen alle Häftlinge bei der Einweisung eine „Taschenapotheke“ ausgehändigt, in der sich Kondome, Pflaster, eine kleine Flasche Jod und eine Anleitung zum Gebrauch von Bleiche befinden (siehe Bolli 2001).
- In Dänemark und Finnland haben die Inhaftierten direkten Zugang zu Bleich-/Desinfektionsmitteln (in Waschräumen und/oder Toiletten); an einigen Orten ist die Bereitstellung aufgrund von Sabotageakten allerdings nicht möglich.
- In einigen Ländern werden Bleich-/Desinfektionsmittel durch den Medizinischen Dienst verteilt.
- In Frankreich verteilt die Gefängnisverwaltung alle zwei Wochen eine kleine Flasche mit 120 ml an alle Häftlinge.
- In manchen Gefängnissen händigt man Gefangenen bei der Entlassung oder bei Antritt eines Hafturlaubs einen „Gesundheitsbeutel“ mit Bleiche und einer Gebrauchsanleitung zum Nadel-Reinigen aus.

Eine direkte, persönliche Vergabe von Desinfektionsmitteln kann auf folgenden Wegen erfolgen:

- über Peers, die zu HIV/Aids beraten („Peer-Counsellors“)
- Anstaltskaufmann
- Reinigungspersonal
- Anstaltsbedienstete
- Sozialarbeiter/innen

- Arzt/Ärztin oder andere Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienstes
- Mitarbeiter/innen von Aids- oder Drogenhilfen.

Für die anonyme Vergabe von Desinfektionsmitteln bieten sich u. a. folgende Orte an (vgl. dazu auch Haslam u. a. 1999):

- Wasch-/Duschräume
- Wäschekammern
- Freizeitbereiche wie Turnhalle (Duschraum) oder Fernsehraum
- Flure
- Küchen
- Häftlingswaschräume der Krankenabteilungen.

Die Entscheidung für die Vergabeform hängt von den Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung ab; eine Rolle spielen kann/können dabei

- der für die Vergabe nötige Grad an Anonymität und Vertraulichkeit
- die leichte Zugänglichkeit (Öffnungszeiten, ausreichende Menge usw.)
- die zur Verfügung stehenden Ressourcen
- ob der Schwerpunkt auf Hygiene allgemein oder allein auf der Desinfektion von Spritzen liegt
- wie am besten eine pragmatische und diskrete Art der Vergabe etabliert werden kann
- wie hoch der Grad an Akzeptanz bei den Bediensteten und beim medizinischen Personal ist und inwieweit sie das Programm unterstützen und sich daran beteiligen
- wie es am besten gelingt, Informationen über die richtige Anwendung von Desinfektionsmitteln zu verbreiten
- ob die Häftlinge die Desinfektionsmittel richtig einsetzen oder sich dadurch vielleicht gefährden (Selbstverletzung)
- der Wunsch, die ausgegebenen Mengen zu kontrollieren
- der Wunsch, die Verteilung gleichzeitig zur Kontaktaufnahme zu nutzen bzw. zur Beratung der Gefangenen über Maßnahmen zur Risikominderung
- das Anliegen, den Umgang der Häftlinge mit Desinfektionsmitteln zu überwachen und Veränderungen bei Fertigkeiten, in der Haltung und beim Verhalten zu beobachten.

Informationen zum richtigen Gebrauch von Desinfektionsmitteln (siehe Kap. 4.3 und 4.4 in Teil II) sind unabdingbare Voraussetzung für ein Vergabeprogramm und seine Akzeptanz. Man kann sie z.B. in Form einer Broschüre oder eines Faltblatts verteilen, aber auch im Rahmen von Beratung und Training durch Bedienstete, Mitarbeiter/innen externer Dienste oder durch Peers vermitteln.

Wenn man sich für eine anonyme Vergabe entscheidet, bei der Inhaftierte ihre eigenen Flaschen nachfüllen können, sollte man bedenken, dass manche Gefangenen diese Möglichkeit deswegen nicht nutzen, weil sie nicht als Drogengebraucher/innen erkannt werden wollen – man sollte daher für einen möglichst diskreten Zugang sorgen (Beispiele siehe oben). Das kann allerdings auch Risiken bergen, denn wenn das Mittel frei zugänglich ist, kann man seine einwandfreie Qualität nicht garantieren – denkbar sind sogar „Anschläge“ auf Drogengebraucher/innen durch Häftlinge, die ihnen ablehnend gegenüberstehen. Außerdem verliert Bleiche an Wirksamkeit, wenn sie mit Sauerstoff in Berührung kommt.

Um ein unfreiwilliges Outing von Drogengebraucher(inne)n zu vermeiden oder wenn es keine eindeutige Haltung zur Vergabe von Desinfektionsmitteln in der Anstalt gibt, kann man sie auch „verdeckt“ in einem weiteren Zusammenhang zugänglich machen, z.B. unter dem Stichwort „Hygiene“ (Reinigen von Rasierklingen, Oberflächen, Toiletten usw.) oder „Gesundheitsvorsorge“ (Jod zur Behandlung von Verletzungen und Hautkrankheiten). Dabei kann man auch „versteckte“ Botschaften übermitteln: In Schottland z.B. händigte man den Gefangenen Sterilisationstabletten zusammen mit einer Anleitung aus, wie man damit Tassen, Besteck, Rasierklingen, Nachttöpfe und Spritzbesteck sterilisiert.

Um der unter Gefängnisbediensteten verbreiteten Sorge zu begegnen, Inhaftierte könnten Bleiche trinken oder sie in anderer Weise missbrauchen, sollte der Gefängnisarzt/die Gefängnisärztin auf jeden Fall ein Erste-Hilfe-Angebot bereithalten.

Vorbeugung und Erste-Hilfe-Maßnahmen (vgl. Correctional Service Canada 1996):

- Hat ein Häftling Bleichmittel getrunken, sollte er/sie warmes Wasser oder Milch trinken und umgehend den Arzt/die Ärztin aufsuchen. Kein Erbrechen herbeiführen!
- Hat jemand Bleichmitteldämpfe eingeatmet, sollte er/sie an einen Ort mit viel frischer Luft gebracht werden und ärztlichen Rat suchen.
- Ist Bleichmittel in die Augen geraten, Augen mindestens 10 Minuten lang mit handwarmem Wasser ausspülen (dabei die Augenlider offen halten) und ärztlich kontrollieren lassen, ob es zu Verätzungen gekommen ist.
- Wenn Bleiche auf die Haut geraten ist, die betroffenen Stellen und alle betroffenen Kleidungsstücke gründlich waschen.

9.2 SPRITZENUMTAUSCH-PROGRAMME

Auf der Grundlage einer Studie zu Politik und Praxis der Spritzenvergabe an Drogengebraucher/innen in der Europäischen Union hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1991 Empfehlungen zur HIV-Prävention für Drogengebraucher/innen in Gefängnissen ausgesprochen, die folgende Maßnahmen umfassen:

- Maßnahmen, um die Zahl der intravenös Drogen Gebrauchenden zu senken
- Maßnahmen, um Drogengebrauch vorzubeugen
- Informationen über die Risiken des intravenösen Konsums
- Informationen über die Risiken des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen und Zubehör
- Schulung in Maßnahmen zur Desinfektion, Bereitstellung von Desinfektionsmitteln und Materialien zum hygienischen Drogengebrauch (Alkoholtupfer, Pflaster)
- Vergabe steriler Spritzen.

In ihren „Richtlinien zu HIV/Aids im Gefängnis“ (WHO 1993) betont die WHO das Prinzip der Gleichbehandlung: „Länder, in denen intravenös Drogen Gebrauchenden ‚draußen‘ saubere Spritzen und Nadeln zur Verfügung stehen, sollten erwägen, diese auch Gefangenen während ihrer Haft und bei der Entlassung auf Wunsch zugänglich zu

machen.“ Pilotprogramme zur Vergabe von sterilem Spritzzubehör in Haftanstalten sind bisher in der Schweiz, Deutschland und Spanien durchgeführt worden; ihre Ergebnisse sind ermutigend, wenngleich sie von manchen Kritiker(inne)n auch ganz anders interpretiert werden. Während die Modellprojekte in der Schweiz fortgeführt werden und in Spanien der Spritzenumtausch mittlerweile in allen Haftanstalten angeboten wird, sind die Modellprojekte in Hamburg und in Niedersachsen Anfang 2002 bzw. Anfang 2003 aus politischen Gründen eingestellt worden.

Lernen kann man aus den bisherigen Erfahrungen vor allem eines: Ein Patentrezept dafür, wie man am besten Spritzenumtauschprogramme in Haft einführt³², gibt es nicht. Jede Anstalt muss ihren eigenen Weg finden. Einige Schlüsselbegriffe in diesem Zusammenhang sind:

- Beteiligung (Anstaltsleitung, Personal, externe Einrichtungen wie Aids- und Drogenhilfen, Inhaftierte)
- Anonymität und Vertraulichkeit.

Empfehlungen

Auf der „European Conference on Prison and Drugs“ (Oldenburg, 12.–14. März 1998) haben 109 Teilnehmer/innen aus 12 EU-Staaten unter anderem folgende Empfehlungen zu Spritzenumtauschprogrammen erarbeitet:

1. Im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht erkennt die Justiz ihre Verpflichtung und die Notwendigkeit an, allen Gefangenen infektionsprophylaktische und gesundheitsfördernde Angebote zugänglich zu machen.
2. Für die Gefängnisse vieler europäischer Länder sind Spritzenumtauschprogramme ein sensibler Bereich. Gefängnisse, die eine Einführung solcher Programme erwägen, müssen vorab herausfinden, wie weit der intravenöse Drogenkonsum in ihrer Anstalt verbreitet ist.

³² s. a. Handbuch „Einführung und Umsetzung von Spritzenvergabeprogrammen in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen“. DAH 2015.

3. Spritzenumtauschprogramme können ein nützlicher Baustein in einem Gesamtkonzept der Drogenhilfe in Haftanstalten sein, das neben anderen gesundheitsfördernden Maßnahmen Beratung, abstinenzorientierte Therapieprogramme und Substitution beinhaltet.
4. Zur Gewährleistung der Rechtssicherheit für alle an infektionsprophylaktischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen (z.B. Spritzenvergabe) Beteiligten sind vorab die rechtlichen Voraussetzungen zu klären. Klärungsbedarf besteht insbesondere im Hinblick auf jugendliche und substituierte Gefangene. Die Klärung der Rechtsfrage obliegt den Ministerien. Die Ergebnisse dieser Klärung müssen veröffentlicht werden.
5. Die spezifischen Gegebenheiten der Vollzugsanstalten sind ausschlaggebend dafür, ob die Vergabe über Automaten oder persönlich erfolgt. Ein regelmäßiger und verbindlicher Zugang zu sterilen Spritzen muss gewährleistet sein, unabhängig davon, ob externe oder interne Kräfte mit der Durchführung beauftragt sind.
6. Grundvoraussetzung für eine Erfolg versprechende Einführung von Spritzenumtauschprogrammen in Gefängnissen ist die Schaffung und Aufrechterhaltung von Akzeptanz bei den Bediensteten und Inhaftierten, den Entscheidungsträgern in Politik und Justiz sowie in der (Fach-)Öffentlichkeit.
7. Die Teilnahme an Spritzenumtauschprogrammen sollte unter Wahrung größtmöglicher Anonymität möglich sein, sodass die Betroffenen keine nachteiligen Folgen für den Vollzug ihrer Haftstrafe befürchten müssen. Der Zugang zur Abgabestelle sollte niedrigschwellig und einfach sein.
8. Infektionsprophylaxe kann nur wirksam sein, wenn Maßnahmen der instrumentellen Prävention regelmäßig durch personalkommunikative Angebote ergänzt werden. Für Bedienstete aller beteiligten Ebenen und für Inhaftierte sollten begleitend obligatorische Schulungen und fakultative Trainings angeboten werden. Folgende Themen sind von besonderer Bedeutung:
 - Basiswissen zu Drogenkonsum und Infektionsgeschehen
 - Übertragungswege und Infektionsschutz
 - Safer Use und Safer Sex
 - Drogennotfallhilfe.

Verschiedene Herangehensweisen

Die folgenden drei Vergabewege haben sich als erfolgreich erwiesen:

auf den Stationen angebrachte Spritzenautomaten mit der Möglichkeit eines anonymen Zugangs

Vorteile:

- Garantie eines einfachen Zugangs
- hoher Grad von Anonymität
- Umtausch 1 zu 1

Nachteile:

- keine Kontrolle darüber, wer die Spritzenautomaten benutzt – nicht beteiligte Häftlinge könnten die Spritzen von Programm-Teilnehmer(inne)n benutzen, um so an eigene Spritzen zu kommen
- Manchmal beschädigen Inhaftierte oder Mitarbeiter/innen, die gegen das Programm sind, die Automaten, und be- oder verhindern so den Spritzenumtausch.

persönliche Vergabe durch Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienstes oder den Arzt/die Ärztin

Vorteile:

- Der Kontakt kann als Anlass zu einem Beratungsgespräch dienen (z.B. über Therapiemöglichkeiten wie die Substitutionsbehandlung oder die drogenfreie stationäre Langzeitbehandlung).
- Die Handvergabe erleichtert es, Kontakt zu vorher nicht bekannten Drogenkonsument(inn)en zu bekommen.
- weitgehende Kontrolle über den Zugang

Nachteile:

- geringer Grad an Vertraulichkeit und Anonymität → Angst vor Sanktionen bei Bekanntwerden des Drogenkonsums (z.B. keine Aussichten auf offenen Vollzug, Urlaub oder Ausgang) kann zu einer geringen Beteiligung führen.
- Es kann zu einer „verdeckten“ Teilnahme von Inhaftierten kommen, die aus Angst vor dem Entdecktwerden Mithäftlinge vorschicken, anstatt sich direkt am Programm zu beteiligen.
- Der Spritzenumtausch ist an bestimmte Zeiten gebunden.
- hoher Personalaufwand: Gefangene müssen „durchgeschlossen“ werden.

persönliche Vergabe durch Mitarbeiter/innen externer Aids- oder Drogenhilfen

Vorteile:

- Der Kontakt kann als Anlass zu einem Beratungsgespräch dienen (z.B. über Therapiemöglichkeiten wie die Substitutionsbehandlung oder die drogenfreie stationäre Langzeitbehandlung).
- Möglichkeit des Kontakts zu vorher nicht bekannten Drogenkonsument(inn)en
- weitgehende Kontrolle über den Zugang
- ein gewisser Grad an Anonymität und Vertraulichkeit.

Nachteile:

- Der Spritzenumtausch ist an bestimmte Zeiten gebunden.
- Anonymität und Vertraulichkeit können eingeschränkt sein, wenn die externen Mitarbeiter/innen verpflichtet sind, der Gefängnisverwaltung Meldung über die Beteiligungsrate zu machen.
- Misstrauen des Gefängnispersonals gegenüber der „Einmischung“ der externen Mitarbeiter/innen
- hoher Personalaufwand, Gefangene müssen „durchgeschlossen“ werden.

Beispiele aus der Praxis

*Spritzenautomaten im Frauengefängnis
Vechta/Deutschland (1996–2003)*

Information: Jede Gefangene wurde im Rahmen des Aufnahmeverfahrens durch eine mehrsprachige Informationsbroschüre über das Spritzenumtauschprogramm und die Teilnahmebedingungen informiert. Weiterführende Informationen, z.B. über Safer Use und Safer Sex, bekamen die Inhaftierten dann während des Einweisungslehrgangs durch Bedienstete, die Erfahrungen im Umgang mit Drogenkonsument(inn)en hatten. Darüber hinaus gab es Informationsveranstaltungen für die Inhaftierten zu den Risiken des intravenösen Drogenkonsums und zu Möglichkeiten, diese zu reduzieren, zu anderen, weniger gesundheitsgefährdenden Formen des Konsums und dazu, wie Safer-Use-Techniken auch nach der Entlassung weiter praktiziert werden können. Außerdem wurden die Drogenkonsument(inn)en bei diesen Veranstaltungen nochmals über die Spielregeln des Projekts informiert:

- Eine Spritze durfte man nur dann bei sich tragen, wenn man diese umtauschen wollte.
- Verleihen oder Verkaufen von Spritzen war verboten.
- Jede Gefangene durfte nur eine Spritze besitzen.
- Im Fall einer Verlegung in eine andere Haftanstalt musste die Spritze zurückgelassen werden.

Ergänzend wurden einmal wöchentlich Schulungen zu Safer Sex und Safer Use für alle interessierten Gefangenen angeboten.

Zugang: Spritzen konnten in fünf Abteilungen der Anstalt umgetauscht werden, ausgenommen waren der Freigang, der Mutter-Kind-Bereich und die Aufnahmestation. Die für den ersten Automatenumtausch erforderliche Spritzenattrappe wurde (nach Überprüfung durch den Anstaltsarzt und Vermerk in der Krankenakte) nur an intravenös konsumierende Drogengebraucher/innen ausgegeben. Neben der Spritzenattrappe wurde auch ein kleines, in der Tasche mitführbares Kästchen ausgehändigt, in dem die zu tauschende Spritze gut sichtbar

auf der Konsole des Waschbeckens im Haftraum aufzubewahren war. Die Münzautomaten waren an fünf leicht zugänglichen Stellen in der Anstalt platziert, wo sie diskret in Schränken untergebracht waren, in denen sich auch Alkoholtupfer, Ascorbinsäure in angemessenen Portionen, Filter, Pflaster und Ampullen mit Kochsalz-Lösung befanden. Die Bestückung der Automaten mit neuen Spritzen und die Entfernung der gebrauchten Spritzen erfolgte täglich durch geschultes Personal der Krankenstation.

Ausnahmen: Substituierte Gefangene (Teilnehmerinnen eines Methadonprogramms) waren vom Spritzenumtauschprogramm ausgeschlossen, da sie sich vertraglich zum Verzicht auf jeglichen Beikonsum verpflichten mussten. Minderjährige benötigten eine Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten.

Personal: Zu Beginn hatten die Gefängnismitarbeiter/innen Gelegenheit, an einem eintägigen Informationsseminar teilzunehmen. Zusätzlich wurden innerhalb der Arbeitszeit besondere Informationsveranstaltungen angeboten, um das Personal auf dem aktuellen Stand des Wissens über Erste Hilfe, Infektionsprophylaxe, Pharmakologie und den Umgang mit Drogenkonsument(inn)en zu halten.

Bemerkungen: Der Besitz von Drogen ist immer noch strafbar. Deswegen kann das Projekt auch nicht als eine Maßnahme zur Ermöglichung des Drogenkonsums in Gefängnissen gesehen werden; es ist vielmehr eine Reaktion auf den nicht zu verhindernden Drogenkonsum in Haft. Aufgrund der Ausrichtung des Projekts an gesetzlichen Vorgaben und aufgrund seiner Philosophie gab es keine vermehrten Zellendurchsuchungen und keine Ausweitung der Urin-Kontrollen.

Direkte Spritzenvergabe im Männergefängnis Lingen I, Abteilung Groß-Hesepe/Deutschland (1996–2003)

Information: Anders als in Vechta wurden in Groß-Hesepe keine Automaten aufgestellt. Stattdessen gaben unter der Woche Mitarbeiter/-innen des Suchtberatungsdienstes, an Wochenenden und Feiertagen

das Krankenpflegepersonal sterile Spritzen aus (im Tausch gegen gebrauchte). Zusätzlich zum Spritzenumtausch wurde weitere Unterstützung angeboten:

- individuelle Beratung zu HIV/Aids von den Mitarbeiter(inne)n der Krankenabteilung, von Mitarbeiter(inne)n externer Suchtberatungsstellen und der regionalen Aidshilfe
- Verteilung von mehrsprachigen Broschüren zu HIV/Aids, Safer Sex und Safer Use
- Informationsveranstaltungen zu HIV/Aids und Hepatitis.

Auch dem Gefängnispersonal wurde Unterstützung z.B. in Form von Erste-Hilfe-Trainings und von Informationsveranstaltungen (durch Mitarbeiter/innen der kommunalen Drogenberatung und der Aidshilfe) angeboten, um die vorhandenen Kenntnisse aufzufrischen und zu erweitern.

Zugang: Die Teestube liegt neben der Drogenberatungsstelle, einem schwer einsehbaren Raum, den die Gefangenen unauffällig über den Freizeitbereich erreichen können. Häftlinge, die in der Teestube Spritzen umtauschen wollten, wurden auf Wunsch auch beraten. Den Teilnehmern des Spritzentausch-Programms war Anonymität bei der Ausgabe zugesichert. Die Mitarbeiter/innen, welche die Spritzen ausgaben, waren zur Vertraulichkeit verpflichtet. Alle Drogengebraucher konnten an dem Programm teilnehmen.

Ausnahmen: Wie in Vechta waren substituierte Häftlinge vom Projekt ausgeschlossen, da sie sich vertraglich verpflichtet hatten, keine zusätzlichen Drogen zu konsumieren.

Personal: Vor Einführung des Projekts gab es ausführliche Gespräche mit den Bediensteten, um ihnen das Projekt transparent zu machen, sie für das Thema Drogengebrauch und seine medizinischen und psychosozialen Aspekte zu sensibilisieren und den für eine erfolgreiche Umsetzung des Projekts nötigen Grad an Akzeptanz zu erreichen. Die Bereitschaft des Gefängnispersonals zur aktiven Mitarbeit am Projekt zeigte sich auch in der großen Zahl der Bediensteten, die mit den Wissenschaftler(inne)n bei der Erhebung von Daten für die erste Auswertung des Projekts zusammenarbeiteten.

9.3 KONDOMVERGABE

Hinsichtlich der Vergabe von Kondomen in den europäischen Haftanstalten reicht das Spektrum von der freien Vergabe bis zum totalen Verbot (z.B. in Polen). In manchen Ländern sind sexuelle Kontakte in Gefängnissen schlichtweg verboten, demzufolge sind weder Kondome noch Gleitmittel für die Häftlinge verfügbar. In einigen Ländern (z.B. in England und Wales) werden Kondome kostenfrei abgegeben oder können ärztlich verschrieben werden, in anderen müssen die Gefangenen dafür bezahlen.

Auch bei der Kondomvergabe sind Vertraulichkeit und ein anonymer Zugang entscheidend, denn Sex ist ein Tabu, das zu Ausgrenzung und Stigmatisierung führen kann – das gilt besonders für Sex zwischen Männern und zu einem gewissen Grad auch für Sex zwischen Frauen.

Für die Reichweite und die Wirksamkeit der Kondomvergabe sind die Art der Vergabe und die daran beteiligten Personen von entscheidender Bedeutung. Folgende Vergabeformen werden bereits in europäischen Gefängnissen angewandt:

Verteilung durch den Arzt/die Ärztin (auf Rezept oder ohne) oder durch Mitarbeiter/innen der Krankenabteilung

Wie alle Vergabeformen hat auch dieser Weg seine Vor- und Nachteile: So müssen die Gefangenen z.B. bei der Verschreibung/Verteilung durch den Arzt/die Ärztin einen Arztbesuch auf sich nehmen, nur um ein Kondom zu bekommen. Das kann von den Häftlingen als starkes Hindernis betrachtet werden. Außerdem erfährt der Arzt/die Ärztin so auch etwas über die (möglichen) sexuellen Aktivitäten der Gefangenen. Das trifft teilweise auch auf die Verteilung durch Mitarbeiter/-innen des Medizinischen Dienstes zu. Andererseits haben die Häftlinge hier eine verlässliche, stets zur Verfügung stehende Quelle, und sie können Kondome auch dann mitnehmen, wenn sie den Medizini-

schen Dienst aus anderen Gründen aufsuchen – und schließlich sind Kondome auf diesem Weg meistens kostenfrei zu haben.

Verkauf im Gefängnisladen

Im Gefängnisladen müssen die Häftlinge Kondome bezahlen, was angesichts der geringen Beträge, die ihnen zur Verfügung stehen, für viele ein Problem darstellt. Noch schwieriger wird es, wenn es keinen Laden gibt, der täglich (mit Ausnahme des Wochenendes) geöffnet ist, sondern nur einen Kaufmann von draußen, der vielleicht nur einmal wöchentlich oder sogar nur alle vierzehn Tage kommt. Unter solchen Umständen müssen die Gefangenen ihre Kondome möglicherweise sogar im Voraus bestellen – sexuelle Aktivitäten lassen sich jedoch nicht immer im Voraus planen ... Darüber hinaus sind Vertraulichkeit und Anonymität bei dieser Form der Vergabe nur schwer zu wahren.

Vergabe durch Sozialarbeiter/innen der Anstalt oder Mitarbeiter/innen von Aids- und Drogenhilfen

Interne Sozialarbeiter/innen kann man im Allgemeinen leicht kontaktieren, und sie genießen mehr Vertrauen als die Bediensteten. Kondome können also auf einer relativ vertraulichen Basis ausgeteilt werden. Die Mitarbeiter/innen externer Einrichtungen genießen sogar noch mehr Vertrauen und Glaubwürdigkeit bei den Häftlingen; übernehmen sie die Kondomvergabe, hängt der Erfolg natürlich auch davon ab, wie häufig sie die Anstalt besuchen und wie viele Kondome sie aushändigen. Werden Mitarbeiter/innen kommunaler Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in Safer-Sex-Schulungen einbezogen, können sie einige „Ansichtsexemplare“ in der Anstalt zurücklassen und die Gefangenen darüber informieren, wie und wo sie zukünftig Kondome bekommen können.

Verteilung durch Mitgefangene

Das größte Vertrauen genießen sicher Mithäftlinge (Peers), da sie „dazugehören“. Auf der anderen Seite haben Mitgefangene aber oft auch moralische Vorbehalte, besonders gegenüber dem Sex zwischen Männern.

Anonymer Zugang

Wie Spritzen können natürlich auch Kondome anonym ausgegeben werden, sodass Häftlinge an Kondome herankommen können, ohne dabei von Mitgefangenen oder Bediensteten beobachtet zu werden. So haben sich z. B. folgende Maßnahmen als erfolgreich erwiesen:

- Kondome als „Beigabe“ zu „Abschiedspaketen“ für Häftlinge, die einen Urlaub antreten oder entlassen werden – diese Maßnahme macht deutlich, wie wichtig es ist, sich (auch) nach der Entlassung bei sexuellen Kontakten zu schützen.
- Ausgabe von Kondomen bei der Aufnahme (zusammen mit Informationsmaterial wie Anleitungen zu Safer Sex und zum Kondombrauch)
- Bereitstellung von Kondomen in Besuchsräumen (für Ehepaare)
- Bereitstellung von Kondomen in Warteräumen (Arzt/Ärztin, Sozialarbeiter/in, Bücherei)
- Bereitstellung von Kondomen in Beratungsräumen (z. B. durch beiläufiges „Liegenlassen“)
- über eine „Infobox“ oder „Infothek“, die neben Informationsmaterialien zu Safer Sex und allgemeinen Informationsheften auch Kondome und Gleitmittel enthält.

Ein Verbot von Kondomen kann auf mangelndes Problembewusstsein zurückgehen, aber auch auf kulturellen oder religiösen Vorbehalten beruhen. Häufig wird die Verfügbarkeit von Kondomen aufgrund vereinzelter Erfahrungen des Missbrauchs eingeschränkt, z. B. wenn Kondome für das Verstecken von Drogen im Körper benutzt wurden. Über solche Beschränkungen sollte man diskutieren und dabei die Gesundheitsinteressen (Verhinderung von Infektionskrankheiten), kulturelle/religiöse Grenzen und Einzelfälle von Missbrauch gegeneinander abwägen.

10. UNTERSTÜTZENDE MASSNAHMEN

Über so sensible Themen wie Safer Use und Safer Sex ins Gespräch zu kommen, ist nicht einfach. Durch Aushändigen entsprechender Materialien können die Betroffenen aber dazu ermutigt werden, über Drogenprobleme und Infektionsrisiken in Haft zu sprechen. Im Grunde kann man alle möglichen Materialien einsetzen, um Aufmerksamkeit zu erzielen. Am besten geeignet sind aber selbstverständlich solche, die auf die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe zugeschnitten sind.

Bei der Auswahl gilt es auf jeden Fall zu überlegen, welche Materialien das Erreichen der jeweils angestrebten Ziele am besten unterstützen könnten. Ziele könnten z.B. sein: zum Umstieg auf weniger riskante Drogenkonsumformen motivieren (z.B. sniefen oder von Folie inhalieren), Bewusstmachen der Risiken des gemeinsamen Spritzengebrauchs, Vermitteln von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Desinfektion von Spritzen und Zubehör. Auch die Bedingungen der Haftanstalt sind bei der Auswahl der Materialien zu berücksichtigen. Man sollte z.B. keine Anleitungen zum Auskochen von Spritzen ausgeben, wenn Kocher in der Anstalt gar nicht erlaubt sind.

Die Einführung risikomindernder Maßnahmen kann gestützt werden durch

- Sammeln von Informationen
- Durchführen einer Untersuchung mittels Fragebogen
- Entwickeln von Info-Materialien (Broschüren, Faltblätter)
- Newsletters oder Gefangenenzeitungen
- Organisieren von Veranstaltungen
- Verteilen von Präventionsmaterialien.

Dabei muss das Rad nicht jedes Mal neu erfunden werden, denn „draußen“ gibt es bereits viele hilfreiche Materialien. Bei der Frage, ob man sie für die Arbeit in Haft übernehmen kann und inwieweit sie für diesen Zweck zu ändern sind, geben kommunale Drogen- und Gesundheitseinrichtungen Rat und Unterstützung.

10.1 SAMMELN VON INFORMATIONEN

Wer mit Drogen gebrauchenden Gefangenen arbeitet, braucht unbedingt Informationen darüber,

- wie der Konsum von Drogen im Gefängnis aussieht und welche Gesundheitsrisiken daraus resultieren
- welche Bedürfnisse Drogenkonsument(inn)en haben
- wie es um die medizinische Versorgung und die Gesundheitsfürsorge für Drogen konsumierende Gefangene bestellt ist (dazu gehören auch die allgemeinen hygienischen Bedingungen, mündliche oder schriftliche Informationen, Bleichmittel zur Spritzendesinfektion, Entgiftung mit Substitutionsmitteln, Substitutionsbehandlung usw.).

Diese Informationen können von den Bediensteten, von Mitarbeiter(inne)n der kommunalen Einrichtungen oder von Häftlingen gesammelt werden, z. B. durch Beobachtung, gelegentliche Gespräche mit Gefangenen und Mitarbeiter(inne)n oder systematisch durch Interviews. Besonders hilfreich ist es, wenn diese Gruppen dabei miteinander kooperieren: Es trägt dazu bei, dass alle an einem Strang ziehen und sich für die Sache engagieren. Die aus den Informationen gewonnenen Erkenntnisse sollten kommuniziert sowie mit der Gefängnisleitung und den Verantwortlichen der Justizverwaltung besprochen werden mit dem Ziel, die Gesundheit der Drogenkonsument(inn)en in Haft zu verbessern.

Drogenkonsum im Gefängnis und daraus resultierende Gesundheitsrisiken

Die Bediensteten, besonders die Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienstes, müssen über den Drogengebrauch in der Anstalt Bescheid wissen, um einschätzen zu können, welche Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge gebraucht werden. Am besten ist es, Daten zur Szene systematisch zu erfassen, z. B. mit Hilfe eines Tabellensystems und unterstützt durch ein Formular, in das die Mitarbeiter/innen die durch Beobachten oder aus Gesprächen gewonnenen Informationen eintragen. Das Tabellensystem wird dann nach und nach mit Daten gespeist, beispielsweise zu folgenden Fragen:

- Welche Drogen werden konsumiert?
- In welcher Form werden sie konsumiert?
- Inwieweit verändern sich Drogenkonsum-Muster: Einnahmeformen, Häufigkeit des Gebrauchs, Dosis?
- Gibt es bestimmte Häftlingsgruppen, die bestimmte Drogen nehmen (ethnischer oder religiöser Hintergrund, Geschlecht)?
- Wie finanzieren die Gefangenen ihren Drogenkonsum?
- An welchen Orten injizieren sie die Drogen?
- Werden Drogen gemeinsam mit anderen Häftlingen konsumiert?
- In welcher Beziehung stehen diese Häftlinge zueinander?
- Gibt es bei den Drogengebraucher(inne)n eine soziale Hierarchie?
- Welches sind die Normen im Hinblick auf hochriskantes Verhalten?
- In welchem Maße nutzen die Gefangenen die Angebote der Anstalt (Drogenberatung, medizinische Versorgung, Seelsorge)?

Beim Umgang mit solch sensiblen Daten ist äußerste Sorgfalt geboten. Persönliche Daten dürfen auf keinen Fall erfasst werden, und die gesammelten Informationen dürfen nicht gegen die Gefangenen verwendet werden. Die Daten dienen einzig dem Zweck, gesundheitliche Risiken einschätzen zu können und Faktoren herauszufinden, die zur Minderung gesundheitlicher Risiken beitragen. „Vertrauen“ ist eines der Schlüsselemente. Unter Umständen sollten die Sammlung und Auswertung von Daten ausschließlich von Mitarbeiter(inne)n des Medizinischen Dienstes oder von kommunalen Einrichtungen der Drogenhilfe geleistet werden.

Voraussetzung sind klare Vereinbarungen mit der Gefängnisleitung sowie Unterstützung durch die Bediensteten. Sie müssen davon überzeugt werden, dass die Minderung gesundheitlicher Risiken Vorrang hat vor rechtlichen Grundsätzen und Regelungen. Wenn nicht garantiert ist, dass die erfassten Daten allein für den beschriebenen Zweck genutzt werden, sollte man von einer systematischen Datenerfassung Abstand nehmen.

Bedürfnisse Drogen gebrauchender Gefangener

Bei der Erfassung der Bedürfnisse von Drogenkonsument(inn)en gilt als oberstes Prinzip: „Zuhören, was diejenigen, um deren Gesundheit es geht, selbst zu sagen haben.“ Auch und gerade durch das Beobachten ihres Alltags, durch Gespräche und das Studium der Krankendaten lassen sich viele Bedürfnisse leicht erkennen. Folgendes sollte dabei beachtet werden:

- Das Auflisten der Bedürfnisse sollte so systematisch wie möglich erfolgen (siehe oben), um herauszufinden, welche Angebote zusätzlich gebraucht werden, welche der vorhandenen unzureichend und welche davon überflüssig sind.
- Das Sammeln von Bedürfnissen kann durch Mitgefangene unterstützt werden (Peer Support, siehe Teil III, Kap. 10.6). Diese „Peers“ erhalten mit Sicherheit Informationen, an die andere Personen nicht herankommen.
- Alle, die an der Erfassung beteiligt sind, sollten sich bemühen, die Bedürfnisse zu ordnen und Prioritäten zu setzen.
- Die Bedürfnisse hängen davon ab, ob man substituiert wird, welche Droge(n) man nimmt, ob man Drogen spritzt oder anderweitig konsumiert. Unterschiedliche Bedürfnisse erfordern auch unterschiedliche Antworten. Bei manchen ist sofortiges Handeln nötig (z. B. eine medizinische Behandlung), bei anderen gilt es zu planen (z. B. eine Substitution ermöglichen).

Defizite in der medizinischen Versorgung und Gesundheitsfürsorge

Eine systematische Erfassung der Mängel im Versorgungssystem sollte besser zusammen mit leitenden Mitarbeiter(inne)n (Gefängnisarzt/-ärztin, Anstaltsleiter/in) sowie mit internen und externen Drogen- und Gesundheitsdiensten durchgeführt werden (siehe unten „Einsatz eines Fragebogens“).

Die Ergebnisse der Informationssammlung sollten den zuständigen Diensten sowie anderen Verantwortlichen präsentiert und mit ihnen diskutiert werden. Dies kann wie folgt geschehen:

- Man organisiert ein Seminar für Justizvertreter/innen, die Gefängnisverwaltung oder für Bedienstete. Mögliche Themen: Infektionsrisiken in der Haftanstalt, die Vorteile risikomindernder Maßnahmen für die Mitarbeiter/innen, Präsentation angemessener Maßnahmen.
- Man organisiert für Gefängnisbedienstete Exkursionen zu Haftanstalten, in denen risikomindernde Programme laufen, oder lädt Personen aus solchen Gefängnissen zu einem Seminar in der eigenen Anstalt ein, um von ihren Erfahrungen und Kenntnissen zu profitieren.
- Man organisiert ein Seminar für die Gefängnisverwaltung, für Bedienstete und Mitarbeiter/innen kommunaler Einrichtungen, um Bedarf, Bedürfnisse und mögliche Kooperationen zu diskutieren.
- Man organisiert ein Treffen mit der Gefängnisleitung und -verwaltung zum Thema Risikominderung. Hier ist Unterstützung von einflussreicher Seite (z.B. WHO, stellvertretende/r Leiter/in einer anderen Anstalt) hilfreich, sei es in schriftlicher Form (Literatur, Empfehlungsschreiben usw.) oder durch persönliche Anwesenheit.
- Man veröffentlicht einen Bericht über die Ergebnisse der Informationssammlung.
- Man verfasst Pressemitteilungen und veranstaltet öffentliche Aktionen.
- Man kombiniert mehrere der genannten Vorschläge.

Defizite zu erfassen, ist eine Sache, politische Veränderungen in Gang zu setzen, eine andere. Veränderungen zu erreichen, erfordert weit-

aus mehr als eine einzelne Aktion und daher eine langfristig angelegte Strategie. Man sollte sich realistische Ziele setzen und sich über jeden kleinen Fortschritt in Richtung „mehr Gesundheit in Haft“ freuen.

10.2 EINSATZ EINES FRAGEBOGENS

Eine gute Methode, mit Gefangenen in Kontakt zu kommen, ist der Einsatz eines Fragebogens. Dazu braucht man die Genehmigung und Unterstützung der Anstaltsleitung. Auch hier ist Anonymität gefragt, sprich: die Gefängnisleitung erhält keinen Zugang zu den gesammelten Daten.

Kleinere Untersuchungen lassen sich leicht mit einem Fragebogen durchführen. Er ermöglicht es, einen Einblick in den zu erforschenden Gegenstand zu gewinnen und bei den Gefangenen als Drogenberater/-in bekannt zu werden. Gefangene um Informationen zu bitten, zeigt ihnen, dass man sie ernst nimmt und auf ihre Auskünfte angewiesen ist. Ein Nebeneffekt einer solchen Befragung ist möglicherweise ein gesteigertes Bewusstsein gegenüber dem untersuchten Gegenstand (z. B. den Infektionsrisiken in Haft). Und nicht zuletzt kann das per Fragebogen Ermittelte den Weg für eine veränderte Drogenpolitik des Gefängnisses bereiten.

Ein Fragebogen sollte immer demografische Daten erheben. Dazu gehören unter anderem Alter, Geschlecht, Nationalität, schulische und berufliche Bildung. Die Befragung muss selbstverständlich anonym sein. Kann Anonymität nicht garantiert werden, ist damit zu rechnen, dass der Fragebogen nicht ausgefüllt wird oder falsche Angaben enthält.

Per Fragebogen lassen sich alle möglichen Daten ermitteln. Folgende Gegenstände könnten z. B. von Interesse sein:

- Bedarf und Bedürfnisse (siehe Teil III, Kap. 10.1)
- Themen der Drogen- und HIV/Aids-Beratung
- Praktiken der Risikominderung
- Inanspruchnahme der Impfung gegen Hepatitis A und B

- allgemeine hygienische Bedingungen
- Methoden der Entgiftung
- Praxis der Substitutionsbehandlung
- Spritzenvergabe.

Befragungen sollten immer gründlich vorbereitet und ausgewertet werden – dies gerade dann, wenn es sich um politisch brisante Themen handelt. Für das Management komplexer Daten ist allerdings jede Menge Know-how und Erfahrung erforderlich. Daher sollten zu Beginn kleinere Bereiche untersucht werden, z.B.:

- Preise für Spritzen und Filter
- Methoden der Spritzenreinigung
- Wissen über die Übertragungswege von Infektionskrankheiten
- Zugang zu Kondomen
- Tätowiermethoden.

Der Fragebogen sollte möglichst zusammen mit einem/einer Wissenschaftler/in oder einer Person mit vergleichbarer Qualifikation entwickelt werden. Allen Beteiligten ist zu erklären, wie der Fragebogen aufgebaut ist und was abgefragt wird. Alle Schwierigkeiten, die während der Befragung auftauchen könnten, sollten besprochen werden.

Die Datenerhebung sollte man auf einen überschaubaren Zeitraum begrenzen. Zu bedenken ist, dass die Datenauswertung mindestens genauso viel Zeit in Anspruch nimmt. Auch hier sollte man sich von erfahrenen Leuten unterstützen lassen.

10.3 ENTWICKLUNG VON INFO-MATERIALIEN

Broschüren und Faltblätter kann man einsetzen, um Drogen gebrauchende Gefangene über gesundheitliche Risiken zu informieren, und sie helfen dabei, Kontakt zu Menschen dieser Zielgruppe aufzunehmen. Printmedien – egal welcher Art – sollten immer leicht zu lesen und durch Abbildungen aufgelockert sein. Außerdem ist kenntlich zu machen, wer die Broschüre oder das Faltblatt verfasst hat. Nützliche und sachliche Informationen tragen zur Glaubwürdigkeit derjenigen bei, aus deren Hand man sie bekommt.

Printmedien können über ganz verschiedene Themen informieren, z. B. über

- die Aufgaben und Ziele der Drogenberatung im Gefängnis
- Maßnahmen zur Minderung gesundheitlicher Risiken
- Veranstaltungen für und mit Drogen gebrauchenden Gefangenen (z. B. Filme, Sportprogramm, Diskussionen, Seminare)
- einzelne Aspekte der Risikominderung (z. B. Wirkungen und Risiken von Drogen, Infektionskrankheiten, Safer Use, Safer Sex, Test-Beratung, Maßnahmen der Ersten Hilfe bei Drogennotfällen). Nützliche Hinweise für die Erstellung solcher Info-Materialien enthält Teil II dieses Handbuchs.

Die Aufnahmephase eignet sich besonders, um Kontakt mit den Neuzugängen aufzunehmen und sie mit Informationen und Ratschlägen zu versorgen. Eine Broschüre vermag diejenigen zu unterstützen, die zum ersten Mal im Gefängnis sind, und kann als freundliche Geste gegenüber Neuankömmlingen verstanden werden.

10.4 HERAUSGABE EINER GEFANGENENZEITUNG

Eine Zeitung kann besonders hilfreich sein, wenn sie in der Zielgruppe zu einem „Begriff“ geworden ist. Das Verteilen einer neuen Ausgabe erleichtert es, mit Leuten in Kontakt zu kommen, die bereits die Zeitung kennen.

Wer eine Zeitung herausbringen möchte, sollte sich vorher über die Ziele klar werden. Ziele können z. B. sein:

- Drogen gebrauchende Gefangene über gesundheitliche Themen, insbesondere Risikominderung informieren
- ein Sprachrohr sein für Drogen gebrauchende Gefangene, um ihre „Peers“ über alle Angelegenheiten, die sie betreffen, auf dem Laufenden zu halten
- ein Sprachrohr sein für Drogen gebrauchende Gefangene, um sich bei anstaltsinternen Instanzen, bei Politiker(inne)n und in der Öffentlichkeit Gehör zu verschaffen.

Meist verfolgen Gefangenenzeitungen nicht nur eines dieser Ziele. Trotzdem: ein Kernziel sollte man schon definieren, damit sich alle, die für das Blatt schreiben, entsprechend orientieren können.

Eine Zeitung oder Zeitschrift kann dem Anliegen „Risikominderung“ auf mehrere Weise dienen:

- Über das Verteilen können Kontakte geknüpft und gepflegt werden. Diese Kontakte ermöglichen es, über Möglichkeiten der Risikominderung zu informieren und Anregungen für Zeitungsartikel zu erhalten.
- Man kann sich auf bestimmte Artikel beziehen und auf diese Weise ins Gespräch kommen.
- Man kann die Leser/innen zum Thema „Infektionsrisiken und Möglichkeiten der Risikominderung“ befragen.

Informative Beiträge sind besonders wirksam, wenn sie die Lebensweise der Zielgruppe zum Ausgangspunkt nehmen. Ein gutes Beispiel dafür ist die Mainline Foundation in Amsterdam/Niederlande. Mainline gibt ein professionell gestaltetes Magazin heraus, das HIV-präventi-

ve Botschaften und allgemeine gesundheitliche Informationen z.B. in Beiträge zum Leben auf der Straße, zur Prostitution, zum Verlieben und Verliebtsein, zu Angeboten für Drogenkonsument(inn)en oder in Lebensgeschichten und Comics einbettet. Fast alle Beiträge gründen auf den Erfahrungen von Drogengebraucher(inne)n oder reflektieren diese. Das Magazin wird auf der Straße direkt an Drogengebraucher/innen verteilt. Auf diese Weise wird Kontakt aufgenommen, um über gesundheitliche Fragen und Probleme oder über Safer Sex und Safer Use zu reden. Die Mainline-Mitarbeiter/innen informieren aber nicht nur, sondern erhalten selbst Informationen „von der Straße“, die sie wiederum für ihre Beiträge verwenden.

Eine Zeitschrift regelmäßig herauszugeben, ist mit enorm viel Arbeit verbunden. Umfang und Erscheinungshäufigkeit sollten entsprechend den personellen und zeitlichen Ressourcen der herausgebenden Person(en) oder Organisation gewählt werden. Eine kleine, regelmäßig erscheinende Zeitschrift ist besser als ein dickes Magazin, das nur sporadisch herauskommt.

In vielen europäischen Haftanstalten werden Gefängniszeitungen meist von Gefangenen selbst produziert, gelegentlich gibt es Unterstützung von draußen. Mit Hilfe dieser Zeitungen kann das öffentliche Bewusstsein für die Menschenrechte allgemein und für die Situation von Gefangenen im Besonderen geschärft werden. Eine Gefängniszeitung ist ein ideales Forum, um mit Menschen „hinter Gittern“ in einen Dialog zu treten. Fragen der Risikominderung lassen sich in einen größeren gesundheitlichen Zusammenhang einbetten (z.B. in das Thema Hygiene). Die Situation Drogen konsumierender Häftlinge kann auf verschiedene Weise – in fachlichen Beiträgen, Reportagen, Fotos, Cartoons – dargestellt werden. Da auch Gefängnismitarbeiter/innen das Magazin lesen, kann es als Bindeglied zwischen den verschiedenen Gruppen fungieren, die in Haftanstalten leben und arbeiten.

10.5 ORGANISIEREN VON VERANSTALTUNGEN

Für Drogen gebrauchende Gefangene Veranstaltungen zu organisieren, kann ein wichtiges Element im Rahmen der Einführung risikomindernder Maßnahmen sein. Hier empfiehlt es sich, Kontakt mit Gefangenen aufzunehmen, vor allem mit sogenannten Schlüsselpersonen. Zwei Veranstaltungstypen bieten sich an: informative Treffen und Freizeitaktivitäten.

Informative Treffen

Informative Treffen, bei denen Fragen und Probleme des Alltags aufgegriffen werden, sollten eigentlich regelmäßig stattfinden. Die Möglichkeiten sind jedoch begrenzt, abhängig von den jeweiligen Bedingungen der Haftanstalt. Wenn möglich, sollten auswärtige Expert(innen) eingeladen werden (Mediziner/innen, Jurist[inn]en, Abgeordnete, Epidemiolog[inn]en usw.). Mögliche Themen solcher Treffen:

- HIV und Hepatitis B/C
- Leben nach der Haft, z.B. soziale Rehabilitation, Wohnung, Arbeitsplatz und Ausbildung, Partnerschaft
- Vorstellen externer Selbsthilfegruppen
- Rechtliches.

Der Erfolg eines Treffens hängt zum einen davon ab, wie dafür geworben wird (Sind Thema und Inhalt klar vermittelt worden?), zum anderen davon, wer das Treffen veranstaltet. Man braucht also eine Strategie, um möglichst viele Leute zu erreichen. Möglich ist z.B. der Einsatz von Broschüren, oder man bittet Gefangene (vor allem solche mit Schlüsselfunktion), ihre Mitgefangenen zu informieren.

Freizeitaktivitäten

Meist wird den Freizeitaktivitäten viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Wer sich für risikomindernde Maßnahmen engagiert, vergisst recht leicht, welche wichtige Funktion Spaß und Freude haben.

Man kann z. B. Fußballspiele, Tischtennis-Matches, Schach- und Dart-Wettkämpfe, Film- oder Musikveranstaltungen organisieren. Auch Benefiz-Auftritte von sozial engagierten Bands bieten sich an. Hier ist es allerdings wichtig, mit anderen Organisationen zu kooperieren, denn solche Veranstaltungen kosten meist viel Geld.

Bevor man ans Organisieren geht, sollte man sich unbedingt einen Überblick über die Nachfrage verschaffen.

11. PEER-SUPPORT IN HAFTANSTALTEN

Peer-Support meint die gegenseitige Unterstützung von Personen, die zur gleichen Gruppe gehören. Peers haben bestimmte Merkmale gemeinsam; so können z.B. eine Gruppe Fußballspieler/innen, eine Gruppe Politiker/innen oder eine Gruppe Schulkinder Peers sein. Im Folgenden geht es um die Peer-Gruppe der (intravenös) Drogen Gebrauchenden.

Seit Ende der 1980er-Jahre wuchs die Erkenntnis, dass Peer-Support ein effektiver Beitrag zur Risikominderung bei intravenös Drogen Gebrauchenden sein kann. In verschiedenen europäischen Ländern wurden entsprechende Projekte entwickelt, von Mitarbeiter(inne)n ebenso wie von Interessenvertretungen der Drogengebraucher/innen (vgl. National Committee on AIDS Control 1993). Außerdem gab es Bemühungen, Konsumenten(-Selbsthilfe)-Organisationen ins Leben zu rufen und zu unterstützen, hier besonders im Bereich der HIV-Prävention bei intravenös Drogen Gebrauchenden. Hintergrund war die Erkenntnis, dass die Bemühungen von Drogenhilfen und Gesundheitsämtern nicht ausreichten: Viele Konsument(inn)en waren ungenügend informiert, z.T., weil sie aufgrund ihres Misstrauens gegenüber jeder Organisation durch diese Form der Prävention nicht erreichbar waren.

Dass Peer-Education (Peer-Erziehung) und Peer-Support zur Risikominderung bei Drogenkonsument(inn)en beitragen kann, ließ sich schon früh belegen (vgl. z.B. Friedman u. a. 1987). In diesem Zusammenhang sind Insider-Informationen, persönliche Erfahrungen und Vertrauen wichtig – letzteres z.B. dann, wenn es um so persönliche Themen wie Drogengebrauch und Sex geht. Der wichtigste Faktor bei Peer-Education und Peer-Support im Hinblick auf Risikominderung und Selbstverantwortung ist der Einfluss von Vorbildern – der Zugang zu „sozialen Informationen“ ist wichtiger als die Vermittlung von Faktenwissen. Da

Peer-Leader (Peers mit Vorbildfunktion) mit den Normen der Gruppe vertraut sind, sind sie nicht nur vertrauenswürdig für ihre Peers, sondern ermöglichen es auch externen Kräften, zuverlässige Informationen über riskantes Verhalten zu sammeln. Was das Faktenwissen anbelangt, so haben sich vor allem spezielle Details wie z.B. das Infektionsrisiko durch Teilen des Löffels oder des Filters als wichtig erwiesen.

Peer-Support ist aber keineswegs etwas Neues; unter Drogengebraucher(inne)n gibt es Peer-Support, seit es Drogenkonsum gibt – umso ausgeprägter meist, je stärker sie unter Unterdrückung, Ausgrenzung und Ausschluss leiden, z.B. in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen. Zwar untergräbt die Gefängnissituation auch das Gruppengefüge, indem sie z.B. dazu führt, dass Konsument(inn)en sich gegenseitig bestehlen, und Unterdrückung und Marginalisierung mit sich bringt. Andererseits schafft die Gefängnissituation aber auch gegenseitige Solidarität und fördert somit den Gruppenzusammenhalt: Eine allen gemeinsame Bedrohung, ein gemeinsamer „Feind“ fördert die Geschlossenheit und die wechselseitige Unterstützung.

Peer-Support ist als Bestandteil des Alltagslebens im Allgemeinen nicht institutionalisiert, findet häufig sogar unwillkürlich statt, z.B. durch ein bestimmtes Verhalten, unbewusst und ohne ausdrückliche Absicht, die anderen zu unterstützen. Überhaupt umfasst Peer-Support als Mittel zur Risikominimierung wesentlich mehr als lediglich gezieltes sprachliches Eingreifen, geht es doch auch um den Gruppendruck, um Rollenvorbilder und anderes mehr. Wie in anderen Gruppen auch sind Einflussnahme und sogar aktive Unterstützung für Peers Teil einer unbewussten Routine und finden „automatisch“ statt.

Die von Drogenhilfen und anderen Einrichtungen initiierten und unterstützten institutionalisierten Peer-Support-Gruppen stellen also den Versuch dar, das Potenzial der gegenseitigen Unterstützung unter Drogenkonsument(inn)en zu nutzen, zu stützen und zu stärken. Dabei können professionelle Berater/innen eine wichtige Rolle spielen, indem sie sich z.B. um das Sammeln korrekter und relevanter Informationen kümmern und damit der Verbreitung von Falschinformationen vorbeugen. Darüber hinaus können sie Peers schulen (das heißt nicht nur Vermittlung von Faktenwissen zur Risikominimierung, son-

dern auch Vermittlung von Fertigkeiten und von Methoden zur Weitergabe dieses Wissens und dieser Fertigkeiten) und ihnen zeigen, wie sie Einstellungen und soziale Normen wirksam beeinflussen können. Und nicht zuletzt können professionelle Berater/innen die wechselseitige Unterstützung unter intravenös Drogen Gebrauchenden stimulieren, beeinflussen und unterstützen, wie die Erfahrungen mit Peer-Support zeigen.

Vor dem Hintergrund dieser positiven Erfahrungen mit Peer-Support „draußen“ wurde diese Methode auch in Haftanstalten eingeführt (siehe Teil I, Kap. 1). Peer-Support im Gefängnis kann bei der Vermeidung „geteilter“ Risiken eine wichtige Rolle spielen, indem man Häftlinge so davon abbringt, riskantes Verhalten einfach ohne viel Nachdenken zu übernehmen. Und auch mit Blick auf „versteckte“ Risiken wie z.B. das Teilen von Wasser, Filtern oder Löffeln kann der Informationsaustausch unter Peers von großer Bedeutung sein. Besondere Aufmerksamkeit sollte man den spezifischen Beziehungen unter Drogenkonsument(inn)en in Haftanstalten (ökonomische Abhängigkeiten, sexuelle Beziehungen und anderes mehr) zukommen lassen, da sie Peer-Support beeinflussen können, und zwar nicht nur in negativer Hinsicht.

Die Vorteile von Peer-Support in Gefängnissen sind:

- Drogengebraucher/innen, insbesondere die Meinungsführer/innen, sind glaubwürdig und genießen das Vertrauen ihrer Mitgefangenen.
- Drogen gebrauchende Häftlinge können solche Peers mit Safer-Use-Botschaften erreichen und beeinflussen, die vom Gefängnispersonal nicht erreicht werden.
- Peers haben Informationen aus erster Hand, z.B. darüber, welche Substanzen oder welche Mischungen man besser meidet.
- Peers wissen, worüber sie reden, denn sie haben meist selbst Erfahrungen mit Risikosituationen (z.B. Überdosis, riskante Konsumformen, ungeschützter Sex).
- Auch wenn es nicht immer so aussehen mag, haben Drogengebraucher/innen ein persönliches Interesse an der Risikominimierung.
- Peer-Support ist eine „Schneeball-Strategie“ mit gutem Kosten-Nutzen-Verhältnis (vgl. auch Engelhardt 2000).

Die Erfahrung zeigt, dass Peer-Education im Gefängnis zum Abbau von Vorurteilen der Häftlinge gegenüber Menschen mit HIV beitragen kann. So sprachen sich nach der Durchführung eines entsprechenden australischen Programms 71% der befragten Häftlinge dagegen aus, HIV-positive Gefangene von ihren Mitgefangenen abzugrenzen. Hintergrund: Die Gefangenen waren gut über die HIV-Übertragungswege informiert; so wussten über 98% von ihnen, dass sie sich nicht bei Alltagskontakten anstecken können (gemeinsam einen Apfel essen oder eine Zigarette rauchen, dieselbe Toilette benutzen, Küsse). Darüber hinaus wussten 99,4% von der Gefahr einer HIV-Übertragung bei hochriskantem Verhalten wie Needle-Sharing und Sex ohne Kondom (Taylor 1994).

Grundvoraussetzung für erfolgreiche Peer-Support-Maßnahmen ist die Schulung dieser Peers in Inhalten und Methoden (siehe Teil II und III). Dabei kann man einzelne Drogenkonsument(inn)en zu Peer-Tutor(inn)en schulen oder mit Gruppen arbeiten. Bei Schulungen von Häftlingen sollte ein „Schneeball“-Effekt angestrebt werden, u. a. geschulte Gefangene geben ihr Wissen an ihre Mithäftlinge weiter.

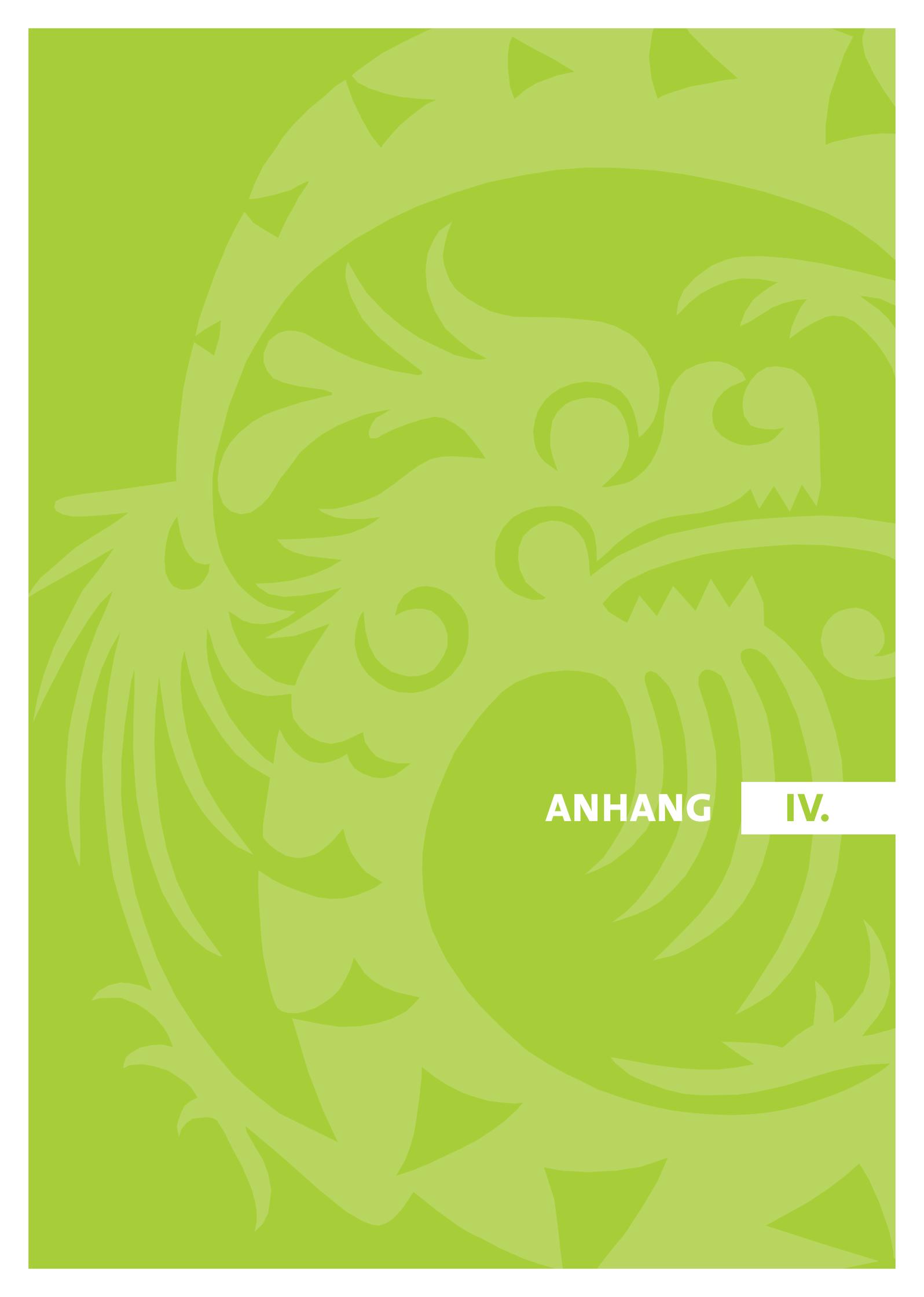
Ein „gemischtes“ Seminar mit Gefangenen und Bediensteten, bei dem man die Möglichkeiten von Peer-Support als Teil der Strategie zur Risikominimierung vorstellt und darüber diskutiert, kann ein guter Ausgangspunkt für Peer-Support-Maßnahmen sein. Wichtig ist, dass die Bediensteten zu Beginn über Peer-Support als Teil einer breit angelegten Einführung von Maßnahmen zur Risikominimierung informiert werden (z. B. im Rahmen eines Seminars zu Drogengebrauch im Allgemeinen) und solche Maßnahmen auch akzeptieren.

Peer-Support kann hilfreich sein bei der Kontaktaufnahme mit Drogen konsumierenden Gefangenen, die vom Gefängnispersonal oder externen Mitarbeiter(inne)n nicht erreicht werden können. Peers können bei der Beratung, bei Schulungen/Trainings sowie bei unterstützenden Maßnahmen und Angeboten eine Rolle spielen.

Zusätzlich zur Unterstützung durch und für Insass(inn)en können Maßnahmen zur Risikominimierung z. B. auch von kommunalen Orga-

nisationen durchgeführt werden, die zugehende Sozialarbeit mit injizierenden Drogengebraucher(inne)n leisten. So hält z.B. die niederländische Gesundheits- und Präventionsorganisation „Mainline“ durch niedrigschwellige Beratung im Gefängnis den Kontakt zu inhaftierten Drogenkonsument(inn)en; in Einzelgesprächen wird dabei über Gesundheitsfragen, riskantes Verhalten und Risiken des Drogenkonsums gesprochen. Als Organisation „von außen“ steht sie dabei für ein gewisses Maß an Unabhängigkeit und Vertrauenswürdigkeit. Eine Evaluation dieser Arbeit zeigte,

- dass die Akzeptanz bei Gefangenen, Personal und Verwaltung hoch war;
- dass sie die Chancen erhöhte, den Kontakt mit den Gefangenen auch nach der Entlassung aufrechtzuerhalten;
- dass sie als wertvolle Ergänzung zu den sozialen Unterstützungsstrukturen für Drogenkonsument(inn)en angenommen wurde;
- dass diese Maßnahme zur Risikominimierung kosteneffizient ist.



ANHANG IV.



1. LITERATUR

Bammann/Rademacher 2009

Sexualität in Haft und sexuell übertragbare Krankheiten. In: Keppeler/Stöver (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme, 188 ff.

Barendregt/Trautmann 1996

Barendregt, C./Trautmann, F.: With a little help from my friends. A survey on non-intentional peer-influences among drug users. Utrecht: Trimbo-Institut 1996

Birkelbauer 2014

Birkelbauer, A. (2014): Studie: Opioidgestützte Behandlung im Gefängnis und nach Haftentlassung. JKU – Linz, Oktober 2014, S. 120

Blekman/van Emst 1997

Blekman, J./van Emst, A.: Alles onder controle!?! Een programma op basis van motiverings en zelfcontrole technieken. Arnhem/Utrecht: Gelders Centrum voor verslavingszorg/Trimbo-Institut 1997

Bolli 2001

Bolli, K.: „Taschen-Apotheke“ zur ersten Hilfe und Infektions-Prophylaxe. In: Jacob, J./Keppeler, K./Stöver, H. (Hg.): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug* (AIDS-FORUM DAH, Bd. 42), Teilband 2, S. 62f. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001

Correctional Service Canada 1996

Correctional Service Canada (CSC): Correctional Service of Canada Educational Package – National Bleach Kit Distribution Program. Ottawa: CSC 1996

Council of Europe/Committee of Ministers 1998

Council of Europe/Committee of Ministers: Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison. Brüssel: CoE/CM 1998

Cramer/Schippers 1994

Cramer, E. A. S. M./Schippers, G. M.: Zelfcontrole en ontwenning van harddrugs. Nijmegen: University of Nijmegen Research Group on Addictive Behaviours 1994

DAH 2014

Betreuung im Strafvollzug. Ein Handbuch 2014

DAH/akzept 2010

Drogentod nach Haftentlassung. Deutsche AIDS-Hilfe und Akzept fordern Justizvollzug zum sofortigen Handeln auf. Pressemitteilung <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/pressemitteilung-drogentod-nach-haftentlassung>

Dolan 1995

Dolan, K.: Bleach Availability and Risk Behaviours in Prison in New South Wales (Technical Report No. 22). Sydney: National Drug and Alcohol centre 1995

EMCDDA 2000

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Annual Report 2000. Lissabon: EMCDDA 2000

EMCDDA 2012

Prisons and Drugs in Europe. The problem and responses. 2012 <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>

Engelhardt 2000

Engelhardt, J.: Two Models of Harm Reduction Activities within the Prison Walls: Outreach Work in the Netherlands vs. Peer Support in Russia. Vortrag auf der Konferenz „Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System“, Hamburg, 22.–25. November 2000

Friedman u. a. 1987

Friedman, S. R./Des Jarlais, D. C./Sotheran, J. L./Garber, J./Cohen, H./Smith, D.: AIDS and self-organisation among intravenous drug users. In: *The International Journal of the Addictions*, 22(3), S. 201–219

Haslam u. a. 1999

Haslam, P. u. a.: Evaluation of HIV/AIDS Harm Reduction Measures in the Correctional Service of Canada. Performance Assurance Sector. Ottawa: Correctional Service of Canada 1999

Hedrich 2001

Hedrich, D.: Lessons Learned on Drug Abuse and HIV/AIDS. Case Studies Booklet. Central and Eastern Europe and the Central Asian Republics. UNAIDS/UNDCP: Genf 2001 (http://www.undcp.org/pdf/report_2001-08-31_1.pdf)

Inciardi (Hg.) 1993

Inciardi, J. A. (Hg.): Drug Treatment and Criminal Justice. Newbury Park/London/New Delhi: Sage Publications 1993

Jacob/Keppler/Stöver (Hg.) 2001

Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg.): LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug (AIDS-FORUM DAH, Bd. 42). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001

Jako/Stöver/Pfeiffer/Gerschel 2013

Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. In: *Sucht* 1/2013

Kingma/Goos 1997

Kingma, S./Goos, C.: Drugs and AIDS in Prisons in Europe: A Perspective from UNAIDS and WHO. In: *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, Amsterdam 1997, S. 5 ff.

Laporte 1997

Laporte, J.-D.: Results of a Survey in European Prisons, carried out at the request and with the support of UNAIDS and WHO/EURO. Presented on the joint WHO/UNAIDS European seminar on HIV/AIDS, sexually transmitted diseases and tuberculosis in prisons, Warschau, 14.–16. Dezember 1997

Mainline 1997

Rate your Risks (englisch, italienisch und deutsch). Utrecht/Amsterdam: Trimbos-Institut/Stichting Mainline 1997 (<http://www.drugtext.org/library/books/raterisks/default.htm>)

Mainline Magazine 1997

Mainline Magazine (hg. von der Stichting Mainline): Special Edition 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, S. 18–19

Marshall/Simpson/Stevens 1998

Marshall, T./Simpson, S./Stevens, A.: Alcohol and drug misuse. Birmingham: University of Birmingham/Department of Public Health and Epidemiology 1998, S. 58–63

Murtagh 1996a

Murtagh, B.: Manuals for training young people as peer educators. Book 2: Training peer educators. Dublin: National Youth Federation 1996

Murtagh 1996b

Murtagh, B.: Manuals for training young people as peer educators. Book 3: HIV/AIDS and sexuality. Dublin: National Youth Federation 1996

Muscat 2000

Muscat, R.: Drug Use in Prison. (Project of the Group of Experts in Epidemiology of Drug Problems: Final report). Brüssel: Rat der Europäischen Union 2000 (im Internet unter <http://www.coe.int> abzurufen)

National Committee on AIDS Control 1993

National Committee on AIDS Control: Encouraging peer support for risk reduction among injecting drug users. Amsterdam: NCAB 1993

Pont/Kastelic/Stöver/Ritter/Knorr 2012

Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfadens. Deutsche AIDS-Hilfe. Berlin 2012

Reyes 2000

Reyes, H.: HIV Prevention in Prisons: How useful exactly is condom distribution? Vortrag auf der Konferenz „Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System“, Hamburg, 22.–25. November 2000

Schippers/van der Hurk/Breteler/Meerkerk 1998

Schippers, G. M./van der Hurk, A. A./Breteler, M. H. M./Meerkerk, G.-J.: Effectiveness of a Drug-Free Detention Treatment Program in a Dutch Prison. In: *Substance Use and Misuse*, 33(4), S. 1027–1046

Statistisches Bundesamt 2014

Strafvollzug. Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. – www.destatis.de

Stauffacher 1999

Stauffacher, M.: Treated Drug Users in 23 European Cities. Data 1997, Trends 1996–97 (Pompidou Group Project on Treatment Demand: Final report). Brüssel: Rat der Europäischen Union 1999 (im Internet unter <http://www.coe.int> abzurufen)

Stöver/Knorr 2014

HIV- und Hepatitis-Prävention in Haft: Keine Angst vor Spritzen!, 10.12.13 in Berlin. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg 2014

Stöver/Nelles 2003

Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European Prisons. In: *International Journal of Drug Policy* Dec./2003, Volume 14, Issues 5-6), pp 437–444

Stöver 2012

Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. In: *Suchttherapie* 13 2012, S. 74–80

Taylor 1994

Taylor, S: NSW Prison HIV Peer Education Program. An Evaluation. Sydney: NSW Department of Corrective Services 1994

The Scotsman 1998

Scottish prisons to stay tough on cannabis. In: *The Scotsman* vom 13. Mai 1998

Todts u. a. 1997

Todts, S. u. a.: Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. In: *Arch. Public Health*, 55, S. 87–97

Tomasevski 1992

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

Trabut 2000

Trabut, C.: French Report. In: *Muscat 2000*, S. 33–42

Trautmann/Barendregt 1994

Trautmann, F./Barendregt, C.: The European Peer Support Project „Encouragement, development and support of AIDS prevention by peer support in intravenous drug user communities“. Utrecht: NIAD 1994

Trautmann 1995

Trautmann, F.: Peer support as a method for risk reduction in injecting drug-user communities: experiences in Dutch projects and the „European Peer Support Project“. In: *Journal of Drug Issues*, 25(3), 1995, S. 617–628

Todts/Gilbert/Malderen/Huyck/Saliez/Hogge 2008

Usage de drogue dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires, Modus Vivendi 2008

Turnbull/Power/Stimson 1996

Turnbull, P./Power, R./Stimson, G.: „Just using old works“: injecting risk behaviour in prison. In: *Drug and Alcohol Review*, 15, S. 251–260

UNODC 2015

Handbuch: Einführung und Umsetzung von Spritzenvergabeprogrammen in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen (Übersetzung der englischen Vorlage des UNODC). Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2015

UNODC/WHO 2014

Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. (Gute Führung der Gefängnisse für mehr Gesundheit im 21. Jahrhundert. Hintergrundpapier zum Gesundheitswesen im Strafvollzug)

<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.-a-policy-brief-on-the-organization-of-prison-health>

UNODC/UNAIDS/WHO 2012

HIV testing and counselling in prisons and other closed settings. Technical paper 2012

http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Final_UNODC_WHO_UNAIDS_technical_paper_2009_TC_prison_ebook.pdf

Verpalen/Trautmann 1997a

Verpalen, R./Trautmann, F.: The European Peer Support Project Phase 3, „Encouragement, development and support of peer support aiming at harm reduction in IDU communities“. Final report. Utrecht: Trimbos-Institut 1997

Verpalen/Trautmann 1997b

Verpalen, R./Trautmann, F.: The European Peer Support Project Phase 3. Evaluation of phase one and two. Utrecht: Trimbos-Institut 1997

WHO 1993

Guidelines on HIV and AIDS in Prisons. Genf: WHO 1993

WHO-Europe 1997

WHO-Regional Office for Europe: HIV/AIDS, Sexually Transmitted Diseases and Tuberculosis in Prisons. Report on a joint WHO/UNAIDS European seminar. Warschau, 14.–16. Dezember 1997. Kopenhagen: WHO-Europe 1998

(im Internet unter <http://www.who.dk/document/e59287.pdf>)

WHO-Europe 1998

WHO Regional Office for Europe: Principles for preventing HIV infection among drug users. Kopenhagen: WHO-Europe 1998

2. AUSWERTUNGSBÖGEN FÜR SCHULUNGEN – BEISPIELE

Auswertung des Trainings (Bogen für den Trainer/die Trainerin)

Datum:

Ort:

Zeit:

Trainer/in:

Teilnehmerzahl

Drogenkonsument(inn)en:

Bedienstete:

Freiwillige:

Gesamtzahl:

Sofern die Gruppe gemischt war: Haben Sie irgendwelche Spannungen unter den Teilnehmer(inne)n bemerkt?

.....

.....

.....

.....

Programm (Bitte legen Sie das Programm bei)

Ich war zufrieden mit dem Training ja nein

Ich fühlte mich bei der Vorbereitung gut unterstützt ja nein

* Hinweis: Das linke der beiden mittleren Kästchen bedeutet „eher ja“, das rechte „eher nein“.

IV.2

Ich finde, dass diesem Training
weitere folgen sollten

ja ○ ○ ○ ○ nein

Wenn ja: Welche Art von Fortsetzung ist Ihrer Meinung nach nötig?

.....

.....

.....

.....

Nach meinem Eindruck führte der unter-
schiedliche Hintergrund der Teilnehmer/-
innen zu starken Spannungen

ja ○ ○ ○ ○ nein

Die Trainingsinhalte waren dem
Informationsstand der
Teilnehmer/innen angemessen

ja ○ ○ ○ ○ nein

Die Vermittlungsmethoden waren gut
auf die Teilnehmer/innen zugeschnitten

ja ○ ○ ○ ○ nein

Die Anwesenheit von Beobachter(inne)n
behinderte die Teilnehmer/innen, sich
offen zu äußern

ja ○ ○ ○ ○ nein

Das Training behandelte folgende Themen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Ziele hatte das Training?

.....

.....

.....

.....

.....

Welche dieser Ziele wurden Ihrer Meinung nach nicht erreicht?
Warum nicht?

.....

.....

.....

.....

.....

Geben Sie eine kurze Beschreibung der Vermittlungsmethoden:

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Botschaften kamen bei den Teilnehmer(inne)n am besten an?
Warum?

.....

.....

.....

.....

.....

IV.2

Welche Botschaften kamen Ihrer Meinung nach weniger gut an?
Warum?

Welche Vermittlungsmethoden wurden am besten angenommen?
Warum?

Welche Vermittlungsmethoden wurden weniger gut angenommen?
Warum?

Weitere Bemerkungen bitte hier:

Danke für die Zusammenarbeit!

Auswertung des Trainings (Bogen für Inhaftierte)

Datum:

Allgemein

Das Training hat mich zur Beschäftigung mit Risikominimierung angeregt ja nein*

Ich kann dieses Training oder Teile davon auf meine persönliche Situation anwenden ja nein

Ich denke, ich kann jetzt leichter die richtigen Entscheidungen zur Risikominimierung treffen ja nein

Das Training hat mir Spaß gemacht ja nein

Ich habe mich am Veranstaltungsort nicht wohlgefühlt ja nein

Das Training war zu theorielastig ja nein

Das Training enthielt zu viele Übungen ja nein

Im Training wurde zu viel diskutiert ja nein

Bei Teilen des Trainings fiel es mir schwer, mich zu konzentrieren ja nein

Bei Ja bitte begründen (dauerte zu lange, war langweilig, ermüdend)

.....

.....

.....

.....

* Hinweis: Das linke der beiden mittleren Kästchen bedeutet „eher ja“, das rechte „eher nein“.

Safer Use

Durch das Training habe ich besseren
Einblick in die richtigen Methoden zur
Injektionsvorbereitung bekommen

ja nein

Aufgrund des Trainings bin ich in der Lage,
meine Injektionstechnik zu verbessern

ja nein

Was Safer Use angeht, habe ich einiges
dazugelernt

ja nein

Wenn Ja – was haben Sie über Safer Use dazugelernt?

.....

.....

.....

Ich fühle mich jetzt besser dazu in der Lage,
mit Hindernissen umzugehen, die dem
richtigen Injizieren evtl. im Wege stehen

ja nein**Safer Sex**

Nach dem Training kann ich jetzt besser
Kondome überziehen

ja nein

Ich habe in Sachen Safer Sex einiges
dazugelernt

ja nein

Wenn Ja – was haben Sie über Safer Sex gelernt?

.....

.....

.....

.....

Durch das Training habe ich Einblick in die Anwendung von Kondomen gewonnen ja nein

Nach dem Training bin ich mir sicherer, wie ich zukünftig Safer Sex praktizieren kann ja nein

Risikominimierung allgemein

In Bezug auf Risikominimierung habe ich Neues dazugelernt ja nein

Wenn Ja – was haben Sie über Risikominimierung gelernt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ich denke, ich kann jetzt besser mit dem Thema Risikominimierung umgehen ja nein

Organisation

Ich kann jetzt anderen Drogenkonsument(inn)en risikominimierende Maßnahmen nahebringen ja nein

Ich weiß jetzt, wo und wie ich Unterstützung für risikominimierende Maßnahmen bekommen kann ja nein

Ich habe konkrete Ideen für risikominimierende Maßnahmen ja nein

Prävention

Ich glaube, dass ich anderen Drogenkonsument(inn)en das Thema Safer Sex nahebringen kann

ja nein

Das Training lieferte genügend Material, um ein entsprechendes Training für Drogenkonsument(inn)en zusammenzustellen

ja nein

Das Training hat mich zum Nachdenken darüber angeregt, wie Informationen über Safer Use verbreitet werden können

ja nein

Das Training hat mir gezeigt, wie man Informationsmaterial und Materialien zur Risikominimierung nutzen kann

ja nein

Ich habe gelernt, wie ich besser mit Drogenkonsument(inn)en über Risikominimierung ins Gespräch kommen kann

ja nein

Welcher Teil des Trainings gefiel Ihnen am besten? Warum?

.....

.....

.....

.....

Welcher Teil des Trainings gefiel Ihnen am wenigsten? Warum?

.....

.....

.....

.....

IV.2

Haben Sie Anmerkungen zum Trainer/zur Trainerin?

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Informationen fehlten Ihrer Meinung nach in diesem Training?

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie Vorschläge oder Bemerkungen?

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

IV.2

Auswertung des Trainings (Bogen für Bedienstete)

Datum:

Allgemein

Das Training hat mich zur Beschäftigung mit Risikominimierung angeregt ja nein

Ich kann dieses Training oder Teile davon auf meine persönliche Situation anwenden ja nein

Ich denke, ich kann jetzt leichter die richtigen Entscheidungen zur Risikominimierung treffen ja nein

Das Training hat mir Spaß gemacht ja nein

Ich habe mich am Veranstaltungsort nicht wohlfühlt ja nein

Das Training war zu theorielastig ja nein

Das Training enthielt zu viele Übungen ja nein

Im Training wurde zu viel diskutiert ja nein

Bei Teilen des Trainings fiel es mir schwer, mich zu konzentrieren ja nein

Bei Ja bitte begründen (dauerte zu lange, war langweilig, ermüdend)

.....

.....

.....

.....

* Hinweis: Das linke der beiden mittleren Kästchen bedeutet „eher ja“, das rechte „eher nein“.

Safer Use

Was Safer Use angeht, habe ich einiges dazugelernt

ja nein

Wenn Ja – was haben Sie über Safer Use dazugelernt?

.....

.....

.....

Ich fühle mich dem Umgang mit dem Thema Safer Use besser gewachsen

ja nein

Safer sex

Ich habe in Sachen Safer Sex einiges dazugelernt ja nein

Wenn Ja – was haben Sie über Safer Sex gelernt?

.....

.....

.....

Ich bin jetzt eher in der Lage, mit dem Thema (Safer) Sex umzugehen

ja nein

Risikominimierung allgemein

In Bezug auf Risikominimierung habe ich Neues dazugelernt

ja nein

Wenn Ja – was haben Sie über Risikominimierung gelernt?

.....

.....

.....

Ich denke, ich kann jetzt besser mit dem
Thema Risikominimierung umgehen

ja nein

Organisation

Ich kann jetzt Kolleg(inn)en risiko-
minimierende Maßnahmen nahebringen

ja nein

Ich weiß jetzt, wo und wie ich Unterstützung
für risikominimierende Maßnahmen
bekommen kann

ja nein

Ich habe konkrete Ideen für risiko-
minimierende Maßnahmen

ja nein

Prävention

Ich glaube, dass ich Drogenkonsument(inn)en
das Thema Safer Sex nahebringen kann

ja nein

Das Training lieferte genügend Material,
um ein entsprechendes Training für Drogen-
konsument(inn)en zusammenzustellen

ja nein

Das Training hat mich zum Nachdenken
darüber angeregt, wie Informationen über
Safer Use verbreitet werden können

ja nein

Das Training hat mir gezeigt, wie ich
Informationsmaterial und Materialien zur
Risikominimierung einsetzen kann

ja nein

Ich habe gelernt, wie ich besser mit Drogen-
konsument(inn)en über Risikominimierung
ins Gespräch kommen kann

ja nein

Welcher Teil des Trainings gefiel Ihnen am besten? Warum?

.....

.....

.....

.....

Welcher Teil des Trainings gefiel Ihnen am wenigsten? Warum?

.....

.....

.....

.....

Haben Sie Anmerkungen zum Trainer/zur Trainerin?

.....

.....

.....

.....

Welche Informationen fehlten Ihrer Meinung nach in diesem Training?

.....

.....

.....

.....

Haben Sie Vorschläge oder Bemerkungen?

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

IV.2

3. ABKÜRZUNGEN

Aids = Acquired Immune Deficiency Syndrome
(erworbenes Immunschwäche-Syndrom)

EMCDDA = European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
(Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)

EPSP = European Peer Support Project

EPSM = European Peer Support Manual
(Trautmann, F./Barendregt, C.: The European Peer Support Manual – peer support as a method for AIDS prevention in IDU communities. Utrecht: Trimbos-Institut 1994)

EU = Europäische Union

HIV = Human Immunodeficiency Virus
(menschliches Immunschwäche-Virus)

IDU = Injecting Drug User (injizierende/r Drogengebraucher/in)

i. v. = intravenös

NGO = Non-Governmental Organisation
(Nichtregierungsorganisation)

STI = Sexually Transmitted Infection
(sexuell übertragbare Infektion)

UNAIDS = Joint UN Program on HIV/AIDS
(AIDS-Programm der Vereinten Nationen)

WHO = World Health Organization
(Welt-Gesundheits-Organisation)

4. NÜTZLICHE WEBSEITEN

- Amnesty International: <http://www.amnesty.org>
- Archiv für Drogenliteratur (ARCHIDO): <http://www.archido.de>
- Association for the Prevention of Torture: <http://www.apt.ch>
- Canadian HIV/AIDS Legal Network: <http://www.aidslaw.ca>
- Central and Eastern Europe Harm Reduction Network (CEEHRN): <http://www.harm-reduction.org>
- Council of Europe (Europarat): <http://www.coe.int>
- Danish Institute for Human Rights: <http://www.humanrights.dk>
- Drug Policy Alliance: <http://www.drugpolicy.org/>
- DRUGTEXT Internet Library: <http://druglibrary.net/frames2/drugtext.htm>
- Fédération Internationale des lignes des Droits de l'Homme (FIDH)/ International Federation of Human Rights: <http://www.fidh.org>
- Howard League for Penal Reform: <http://howardleague.org/>
- Human Rights Watch: <http://www.hrw.org>
- Interights (International Centre for the Legal Protection of Human Rights): <http://www.interights.org>
- International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy: <http://www.icclr.law.ubc.ca>
- International Centre for Prison Studies (ICPS): <http://www.kcl.ac.uk/schools/law/research/icps>
- International Committee of the Red Cross: <http://www.icrc.org>
- International Network on Therapeutic Jurisprudence:

IV.4

<http://www.therapeuticjurisprudence.org>

- International Prison Chaplains' Association – Europe:
<http://www.ipcaworldwide.org>
- International Rehabilitation Council for Torture Victims:
<http://www.irct.org>
- Lawyers for Human Rights: <http://www.lhr.org.za>
- Library of Congress/Country studies: <http://memory.loc.gov/frd/cs/>
- Moscow Center for Prison Reform:
<http://www.prison.org/english/index.htm>
- National Association for the Care and Resettlement of Offenders (NACRO): <http://www.nacro.org.uk>
- Oxford Centre for Criminological Research:
<http://www.crim.ox.ac.uk>
- Raoul Wallenberg Institute of Human Rights and Humanitarian Law: <http://www.rwi.lu.se>
- Rechts- und Kriminalwissenschaftliche Fakultät der Universität Lausanne: <http://www.unil.ch/droit/home.html>
- World Health Organisation: <http://www.who.org>
- WHO Regional Office for Europe/Health in Prisons Network:
<http://www.euro.who.int/prisons>

5. NÜTZLICHE ADRESSEN

Health in Prisons Project

c/o World Health Organization, Lars Moller
 Regional Office for Europe
 Coordination „Health in Prisons Project“,
 8 Scherfigsvej
 2100 Copenhagen
 Dänemark
 Tel.: + 45 (39) 17 12 14
 Fax: + 45 (39) 17 18 18
 E-Mail: lmo@euro.who.int
 Internet: <http://www.euro.who.int/prisons>

(ARCHIDO) Informations- und Forschungszentrum für Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente und Sucht

Postanschrift: Archido
 Fachhochschule Frankfurt – FB 4
 Prof. Dr. Heino Stöver
 Nibelungenplatz 1
 D-60318 Frankfurt am Main
 Tel.: (069)1533 2823
 E-Mail: hstoever@fb4.fh-frankfurt.de
 Internet: www.isff.info

Trimbos-Instituut – Netherlands Institute of Mental Health and Addiction Unit International Affairs Postbus 725

3500 AS Utrecht
 Niederlande
 Tel.: + 31 (30) 2 97 11 00
 Fax: + 31 (30) 2 97 11 11
 E-Mail: info@trimbos.nl
 Internet: www.trimbos.nl

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Tel.: (030) 69 00 87 45

Fax: (030) 69 00 87 42

E-Mail: baerbel.knorr@dah.aidshilfe.deInternet: www.aidshilfe.de

6. INTERNATIONALE LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN ZU HIV/AIDS IN GEFÄNGNISSEN

Rat der Europäischen Union – Ministerrat

Empfehlung Nr. R (98) 7¹

des Ministerrats an die Mitgliedstaaten
hinsichtlich der ethischen und
organisatorischen Aspekte der
Gesundheitsversorgung in Haftanstalten

**(beschlossen durch den Ministerrat am 8. April 1998,
auf dem 627. Treffen der stellvertretenden Minister)***

Nach den Bestimmungen in Artikel 15.b der Satzung des Rats der Europäischen Union empfiehlt der Ministerrat

angesichts der Tatsache, dass die medizinische Versorgung der Personen in Freiheit und in Haftanstalten auf den gleichen ethischen Grundsätzen beruhen sollte;

im Bewusstsein, dass Respekt gegenüber den Grundrechten der Häftlinge bedeutet, dass ihnen Präventivmaßnahmen und Gesundheitsversorgung gleicher Qualität wie der Allgemeinheit geboten werden;

in Anerkennung der Tatsache, dass die Ärzte in Haftanstalten oft vor schwierigen Problemen stehen, welche oft aus sich widersprechenden Erwartungen von Anstaltsleitung und Häftlingen rühren und deren Folgen vom Arzt daher die Einhaltung sehr strenger ethischer Richtlinien verlangen;

IV.6

angesichts der Tatsache, dass es im Interesse des Arztes sowie des übrigen medizinischen Personals einer Haftanstalt, der Insassen und der Anstaltsleitung liegt, künftig klare Vorstellungen über das Recht auf Gesundheitsversorgung in Haftanstalten und die besondere Rolle des Arztes einer Haftanstalt sowie des übrigen medizinischen Personals zu haben;

unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in Haftanstalten bestimmte Problemsituationen wie z.B. Überbelegung, Infektionskrankheiten, Drogenabhängigkeit, psychische Störungen, Gewalt, Beschränkung auf die Haftzelle oder Leibesvisitationen solide ethische Grundsätze bei Ausübung medizinischer Tätigkeiten erfordern;

mit dem Gedanken an das Europäische Menschenrechtsübereinkommen, die Europäische Sozialcharta und das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin;

unter Berücksichtigung des Europäischen Menschenrechtsübereinkommens zur Verhütung von Folter und grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe und der Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung in Haftanstalten, die im dritten allgemeinen Bericht über die Arbeit des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung zusammengefasst wurden;

mit Verweis auf seine Empfehlung Nr. R (87) 3 über die Grundsätze des Strafvollzugs in Europa, die hilft, ein Mindestmaß an Menschlichkeit und Menschenwürde in Haftanstalten zu gewährleisten;

mit Erinnerung an Empfehlung Nr. R (90) 3 über medizinische Forschung am Menschen und Empfehlung Nr. R (93) 6 über die kriminalistischen Aspekte der Kontrolle ansteckender Krankheiten, einschließlich Aids, und damit verbundener gesundheitlicher Probleme in Haftanstalten, sowie an den WHO-Leitfaden von 1993 über HIV-Infektion und Aids in Haftanstalten;

mit dem Gedanken an Empfehlung 1235 (1994) über Psychiatrie und Menschenrechte sowie Empfehlung 1257 (1995) über die Haftbedingungen in den Mitgliedsstaaten des Rats der Europäischen Union, die von der par-

¹ Gemäß Regel 10.2c der Verfahrensordnung für die Treffen der stellvertretenden Minister wird auf Verlangen der dänischen Delegation folgende Einschränkung aufgenommen: „Paragraph 72 des Anhangs ist für Dänemark nicht annehmbar in dem Ausmaß, dass es die Durchführung von Leibesvisitationen durch andere Personen als Ärzte erlaubt. Nach Auffassung der dänischen Behörden sollte eine Untersuchung von Körperhöhlen nur mit dem Einverständnis der betreffenden Person erfolgen.“

* Übersetzung: D & D International GmbH, Berlin

lamentarischen Versammlung des Rats der Europäischen Union erstellt wurden;

mit Verweis auf die Grundsätze der Medizinethik zum Schutz Inhaftierter und Strafgefangener vor Folter und grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, die 1982 von der UN-Generalversammlung beschlossen wurden;

mit Verweis auf bestimmte Erklärungen des Weltärztebunds (WMA) zur Medizinethik, insbesondere die Deklaration von Tokio (1975), die Deklaration von Malta über Hungerstreikende (1991) und die Erklärung zu Leibesvisitationen bei Häftlingen (1993);

unter Beachtung aktueller Reformen verschiedener Mitgliedsstaaten im Bereich Struktur, Organisation und Regulierung der Gesundheitsversorgung in Haftanstalten, besonders im Zusammenhang mit Reformen ihres Gesundheitswesens;

unter Berücksichtigung der verschiedenen Verwaltungsstrukturen der Mitgliedsstaaten, die jeweils eine Umsetzung der Empfehlungen auf nationaler Ebene und auf Ebene kleinerer Verwaltungseinheiten erfordert;

den Regierungen der Mitgliedsstaaten:

- ▶ die im Anhang dieser Empfehlung aufgeführten Grundsätze und Empfehlungen bei der Überarbeitung ihrer Gesetzgebung und Verfahren im Bereich der Gesundheitsversorgung in Haftanstalten zu berücksichtigen;
- ▶ diese Empfehlung und den erläuternden Bericht dazu so weit wie möglich zu verbreiten; besonders unter Personen und Gremien, die Präventivmaßnahmen und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten organisieren.

Anhang zu Empfehlung Nr. R (98) 7

I. Die wichtigsten Merkmale des Rechts auf Gesundheitsversorgung in Haftanstalten

A. Zugang zu einem Arzt

1. Wenn es sein Gesundheitszustand erfordert, sollte jeder Häftling, unabhängig von der Vollzugsform seiner Haft, bei Haftantritt und während seiner Haftzeit jederzeit und unverzüglich Zugang zu einem Arzt oder zu einer ausgebildeten Krankenschwester haben. Bei seiner Aufnahme in die Haftanstalt sollte jeder Häftling medizinisch untersucht werden. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf der Diagnose von psychischen Störungen, der psychologischen Gewöhnung an die Haftanstalt, von Entzugserscheinungen aufgrund von Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholkonsum sowie auf der Diagnose von ansteckenden und chronischen Krankheiten liegen.
2. Zur Gewährleistung der Gesundheitsversorgung der Häftlinge sollten in großen Vollzugseinrichtungen Ärzte und ausgebildete Krankenschwestern, je nach Zahl, Fluktuation und durchschnittlichem Gesundheitszustand der Insassen, auf Vollzeitbasis zur Verfügung stehen.
3. Die medizinische Abteilung einer Haftanstalt sollte zumindest in der Lage sein, ambulante Patienten und Notfälle zu behandeln. Macht der Gesundheitszustand eines Insassen eine Behandlung erforderlich, die nicht in der Haftanstalt erfolgen kann, sollte alles unternommen werden, um die erforderliche Behandlung unter Wahrung aller Sicherheitsmaßnahmen in Einrichtungen außerhalb der Haftanstalt zu ermöglichen.
4. Häftlinge sollten bei Bedarf zu jeder Tages- und Nachtzeit Zugang zu einem Arzt haben. Es sollte sich stets eine in erster Hilfe ausgebildete Person auf dem Gelände der Haftanstalt befinden. Tritt ein ernster Notfall auf, sollten der Arzt, ein Krankenpfleger und die Anstaltsleitung informiert werden. Aktive Mithilfe und Einsatz seitens des Wachpersonals ist unbedingt notwendig.
5. Zugang zu psychiatrischer Behandlung und Beratung sollte gewährleistet sein. Größere Vollzugseinrichtungen sollten über ein eigenes Team von Psychiatern verfügen. Ist ein solcher, zum Beispiel in kleine-

ren Einrichtungen, nicht vorhanden, sollte die Behandlung durch einen privat oder in einem Krankenhaus praktizierenden Psychiater gewährleistet werden.

6. Jeder Häftling sollte die Dienste eines ausgebildeten Zahnarztes in Anspruch nehmen können.
7. Die Anstaltsleitung sollte Kontakte und eine Zusammenarbeit mit öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen vor Ort organisieren. Da es nicht einfach ist, innerhalb einer Haftanstalt eine angemessene Behandlung für drogen-, alkohol- oder medikamentenabhängige Insassen anzubieten, sollten externe Fachärzte, die Abhängigen in Freiheit zur Seite stehen, zur Beratung und auch Behandlung herbeigezogen werden.
8. Gegebenenfalls sollten spezielle Leistungen für weibliche Häftlinge angeboten werden. Schwangere Insassinnen sollte medizinisch überwacht werden und die Möglichkeit haben, ihr Kind in einem Krankenhaus, das ihren Bedürfnissen am besten entspricht, außerhalb des Gefängnisses zur Welt zu bringen.
9. Auf dem Weg in ein Krankenhaus sollte der Patient, falls erforderlich, von einem Krankenpfleger oder einem Mitglied des medizinischen Personals begleitet werden.

B. Gleichstellung in der Versorgung

10. Die Gesundheitspolitik im Strafvollzug sollte in die Gesundheitspolitik auf nationaler Ebene eingebunden und mit ihr abgestimmt sein. Aufgabe der Gesundheitsdienste in Haftanstalten sollte die Bereitstellung medizinischer, psychiatrischer und zahnmedizinischer Behandlung sowie die Umsetzung von Hygiene- und Präventivmaßnahmen in mit der für die allgemeine Bevölkerung vergleichbarer Qualität sein. Die Ärzte einer Haftanstalt sollten sich Fachärzte hinzuziehen dürfen. Falls eine zweite Meinung erforderlich ist, so ist es Aufgabe des Gesundheitsdienstes, die Einholung einer solchen zu veranlassen.
11. Der Gesundheitsdienst einer Haftanstalt sollte über ausreichend und gut ausgebildetes medizinisches Personal, Pflegepersonal und technisches Personal sowie über geeignete Räumlichkeiten, Ausstattung und Geräte in gleicher oder zumindest vergleichbarer Qualität, wie man sie außerhalb der Haftanstalt findet, verfügen.

IV.6

12. Bei der Qualitätskontrolle in den Bereichen Hygiene, Gesundheitsversorgung und Organisation von Gesundheitsdiensten in Haftanstalten sollte entsprechend der nationalen Gesetzgebung das Gesundheitsministerium eine stärkere Rolle spielen. Eine klare Trennung von Verantwortungsbereichen und Amtsbefugnissen zwischen dem Gesundheitsministerium und anderen für die Umsetzung einer integrierten Gesundheitspolitik in Haftanstalten zuständigen Ministerien sollte vorgenommen werden.

C. Einverständnis des Patienten und Schweigepflicht

13. Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht sollte, wie bei jedem anderen Mitglied der Bevölkerung, gewährleistet und ebenso respektiert werden.
14. Sofern ein Häftling nicht an einer Krankheit leidet, die es ihm unmöglich macht, seinen Gesundheitszustand einzuschätzen, sollte er vor jeder körperlichen Untersuchung bzw. jeder Untersuchung seiner Körperstoffe vom Arzt um seine Einverständniserklärung gebeten werden, außer in gesetzlich geregelten Ausnahmefällen. Die Gründe für jedwede Untersuchung sollten dem Häftling offen erklärt und von ihm verstanden werden. Weiterhin sollten den Häftlingen auch die Indikation für die Verabreichung von Medikamenten und dabei möglicherweise auftretende Nebenwirkungen erklärt werden.
15. Eine Einverständniserklärung sollte bei psychisch kranken Patienten erwirkt werden sowie in Situationen, in denen sich ärztliche Pflichten und Sicherheitserfordernisse nicht decken, zum Beispiel bei Verweigerung von medizinischer Behandlung oder Nahrung.
16. Jede Abweichung vom Grundsatz der Selbstbestimmung sollte auf gesetzlichen Regelungen beruhen und von den gleichen Grundsätzen geleitet sein, die auf die Gesamtbevölkerung zutreffen.
17. Untersuchungshäftlinge sollten Anspruch auf Behandlung durch ihren eigenen Arzt außerhalb der Haftanstalt haben, wenn sie die Kosten dafür tragen.
Verurteilte Häftlinge dürfen um eine zweite ärztliche Meinung bitten, und der Arzt einer Haftanstalt sollte einen solchen Antrag wohlwollend prüfen. Die Entscheidung über die Bewilligung eines solchen Antrags liegt jedoch letztendlich in seiner Zuständigkeit.

18. Bei jeder Verlegung in eine andere Haftanstalt sollte ein Transfer der vollständigen medizinischen Unterlagen erfolgen. Beim Transfer der Dokumente sollte deren Vertraulichkeit gewahrt bleiben. Häftlinge sollten über den Transfer ihrer medizinischen Unterlagen informiert werden. Sie sollten entsprechend der nationalen Gesetzgebung das Recht haben, Einspruch gegen den Transfer zu erheben.
Jeder Häftling sollte bei seiner Entlassung alle wichtigen Informationen über seinen Gesundheitszustand in schriftlicher Form zur Weitergabe an seinen Hausarzt erhalten.

D. Fachliche Unabhängigkeit

19. In Haftanstalten tätige Ärzte sollte jeden einzelnen Insassen nach den gleichen Maßstäben der Gesundheitsversorgung behandeln wie Patienten der allgemeinen Bevölkerung außerhalb einer Haftanstalt. Die Gesundheit der Insassen sollte für den Arzt stets oberste Priorität haben.
20. Medizinische Entscheidungen und andere Bewertungen des Gesundheitszustandes inhaftierter Personen sollten ausschließlich von medizinischen Kriterien geleitet sein. Das medizinische Personal sollte im Rahmen seiner Qualifikationen und Befugnisse völlig unabhängig arbeiten.
21. Krankenpfleger und andere Mitarbeiter des Pflegepersonals sollten unter direkter Aufsicht des Oberarztes arbeiten, und dieser sollte medizinischem Hilfspersonal nur Aufgaben übertragen, die vom Gesetz und gemäß ethischen Richtlinien gestattet sind. Die Qualität der medizinischen Dienstleistungen und der Krankenpflege sollte durch eine qualifizierte, dazu ermächtigte Person überprüft werden.
22. Das medizinische Personal sollte keine geringere Vergütung erhalten als in anderen Bereichen des öffentlichen Gesundheitswesens üblich.

II. Die besondere Aufgabe des Arztes und des übrigen medizinischen Personals im Hinblick auf die spezifische Umwelt in einer Haftanstalt

A. Allgemeine Anforderungen

23. Wichtigste Aufgabe des Arztes einer Haftanstalt ist die medizinische Betreuung und Beratung aller Insassen, die seiner ärztlichen Verantwortung unterliegen.
24. Dazu sollte auch die Beratung der Anstaltsleitung bezüglich der Ernährung oder des Lebensumfelds der Insassen sowie der Hygiene und der Sanitäreinrichtungen gehören.
25. Das medizinische Personal sollte die Anstaltsleitung und das Wachpersonal über gesundheitliche Belange informieren und wenn nötig auch schulen.

B. Information, Prävention und Aufklärung in gesundheitlichen Belangen

26. Bei Aufnahme in die Haftanstalt sollte jede Person darüber informiert werden, welche Rechte und Pflichten sie hat, welche internen Vorschriften es in der Einrichtung gibt und wie bzw. wo sie Hilfe und Rat erhalten kann. Diese Informationen sollten für jeden Insassen verständlich sein. Analphabeten sollten gesonderte Anleitungen erhalten.
27. In allen Haftanstalten sollte ein Programm zur Gesundheitsaufklärung entwickelt werden. Sowohl die Insassen als auch die Anstaltsleitung sollten grundlegendes Informationsmaterial zur Gesundheitsförderung erhalten, das die Gesundheitsversorgung von inhaftierten Personen zum Inhalt hat.
28. Die Vorteile freiwilliger und anonymer Untersuchungen zur Diagnose ansteckender Krankheiten sowie die möglichen negativen Folgen von Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose oder HIV-Infektionen sollten betont werden. Personen, die sich freiwillig einem Test unterziehen, haben Anspruch auf eine nachfolgende ärztliche Beratung.

29. Das Gesundheitsaufklärungsprogramm sollte die Annahme eines gesunden Lebenswandels fördern und den Häftlingen dabei helfen, richtige Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit und der Gesundheit ihrer Familien, des Erhalts und Schutzes ihrer persönlichen Unversehrtheit und der Minderung der Abhängigkeits- und Rückfallgefahr zu treffen. Insassen sollen so zur Teilnahme an Gesundheitsprogrammen, die ihnen auf schlüssige Art und Weise Verhaltensweisen und Strategien zur Minimierung gesundheitlicher Risiken erläutern, motiviert werden.

C. Besondere Formen der Pathologie und Präventivmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung in Haftanstalten

30. Jedes Anzeichen körperlicher Gewalt, das während der medizinischen Untersuchung bei Aufnahme in die Haftanstalt festgestellt wird, sollte der Arzt, zusammen mit diesbezüglichen Aussagen des Patienten und seinen eigenen Schlussfolgerungen, vollständig aufzeichnen. Mit Einverständnis des Häftlings sollten diese Informationen auch der Anstaltsleitung zugänglich gemacht werden.
31. Fälle von während der Haft auftretender Gewalt gegenüber Insassen sollten den zuständigen Behörden gemeldet werden. Jedoch sollte dies immer nur mit Einverständnis des betroffenen Häftlings geschehen.
32. In bestimmten Ausnahmefällen darf unter strenger Einhaltung der Grundsätze der Berufsethik auf eine Einverständniserklärung des Häftlings verzichtet werden, insbesondere dann, wenn es der Arzt als seine höhere Verantwortung gegenüber dem Patienten bzw. den übrigen Personen in der Haftanstalt betrachtet, einen Vorfall zu melden, der eine ernste Gefahr darstellt. Wenn angebracht, sollte der Gesundheitsdienst in regelmäßigen Abständen statistische Daten über beobachtete Verletzungen erfassen, damit er die Anstaltsleitung und die zuständigen Ministerien – unter Beachtung der nationalen Datenschutzgesetze – darüber informieren kann.
33. Die Mitarbeiter des Wachpersonals sollten adäquate Schulungen im medizinischen Bereich erhalten, damit sie eventuell von ihnen beobachtete gesundheitliche Probleme körperlicher und psychischer Art melden können.

D. Die fachliche Ausbildung des medizinischen Personals von Haftanstalten

34. Ärzte einer Haftanstalt sollten sowohl auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin als auch der Psychiatrie über gute Sachkenntnisse verfügen. Ihre Schulung sollte den Erwerb von theoretischem Grundwissen, Verständnis für das Umfeld in einer Haftanstalt und seine Auswirkungen auf die Ausübung ihres Berufs, eine Bewertung ihrer Fähigkeiten und ein Praktikum unter Aufsicht eines dienstälteren Kollegen umfassen. Zusätzlich sollten ihnen regelmäßige Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden.
35. Auch das übrige medizinische Personal sollte entsprechend geschult werden und dabei über die Funktionsweise von Haftanstalten sowie für sie relevante Strafvollzugsvorschriften informiert werden.

III. Die Organisation der Gesundheitsversorgung in Haftanstalten mit Bezug auf den Umgang mit bestimmten, häufig auftretenden Problemen

A. Übertragbare Krankheiten, insbesondere: HIV-Infektion und Aids, Tuberkulose, Hepatitis

36. Es sollten entsprechende präventive Maßnahmen ergriffen werden, um sexuell übertragbare Krankheiten in Haftanstalten zu vermeiden.
37. Ein HIV-Test sollte ausschließlich mit dem Einverständnis der Insassen, anonym und entsprechend der nationalen Gesetzgebung durchgeführt werden. Vor und nach dem Test sollte eine intensive psychologische Beratung angeboten werden.
38. Die Isolation von Patienten mit ansteckenden Krankheiten ist nur dann gerechtfertigt, wenn eine solche Maßnahme auch außerhalb der Haftanstalt aus den gleichen medizinischen Gründen ergriffen werden würde.
39. HIV-positive Personen sollten, mit Ausnahme von den Sonderregelungen in Abschnitt 40, in keiner Form von den anderen isoliert werden.
40. Insassen, die ernsthaft an aidsbedingten Krankheiten leiden, sollten in der medizinischen Abteilung der Haftanstalt behandelt und nicht un-

IV.6

bedingt völlig isoliert werden. Eine Isolation von Patienten, die vor Ansteckung mit Infektionskrankheiten durch andere Patienten geschützt werden müssen, sollte nur dann erfolgen, wenn eine solche Maßnahme in ihrem eigenen Interesse notwendig ist, um sie vor Ansteckung mit interkurrenten* Infektionen zu bewahren – vor allem dann, wenn ihr Immunsystem stark geschwächt ist.

41. Werden Fälle von Tuberkulose diagnostiziert, sollten entsprechend der nationalen Gesetzgebung alle notwendigen Maßnahmen unternommen werden, um eine Ausbreitung dieser Infektion zu vermeiden. Die Behandlungsmethoden sollten den Maßstäben außerhalb von Haftanstalten entsprechen.
42. Allen Insassen und Mitarbeitern einer Haftanstalt sollte eine Impfung gegen Hepatitis B angeboten werden, da sie den einzigen wirksamen Schutz gegen die Verbreitung von Hepatitis B darstellt. Da Hepatitis B und C hauptsächlich beim intravenösen Drogenkonsum, durch Blut oder Samenflüssigkeit übertragen wird, sollten Informationen und entsprechende Präventionsmöglichkeiten bereitgestellt werden.

B. Drogen-, Alkohol- und Medikamenten-abhängigkeit: Verwaltung der Apotheke und Ausgabe von Medikamenten

43. Die Betreuung von Häftlingen mit Alkohol- und Drogenproblemen, insbesondere die Unterstützung für Drogenabhängige, muss laut Empfehlung der „Pompidou-Gruppe“, einer Arbeitsgruppe zur Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel, ausgebaut und verbessert werden. Dies erfordert eine hinreichende Aus- und Weiterbildung des Personals der Haftanstalten und eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit externen Beratungsdiensten, um eine kontinuierliche Weiterführung der Therapie nach der Entlassung in die Freiheit zu gewährleisten.
44. Der Arzt einer Haftanstalt sollte die Häftlinge ermutigen, das Netz sozialer oder psychotherapeutischer Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, um den Missbrauch von Drogen, Medikamenten und Alkohol zu verhindern.

* *hinzukommenden*

IV.6

45. Die Behandlung von Entzugserscheinungen aufgrund von Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch sollte in Haftanstalten nach den gleichen Richtlinien wie außerhalb der Anstalt erfolgen.
46. Unterzieht sich ein Häftling einem Entzug, sollte ihn der Arzt dazu ermutigen, während seiner Haft und auch nach der Entlassung alles Nötige zu unternehmen, um einen Rückfall in die Abhängigkeit zu vermeiden.
47. Inhaftierten Personen sollte die Konsultation eines spezialisierten internen oder externen psychologischen Beraters ermöglicht werden, der ihnen während ihrer Haftzeit und während der Betreuung nach ihrer Entlassung die nötige Unterstützung gibt. Solche psychologischen Berater sollten auch an Weiterbildungsmaßnahmen für das Wachpersonal mitwirken.
48. Soweit angemessen, sollte es den Häftlingen erlaubt sein, ihre vom Arzt verordneten Medikamente bei sich zu tragen. Stellen die Medikamente jedoch in Überdosis eine Gefahr dar, sollten sie einbehalten und nur die jeweilige Tagesdosis an sie ausgegeben werden.
49. Bei Bedarf sollte der Arzt der Haftanstalt in Zusammenarbeit mit einem sachkundigen pharmazeutischen Berater eine umfassende Liste aller Medikamente und Arzneimittel erstellen, die gewöhnlich vom Gesundheitsdienst verschrieben werden. Die Verantwortung für ärztlich verordnete Medikamente sollte ausschließlich beim medizinischen Personal liegen, und Medikamente sollten nur durch dazu befugtes Personal ausgegeben werden.

C. Haftunfähigkeit: schwere körperliche Behinderung, hohes Alter, Prognose eines baldigen Todes

50. Schwer körperbehinderte Häftlinge und Häftlinge fortgeschrittenen Alters sollten so untergebracht werden, dass sie ein so normales Leben wie möglich führen können, und nicht von den übrigen Häftlingen isoliert werden. Ähnliche bauliche Maßnahmen wie außerhalb von Haftanstalten sollten durchgeführt werden, um an den Rollstuhl gebundene und anderweitig behinderte Personen zu unterstützen.
51. Der Zeitpunkt der Verlegung eines Patienten mit der Prognose eines baldigen Todes in ein externes Krankenhaus sollte auf Grundlage medizinischer Erwägungen entschieden werden. Diese Patienten im

Endstadium ihrer Krankheit sollten während der Wartezeit auf eine solche Verlegung eine optimale Krankenpflege in der medizinischen Abteilung der Haftanstalt erhalten. In solchen Fällen sollten Vorkehrungen für eine Kurzzeitpflege in einem externen Hospiz getroffen werden. Die Möglichkeit einer Haftverschonung aus medizinischen Gründen sollte geprüft werden.

D. Psychiatrische Auffälligkeiten, psychische Störungen und schwere Persönlichkeitsstörungen, Suizidgefahr

52. Die Anstaltsleitung und das für psychische Gesundheit zuständige Ministerium sollten bei der Einrichtung psychiatrischer Dienste für Häftlinge zusammenarbeiten.
53. Aufgabe der psychologischen und sozialen Dienste einer Haftanstalt sollte die Unterstützung der Insassen mit Hilfe und Rat sowie die Stärkung ihrer Bewältigungs- und Anpassungsfähigkeiten sein. Diese Dienste sollten unter Beachtung ihrer jeweiligen Aufgabengebiete ihre Tätigkeiten miteinander koordinieren. Ihre fachliche Unabhängigkeit sollte mit der nötigen Rücksicht auf die speziellen Umstände im Umfeld einer Haftanstalt gewährleistet sein.
54. Aufgrund von Sexualstraftaten Verurteilte sollten während ihres Aufenthalts in der Haftanstalt und danach eine psychiatrische und psychologische Untersuchung und entsprechende Behandlung angeboten bekommen.
55. Häftlinge, die unter schweren psychischen Störungen leiden, sollten in einer angemessen ausgestatteten Krankeneinrichtung mit entsprechend ausgebildetem Personal untergebracht und betreut werden. Ein Psychiater sollte über die Einweisung von Insassen in ein öffentliches Krankenhaus entscheiden, und eine solche Entscheidung muss von den zuständigen Behörden genehmigt werden.
56. Ist eine Haft von Patienten mit psychologischen Störungen unumgänglich, sollte sie auf ein absolutes Minimum beschränkt und sobald wie möglich durch eine kontinuierliche Einzelpflege abgelöst werden.
57. Unter außergewöhnlichen Umständen darf, während man auf das Einsetzen der beruhigenden Wirkung entsprechender Medikamente wartet, kurzzeitig körperlicher Zwang auf Patienten mit schweren psychischen Störungen angewendet werden.

IV.6

IV.6

58. Die Suizidgefahr sollte ständig durch das medizinische Personal und das Wachpersonal beurteilt werden. In Krisensituationen sollten je nach Angemessenheit physische Zwangsmaßnahmen zur Vermeidung von Selbstverletzungen, andauernde intensive Beobachtung, Dialog mit dem Häftling und Gespräche zur Beruhigung eingesetzt werden.
59. Nach Haftentlassung sollte eine weitere Behandlung des Häftlings durch externe darauf spezialisierte Dienste gewährleistet sein.

E. Verweigerung medizinischer Behandlung, Hungerstreik

60. Verweigert ein Patient die Behandlung, sollte der Arzt eine schriftliche Erklärung fordern, die vom Patienten im Beisein eines Zeugen unterzeichnet wird. Der Arzt sollte den Patienten ausführlich über den erwarteten Nutzen der Behandlung sowie mögliche Behandlungsalternativen aufklären und ihn vor den Risiken warnen, die sich aus seiner Verweigerung der Behandlung ergeben. Es sollte sichergestellt werden, dass der Patient seine Lage genau versteht. Ergeben sich Verständnisprobleme durch die Sprache des Patienten, muss ein erfahrener Dolmetscher hinzugezogen werden.
61. Die Erfassung und Beurteilung der psychopathologischen Symptomatik eines Patienten, der sich im Hungerstreik befindet, sollte nur mit dessen ausdrücklicher Erlaubnis vorgenommen werden, es sei denn, er leidet unter schweren psychischen Störungen, die seine Verlegung in eine psychiatrische Anstalt erforderlich machen.
62. Hungerstreikende sollten auf objektive Art und Weise über die gesundheitsgefährdenden Folgen ihres Handelns aufgeklärt werden, damit sie sich über die Risiken eines längeren Hungerstreiks bewusst sind.
63. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand des Hungerstreikenden nach Meinung des Arztes erheblich, muss der Arzt die zuständige Behörde darüber informieren und entsprechend der nationalen Gesetzgebung (einschließlich Berufsethik) vorgehen.

F. Gewalt in Haftanstalten: Disziplinarmaßnahmen und Sanktionen, Arrest, physische Zwangsmaßnahmen, Hochsicherheitstrakt

64. Häftlinge, die aus berechtigtem Grund Angst vor Gewalttaten bzw. sexuellen Übergriffen haben oder vor kurzem angegriffen bzw. verletzt wurden, sollten durch das Wachpersonal geschützt werden.
65. Es sollte nicht zu den Aufgaben eines Arztes gehören, die Anwendung von Gewalt durch das Personal der Haftanstalt zu genehmigen oder zu dulden. Dafür ist das für Ordnung und Disziplin zuständige Personal selbst verantwortlich.
66. Bei Arrest oder anderen Disziplinar- bzw. Sicherheitsmaßnahmen, die negative Auswirkungen auf die physische oder psychische Gesundheit eines Häftlings haben könnten, sollte das medizinische Personal auf Verlangen des Häftlings oder auf Verlangen des Personals der Haftanstalt medizinische Hilfe leisten bzw. die medizinische Behandlung vornehmen.

G. Sonderprogramme der Gesundheitsfürsorge: soziotherapeutische Programme, familiäre Bindungen und Kontakte zur Außenwelt, Mutter und Kind

67. Soziotherapeutische Programme sollten entsprechend den Programmen für die allgemeine Bevölkerung organisiert und sorgfältig überwacht werden. Ärzte sollten zur konstruktiven Zusammenarbeit mit den entsprechenden Diensten bereit sein, damit die Häftlinge Nutzen aus diesen Programmen ziehen und soziale Kompetenzen erwerben können, die nach ihrer Entlassung die Rückfallgefahr mindern.
68. Man sollte darüber nachdenken, den Insassen Besuche ihres Sexualpartners zu gestatten (ohne visuelle Überwachung der Treffen).
69. Sehr junge Kinder sollten die Möglichkeit haben, bei ihren inhaftierten Müttern zu bleiben, damit die Mutter ihnen die Aufmerksamkeit und Fürsorge widmen kann, die sie für ihre gesunde Entwicklung und zur Aufrechterhaltung einer emotionalen und psychologischen Bindung benötigen.
70. Für Mütter mit Kindern sollten spezielle Einrichtungen (Kinderkrippen, Kinderhorte) zur Verfügung stehen.

IV.6

71. Ärzte sollten nicht in Genehmigungen einbezogen werden, die die Trennung der Kinder von ihren Müttern bei Erreichen eines bestimmten Alters betreffen.

H. Leibesvisitationen, medizinische Gutachten, medizinische Forschung

72. Leibesvisitationen unterliegen den Verwaltungsbehörden, und Gefängnisärzte sollten an solchen Maßnahmen nicht beteiligt sein. Eine vertrauliche ärztliche Untersuchung sollte jedoch durchgeführt werden, wenn ein medizinischer Grund für die Beteiligung eines Arztes vorliegt.
73. Die Ärzte einer Haftanstalt sollten keine medizinischen oder psychiatrischen Gutachten für die Verteidigung oder Anklage vor Gericht erstellen, es sei denn, der Häftling stellt einen formellen Antrag darauf oder sie werden vom Gericht dazu angewiesen. Sie sollten es vermeiden, die Aufgaben eines medizinischen Experten in einem gerichtlichen Verfahren für Untersuchungshäftlinge zu übernehmen. Sie sollten Proben nur für die Labordiagnostik und ausschließlich aus medizinischen Gründen nehmen und untersuchen.
74. Medizinische Untersuchungen bei Häftlingen zu Forschungszwecken sollten gemäß den Richtlinien in den Empfehlungen Nr. R (87) 3 über die Grundsätze des Strafvollzugs in Europa, Nr. R (90) 3 über medizinische Forschung am Menschen und Nr. R (93) 6 über die kriminalistischen Aspekte der Kontrolle ansteckender Krankheiten einschließlich Aids und damit verbundener gesundheitlicher Probleme in Haftanstalten durchgeführt werden.

IV.6



WHO-Richtlinien zu HIV-Infektionen und Aids im Gefängnis*

Diese Richtlinien wurden auf der Grundlage von Empfehlungen erstellt, die der WHO im Vorfeld und im Verlauf einer im September 1992 in Genf veranstalteten Expertenbefragung gegeben wurden. An der Beratung waren Vertreter internationaler Nichtregierungsorganisationen und Regierungsministerien beteiligt, die über Erfahrungen und Hintergrundwissen in den Bereichen Gesundheit und HIV/Aids, Umgang mit HIV/Aids sowie Menschenrechte und HIV/Aids in Haftanstalten verfügen.

Die Richtlinien legen Standards aus Sicht der öffentlichen Gesundheitspflege fest, deren Umsetzung die für Haftanstalten zuständigen Behörden anstreben sollten, um die Übertragung von HIV in Haftanstalten zu vermeiden und die von HIV/Aids Betroffenen zu betreuen. Eine Anpassung dieses Leitfadens an die örtlichen Gegebenheiten und Bedürfnisse durch die Gefängnisleitungen wird erwartet.

A. Allgemeine Grundsätze

1. Jeder Inhaftierte hat einen Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung (einschließlich Präventionsmaßnahmen) gleicher Qualität, wie sie Personen in Freiheit zur Verfügung steht, ohne (insbesondere wegen seines Rechtsstatus oder seiner Nationalität) diskriminiert zu werden.
2. Die allgemeinen Grundsätze der nationalen Aids-Programme sollten auf Inhaftierte ebenso angewendet werden wie auf Personen in Freiheit.
3. In jedem Land sollten spezifische Richtlinien zur Vermeidung von HIV/Aids in Haftanstalten sowie für die Betreuung HIV-infizierter Gefange-

* Übersetzung: D & D International GmbH, Berlin; Bearbeitung: Holger Sweers

IV.6

ner aufgestellt werden. Diese Richtlinien und die in Haftanstalten angewendeten Strategien sollten in enger Zusammenarbeit zwischen den nationalen Gesundheitsbehörden, den Gefängnisverwaltungen und relevanten Vertretern der Gesellschaft (einschließlich Nichtregierungsorganisationen) festgelegt werden. Diese Strategien sollten Teil eines breiter angelegten Programms zur Gesundheitsförderung unter Häftlingen sein.

4. Die Präventionsmaßnahmen gegen HIV/Aids in Haftanstalten sollten auf die Maßnahmen für die Gesellschaft außerhalb der Haftanstalten abgestimmt sein und diese ergänzen. Schutzmaßnahmen sollten auch das in Haftanstalten tatsächlich vorkommende Risikoverhalten berücksichtigen, insbesondere die gemeinsame Nutzung von Spritzen durch Drogenkonsumenten und ungeschützten Geschlechtsverkehr. Ziel der Information und Aufklärung für die Inhaftierten sollten realistische, erreichbare Veränderungen in Einstellung und Risikoverhalten sein – während der Haftzeit und nach der Entlassung.
5. Die Bedürfnisse der Häftlinge und der anderen Personen in den Haftanstalten sollten bei der Planung nationaler Aids-Programme und lokaler und grundlegender Gesundheitsdienste berücksichtigt werden, ebenso bei der Verteilung von Ressourcen, insbesondere in Entwicklungsländern.
6. Die aktive Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen und Inhaftierten sowie die menschenwürdige und diskriminierungsfreie Behandlung von Häftlingen mit HIV und Aids sind Voraussetzungen, um eine glaubwürdige Strategie zur Vermeidung von HIV-Übertragungen zu erreichen.
7. Es ist wichtig zu erkennen, dass die Situation in Haft sowohl von den Bediensteten als auch von den Häftlingen geprägt wird. Daher sollten beide Gruppen aktiv an der Entwicklung und Umsetzung wirksamer Schutzmaßnahmen, an der Verbreitung relevanter Informationen und an der Verhinderung von Diskriminierung beteiligt werden.
8. Die Anstaltsleitungen stehen in der Verantwortung, Richtlinien und Verfahren zu erarbeiten und umzusetzen, die eine sicherere Umwelt schaffen und das Risiko einer Ansteckung mit HIV sowohl für die Häftlinge als auch für das Personal verringern.
9. Es sollten unabhängige wissenschaftliche Untersuchungen über HIV/Aids in Haftanstalten unterstützt werden, um unter anderem Aufschluss über erfolgreiche Maßnahmen in Haftanstalten zu erhalten.

Jede wissenschaftliche Untersuchung sollte von einer unabhängigen Ethikkommission geprüft werden, und die strenge Einhaltung ethischer Grundsätze muss gewährleistet sein. Die Ergebnisse solcher wissenschaftlicher Studien sollten zum Wohl der Häftlinge genutzt werden, zum Beispiel zur Verbesserung von Behandlungsmethoden oder zur Verbesserung der Richtlinien im Umgang mit HIV/Aids in Haftanstalten. Die Anstaltsleitung sollte nicht versuchen, Einfluss auf die wissenschaftlichen Aspekte solcher Untersuchungen oder auf ihre Interpretation oder Veröffentlichung zu nehmen.

B. HIV-Tests in Haftanstalten

10. HIV-Zwangstests für Häftlinge sind unethisch und ineffektiv und sollten verboten werden.
11. In Haftanstalten sollten freiwillige HIV-Tests angeboten werden, sofern sie auch Personen in Freiheit zur Verfügung stehen, ebenso wie angemessene Beratung vor und nach dem Test. Freiwillige Tests sollten nur mit informierter Zustimmung (informed consent) des Häftlings durchgeführt werden. Bei Mitteilung der Testergebnisse und in der Zeit danach sollten die Häftlinge Betreuung in Anspruch nehmen können.
12. Die Testergebnisse sollten dem Häftling von medizinischem Personal mitgeteilt werden, das die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht gewährleistet.
13. Anonyme Reihenuntersuchungen zum Zweck der epidemiologischen Überwachung sollten nur in Betracht gezogen werden, wenn diese Methode im betreffenden Land auch für Personen in Freiheit angewendet wird. Häftlinge sollten über die Durchführung jeglicher epidemiologischer Überwachungsmaßnahmen in ihrer Haftanstalt informiert werden, und die Ergebnisse solcher Maßnahmen sollten den Häftlingen verfügbar gemacht werden.

C. Präventionsmaßnahmen

(i) Aufklärung und Information

14. Sowohl die Insassen als auch das Personal der Haftanstalt sollten über HIV/Aids und über Maßnahmen zum Schutz vor einer HIV-Übertragung aufgeklärt sein, insbesondere über die mit dem Leben in der Haftanstalt bzw. den Bedürfnissen der Häftlinge nach ihrer Entlassung verbundenen Ansteckungsgefahren. Diese Informationen sollten mit denen für Personen in Freiheit übereinstimmen bzw. darauf abgestimmt sein. An die Allgemeinbevölkerung gerichtete Informationen (über Poster, Broschüren und Massenmedien) sollten auch den Häftlingen zugänglich sein. Alle gedruckten Informationsmaterialien, die an die Häftlinge verteilt werden, sollten ihrem Bildungsstand angemessen sein, in einer Sprache und Form bereitgestellt werden, welche die Häftlinge verstehen, und in ansprechender und anschaulicher Weise präsentiert werden.
15. Gefängnisbedienstete sollten während ihrer Ausbildung und später in regelmäßigen Abständen über HIV-Präventionsmaßnahmen aufgeklärt werden.
16. Die Häftlinge sollten zu Beginn ihrer Haftzeit, während ihrer Haft und im Rahmen von Programmen zur Entlassungsvorbereitung über HIV/Aids aufgeklärt werden. Jeder Häftling sollte die Möglichkeit haben, die erhaltenen Informationen mit einer qualifizierten Person zu besprechen. Persönliche Einzel- und Gruppengespräche sind ein wichtiges Element der Aufklärung und Information.
17. Die Befragung und Beteiligung von Inhaftierten und Bediensteten bei der Entwicklung von Aufklärungsmaterial sollte gefördert werden.
18. In Hinblick auf die Wichtigkeit der Peer-Education sollten sowohl Gefangene als auch das Personal der Haftanstalt an der Informationsverbreitung beteiligt werden.
19. Bei der Aufklärung zum Schutz vor Ansteckung sollten die Grundsätze allgemeiner Vorsichtsmaßnahmen und der Hygiene sowie die Tatsache betont werden, dass bei normalem, alltäglichem Kontakt keine Gefahr einer Ansteckung mit HIV besteht. Übertriebene und unnötige Vorsichtsmaßnahmen im Umgang mit HIV-infizierten Häftlingen sollte man vermeiden.

(ii) Sexuelle Übertragung

20. Den Häftlingen sollten klare, eindeutige Informationen über die sexuellen Praktiken zur Verfügung stehen, bei denen es zu einer HIV-Übertragung kommen kann. Ebenso sollte die Rolle von Kondomen bei der Verhütung von HIV-Übertragungen erläutert werden. Da es in Haftanstalten trotz Verboten zu sexuellem Verkehr mit Penetration kommt, sollten den Häftlingen während der gesamten Haftzeit Kondome zur Verfügung gestellt werden, ebenso vor jeder Form des Hafturlaubs oder der Entlassung.
21. Die Anstaltsleitung hat die Verantwortung, sexualisierte Gewalt wie zum Beispiel Vergewaltigung, Missbrauch von besonders gefährdeten Häftlingen (z.B. Transsexuellen, Homosexuellen, geistig Behinderten) und jede Form der Schikanierung von Häftlingen zu bekämpfen, indem sie ausreichend Personal, wirksame Überwachungsmaßnahmen, Disziplinarmaßnahmen sowie Aufklärungs-, Arbeits- und Freizeitprogramme einsetzt. Diese Maßnahmen sollten ungeachtet des HIV-Status der betreffenden Personen angewendet werden.

(iii) Übertragung beim intravenösen Drogengebrauch

22. Im Rahmen umfassender allgemeiner Aufklärungsprogramme über HIV sollten die Inhaftierten über die Gefahren des Drogenkonsums informiert werden. Dabei sollten die Gefahren der gemeinsamen Nutzung von Injektionsbestecken – im Vergleich zu weniger riskanten Formen des Drogenkonsums – betont und erläutert werden. Drogenabhängige Inhaftierte sollten ermutigt werden, während ihrer Haftzeit an Behandlungsprogrammteilzunehmen, wobei Vertraulichkeit zuzusichern ist. Solche Programme sollten Informationen über die Behandlung von Drogenabhängigkeit und die Risiken, die mit verschiedenen Formen des Drogenkonsums verbunden sind, umfassen.
23. Insassen, die vor ihrer Haft an einem Methadonprogramm teilgenommen haben, sollten die Möglichkeit erhalten, diese Behandlung während ihrer Haftzeit fortzusetzen. In Ländern, in denen opiatabhängigen Personen in Freiheit die Möglichkeit einer Behandlung mit Methadon offen steht, sollte eine solche Behandlung auch in Haftanstalten angeboten werden.

IV.6

IV.6

24. In Ländern, in denen Drogenkonsumenten in Freiheit Bleichmittel zur Verfügung stehen, sollte verdünnte Bleichlösung (z.B. Natriumhypochlorit) oder ein anderes wirksames Virizid² zusammen mit einer genauen, detaillierten Anleitung zum Reinigen von Injektionsbesteck auch in Gefängnissen erhältlich sein, in denen Drogenkonsumenten einsitzen bzw. in denen Tätowierungen oder Piercings vorkommen. In Ländern, in denen Drogenkonsumenten außerhalb der Gefängnismauern saubere Spritzen und Injektionsnadeln zur Verfügung gestellt werden, sollte man erwägen, auch an Gefangene während der Haftzeit und bei ihrer Entlassung auf Wunsch solche sauberen Spritzbestecke auszugeben.
25. Die medizinischen Dienste der Haftanstalten müssen über angemessene Ausstattung und finanzielle Mittel verfügen, um gewährleisten zu können, dass bei medizinischen Eingriffen keine HIV-Übertragung aufgrund unsteriler Geräte erfolgt.

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

26. Die orale Einnahme oder Inhalation psychoaktiver Substanzen wie zum Beispiel Kokain, Lösungsmittel und Alkohol, die weltweit in Haftanstalten verbreitet sind, z.T. in beträchtlichem Umfang, können die Gefahr einer HIV-Übertragung erhöhen, da sie das Urteilsvermögen trüben und die Häftlinge daran hindern, Schutzmaßnahmen in Situationen zu ergreifen, in denen sie erforderlich wären. Daher sollten tatsächliche und potenzielle Konsumenten psychoaktiver Drogen neben der Aufklärung über andere mögliche schädliche Wirkungen und Folgen dieser Substanzen im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsaufklärung speziell auf dieses Risiko hingewiesen werden.

D. Umgang mit HIV-infizierten Häftlingen

27. Da in der Allgemeinbevölkerung eine Absonderung oder Isolierung oder Einschränkungen für HIV-Infizierte hinsichtlich beruflicher Aktivitäten, Sport und Freizeit nicht als nützlich oder notwendig betrachtet werden, sollte die gleiche Einstellung auch gegenüber HIV-infizierten Häftlingen gelten. Nur medizinisches Personal sollte eine Isolierung

² gegen Viren wirksames Mittel

aus gesundheitlichen Gründen anordnen können, und zwar in Übereinstimmung mit den Normen und Richtlinien des Gesundheitswesens und aus den gleichen Gründen wie für Personen in Freiheit. Die Rechte der Häftlinge sollten nicht stärker beschränkt werden als aus medizinischer Sicht notwendig und von den Normen und Richtlinien des Gesundheitswesens gefordert. HIV-Infizierte Gefangene sollten den gleichen Zugang zu Werkstätten und zur Arbeit in Küchen, Landwirtschaft und anderen Arbeitsstätten sowie zu allen Programmen haben wie die übrigen Inhaftierten.

28. Für einen begrenzten Zeitraum kann eine Isolierung von HIV-infizierten Häftlingen, die unter offener Lungentuberkulose leiden, aus medizinischen Gründen erforderlich sein. Eine Isolation zum Schutz des Häftlings kann auch bei Auftreten von aidsbedingter Immunschwäche notwendig werden, sollte jedoch nur nach Aufklärung und mit dem Einverständnis des Häftlings erfolgen. Über die Notwendigkeit einer Isolation oder Absonderung von Häftlingen (einschließlich HIV-infizierter Häftlinge) sollte ausschließlich das medizinische Personal entscheiden, und eine solche Entscheidung sollte nur aus medizinischen Gründen erfolgen. Die Anstaltsleitung sollte keinen Einfluss darauf haben.
29. Die Verhängung von Disziplinarmaßnahmen wie Einzelhaft für Insassen, zum Beispiel für Häftlinge, die sich sexualisierter Gewalt oder sexueller Übergriffe schuldig gemacht haben bzw. ein solches Verhalten androhen, sollte ohne Bezugnahme auf den HIV-Status erfolgen.
30. Es sollten Anstrengungen unternommen werden, um unter den Gefangenen die Hilfsbereitschaft und Unterstützung z.B. gegenüber den von HIV/Aids Betroffenen zu fördern, um Diskriminierung zu verhindern sowie Angst vor und Vorurteile gegenüber HIV-Infizierten zu bekämpfen.

E. Vertraulichkeit in Bezug auf HIV/Aids

31. Informationen über den Gesundheitszustand und die medizinische Behandlung der Häftlinge unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, und Aufzeichnungen darüber sollten nur dem medizinischen Personal zugänglich sein. Das medizinische Personal darf Informationen, die bei der Behandlung und Betreuung des Patienten helfen, an die Anstaltsleitung oder die Justizbehörden weitergeben, wenn der Häftling sein Einverständnis dazu gibt.

IV.6

32. Informationen über den HIV-Status eines Häftlings sollten nur dann an die Anstaltsleitung weitergegeben werden, wenn das medizinische Personal es – unter Berücksichtigung der medizinischen Ethik – für notwendig hält, um die Sicherheit und das Wohlergehen der anderen Insassen und des Personals zu gewährleisten. Für die Weitergabe solcher Informationen sollten die gleichen Grundsätze wie außerhalb von Haftanstalten gelten. Auch bei der freiwilligen Benachrichtigung von Partnern HIV-infizierter Häftlinge sollte man den gleichen Grundsätzen und Verfahrensweisen folgen, wie sie in der Gesellschaft üblich sind.
33. Eine routinemäßige Unterrichtung der Anstaltsleitung über den HIV-Status der Häftlinge sollte niemals erfolgen. Die Akten, Zellen oder Papiere der Häftlinge sollten keine Markierungen, Aufschriften, Stempel oder andere sichtbare Kennzeichen tragen, die ihren HIV-Status anzeigen.

F. Behandlung und Betreuung HIV-infizierter Häftlinge

34. Die Häftlinge sollten in jedem Stadium der HIV-Erkrankung fachgerechte medizinische und psychosoziale Behandlung erhalten, die derjenigen für die Mitglieder der Allgemeinbevölkerung entspricht. Alle Häftlinge sollten zur Teilnahme an Peer-Support-Programmen ermutigt werden. Die Zusammenarbeit mit Dienstleistern der Gesundheitsversorgung aus dem Gemeinwesen sollte gefördert werden, um die medizinische Versorgung zu erleichtern.
35. Asymptomatischen HIV-infizierten Häftlingen sollten während der Haftzeit medizinische Kontrolluntersuchungen und Beratung zur Verfügung stehen.
36. Häftlinge sollten Zugang zu Informationen über Therapiemöglichkeiten sowie das gleiche Recht auf Ablehnung einer Behandlung wie auch andere Mitglieder der Gesellschaft haben.
37. Die Behandlung der HIV-Infektion sowie die Prophylaxe und Behandlung damit verbundener Krankheiten sollte durch das medizinische Personal der Haftanstalt erfolgen und den gleichen klinischen bzw. Zugangskriterien unterliegen wie außerhalb von Haftanstalten.
38. Häftlinge sollten den gleichen Zugang zu klinischen Studien zur Behandlung aller mit HIV/Aids verbundenen Krankheiten haben wie Mitglieder der Allgemeinbevölkerung. Es sollte kein Druck auf Häftlinge

ausgeübt werden, an klinischen Studien teilzunehmen. Es gilt der Grundsatz, dass Individuen, denen ihre Freiheit entzogen wurde, nicht als Probanden für die medizinische Forschung dienen dürfen, es sei denn, sie geben freiwillig ihr Einverständnis dazu und die Teilnahme wird ihnen voraussichtlich einen direkten und erheblichen gesundheitlichen Nutzen bringen.

39. Die Entscheidung, Häftlinge mit Aids oder anderen HIV-bedingten Erkrankungen in ein Krankenhaus einzuweisen, darf nur aus medizinischen Gründen von medizinischem Personal getroffen werden. Ihnen müssen angemessen ausgestattete Spezial-Angebote gleicher Qualität wie den anderen Mitgliedern der Gesellschaft zur Verfügung stehen.
40. Zur Gewährleistung der medizinischen und psychologischen Weiterbetreuung HIV-infizierter Häftlinge nach ihrer Entlassung sollte das medizinische Personal der Haftanstalten mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten zusammenarbeiten, sofern die Häftlinge ihr Einverständnis dazu geben. Die Häftlinge sollten dazu ermutigt werden, diese Dienste zu nutzen.

G. Tuberkulose im Zusammenhang mit HIV-Infektionen

41. Die Bedingungen in Haftanstalten begünstigen häufig Tuberkuloseansteckungen, und die Infektionsraten können höher sein als in der Allgemeinbevölkerung. Darüber hinaus tritt Tuberkulose in zunehmendem Maße in Verbindung mit HIV/Aids auf, sodass die Anwesenheit HIV-infizierter Häftlinge die Gefahr der Tuberkulose-Übertragung erhöhen kann. Es bedarf daher energischer Anstrengungen, um die durch das Umfeld bedingte Übertragungsgefahr zu senken (z.B. durch bessere Belüftung, weniger Überbelegung und angemessene Ernährung), um Fälle von Tuberkulose so früh wie möglich (durch Tuberkulose-Tests bei Haftantritt und in regelmäßigen Abständen danach sowie durch Rückverfolgung der Kontakte von Tuberkulosekranken) zu erkennen und um eine wirksame Behandlung anzubieten.
42. Auch dem Personal von Haftanstalten sollten Tests zur Diagnose von Tuberkulose offen stehen. In den Haftanstalten sollte es Behandlungsmöglichkeiten für Häftlinge mit Tuberkulose geben, und eine angemessene Weiterbehandlung/-beobachtung sollte gewährleistet sein, wenn behandelte Häftlinge verlegt oder entlassen werden.

IV.6

IV.6

43. Es besteht die Notwendigkeit der epidemiologischen Tuberkulose-Überwachung sowohl der Häftlinge als auch der Bediensteten. Besonderes Augenmerk sollte man auf die Früherkennung von medikamentenresistenten Tuberkuloseformen und ihre Eindämmung durch Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge legen. Insbesondere sollten Strategien umgesetzt werden, um sicherzustellen, dass Häftlinge Tuberkulosebehandlungen bis zum Ende durchführen.

H. Weibliche Inhaftierte

44. Den Bedürfnissen weiblicher Inhaftierter sollte man besondere Aufmerksamkeit widmen. Personal, das für den Umgang mit inhaftierten Frauen zuständig ist, sollte im Umgang mit den psychosozialen und medizinischen Problemen HIV-infizierter Frauen geschult sein.
45. Weibliche Häftlinge, einschließlich der HIV-infizierten, sollten Informationen und Angebote erhalten, die speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind, einschließlich Informationen zur Wahrscheinlichkeit von HIV-Übertragungen, insbesondere von der Mutter auf das Kind oder beim Sex. Da die Möglichkeit besteht, dass weibliche Häftlinge während der Haft oder während eines Hafturlaubs Geschlechtsverkehr haben, sollten sie in die Lage versetzt werden, sich vor HIV zu schützen, zum Beispiel durch die Bereitstellung von Kondomen oder die Vermittlung von Fähigkeiten zur Aushandlung von Safer Sex. Ebenso sollte ihnen Beratung zur Familienplanung zur Verfügung stehen, falls die nationalen Gesetze dies vorsehen. Es sollte jedoch kein Druck auf schwangere Inhaftierte ausgeübt werden, die Schwangerschaft abubrechen. Frauen sollten, unabhängig von ihrem HIV-Status, die Möglichkeit haben, sich während der Haft um ihre kleinen Kinder zu kümmern.
46. Folgendes sollte in allen Haftanstalten mit weiblichen Häftlingen zur Verfügung stehen:
- ▶ regelmäßige gynäkologische Sprechstunden, mit besonderem Augenmerk auf der Diagnose und Behandlung von Geschlechtskrankheiten
 - ▶ Familienplanungsberatung entsprechend den Bedürfnissen der Frauen
 - ▶ Kinderbetreuung, auch für Kinder von HIV-infizierten Müttern

- ▶ Betreuung während der Schwangerschaft in entsprechenden Einrichtungen
- ▶ Kondome und andere Verhütungsmittel während der Haftzeit und vor Ausgängen/Hafturlauben bzw. der Entlassung.

I. Insassen von Jugendstrafanstalten

47. An die Bedürfnisse junger Häftlinge angepasste Aufklärungsprogramme sollten Einstellungen und Verhaltensweisen fördern, die dabei helfen, eine Ansteckung mit übertragbaren Krankheiten wie z.B. HIV/Aids zu vermeiden. Entscheidungen, die Kinder und Jugendliche betreffen, so zum Beispiel eine Benachrichtigung der Eltern über den HIV-Status ihrer Kinder oder die Einholung ihres Einverständnisses zur Behandlung, sollten auf gleicher Grundlage wie bei anderen Mitgliedern der Gesellschaft und unter der Prämisse erfolgen, dass das Wohl des Kindes stets oberste Priorität hat.

J. Ausländische Inhaftierte

48. Die Bedürfnisse ausländischer Inhaftierter sollten ohne Diskriminierung respektiert werden. Die Anstaltsleitungen sollten darin geschult sein, auf Bedürfnisse wie zum Beispiel Unterstützung bei Sprachproblemen, mündlicher Kontakt zu den Familien und Beratungsdienste einzugehen. Weiterhin sollten geeignete Maßnahmen zum Schutz HIV-infizierter ausländischer Häftlinge bei der Verlegung ins Ausland, bei Häftlingsaustauschen zwischen verschiedenen Staaten, bei Auslieferungsverfahren und anderen Austauschmaßnahmen ergriffen werden.

K. Halbfreiheit³ und Entlassung

49. Häftlinge sollten weder aufgrund ihres HIV-Status von Maßnahmen wie der Unterbringung in Halbfreiheitseinrichtungen oder anderen Formen des offenen Vollzugs bzw. in Haftanstalten niedrigerer Sicher-

³ In der Schweiz bezeichnet die „Halbfreiheit“ die Vorstufe zur Entlassung.

IV.6

heitsstufen ausgeschlossen werden, noch sollte die Offenlegung des HIV-Status Bedingung für die Teilnahme an solchen Maßnahmen sein.

50. Um HIV-infizierten Häftlinge nach ihrer Entlassung die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern, sollten communitybasierte medizinische Versorgung, psychologische Betreuung und soziale Dienste organisiert werden.

L. Vorzeitige Entlassung

51. Sofern keine Sicherheitsbedenken bestehen und die gerichtlichen Verfahrensweisen es erlauben, sollten Häftlinge mit Aids im fortgeschrittenen Stadium aus humanitären Gründen möglichst vorzeitig entlassen werden, um ihnen den Kontakt zu ihren Familien und Freunden zu erleichtern und ihnen ein Sterben in Würde und Freiheit zu ermöglichen.
52. Auf Verlangen des Häftlings sollte das medizinische Personal einer Haftanstalt den für vorzeitige Entlassung zuständigen Behörden uneingeschränkt Auskunft über einen solchen Gesundheitszustand und Behandlungsbedarf und eine solche Prognose erteilen. Die Bedürfnisse von Häftlingen, die nicht auf Unterstützung in der Community zählen können, sollten bei Entscheidungen über vorzeitige Entlassungen berücksichtigt werden.

M. Kontakte mit der Community und Kontrolle

53. Die Zusammenarbeit mit den relevanten Nichtregierungsorganisationen und privaten Organisationen, z.B. solchen, die über Expertenwissen auf den Gebieten der Aids-Prävention, der Beratung oder der Unterstützung verfügen, sollte gefördert werden. HIV-infizierte Häftlinge sollten die Möglichkeit zum Kontakt mit Freiwilligenorganisationen und anderen Anbietern von Rat und Hilfe haben.
54. Unabhängige Organisationen, die Häftlingsinteressen vertreten, sollten Zugang zu HIV-infizierten Insassen bekommen, sofern diese das wünschen, und die Aufmerksamkeit auf Fälle von nicht den Standards entsprechender Behandlung, Diskriminierung, Missachtung ethischer Grundsätze oder Abweichung von den üblichen Richtlinien und Vorge-

hensweisen in Haftanstalten lenken, um die menschenwürdige Behandlung der Häftlinge sicherzustellen.

55. Von den Anstaltsleitungen unabhängige, öffentliche Gesundheitsbehörden sollten alle Haftanstalten regelmäßig besuchen und überwachen.
56. Häftlinge sollten die Möglichkeit haben, bei einem unabhängigen Gremium Beschwerde über nicht dem Standard entsprechende Behandlung, Diskriminierung oder Missachtung grundlegender ethischer Prinzipien in Bezug auf HIV/AIDS einlegen zu können, und es sollte wirksame Abhilfe geschaffen werden.

N. Ressourcen

57. Die Behörden sollten gewährleisten, dass die Haftanstalten über ausreichend finanzielle Mittel zur Gesundheitsversorgung, das dazu erforderliche Personal und für spezifische HIV-/Aids-Aktivitäten verfügen. Diese zur Verfügung gestellten Mittel sollten für Präventionsmaßnahmen, Beratung, ambulante ärztliche Betreuung von Häftlingen, Medikamente und Krankenhausaufenthalte genutzt werden.

O. Evaluation und Forschung

58. Es wird empfohlen, Studien zu HIV/AIDS unter Häftlingen durchzuführen, um eine angemessene Informationsgrundlage für die Planung von Strategien und Maßnahmen in diesem Bereich zu schaffen. Solche Studien könnten zum Beispiel die Verbreitung von HIV-Infektionen oder die Häufigkeit von Risikoverhalten, das zur Ansteckung mit HIV führen kann, untersuchen.
59. Die Umsetzung von Maßnahmen der für Haftanstalten zuständigen Behörden zur Prävention von HIV-Übertragungen und zur Betreuung der von HIV/AIDS Betroffenen sollte evaluiert werden. Die Anstaltsleitungen sollten entsprechende Studien heranziehen, um die Entwicklung und Umsetzung solcher Maßnahmen zu verbessern.

Die Gesundheit der Gefangenen ist die Gesundheit aller

Dublin, Irland 23. Februar 2004

Die Dubliner Erklärung zu HIV/Aids in Gefängnissen in Europa und Zentralasien wurde vorbereitet von

- ▶ Rick Lines (Irish Penal Reform Trust, Dublin)
- ▶ Ralf Jürgens (Canadian HIV/Aids Legal Network, Montreal)
- ▶ Dr. Heino Stöver (Universität Bremen, Deutschland)
- ▶ Dr. Gulnara Kaliakbarova (Penal Reform International, Kasachstan)
- ▶ Dr. Dumitru Laticevschi (Health Reform in Prisons, Moldawien)
- ▶ Dr. Joachim Nelles (Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern/Schweiz)
- ▶ Dr. Morag MacDonald (University of Central England in Birmingham/Großbritannien)
- ▶ Matt Curtis (International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute)

Verabschiedet in Dublin, Irland, am 23. Februar 2004 auf der Konferenz „Grenzen überwinden: Partnerschaft im Kampf gegen HIV/Aids in Europa und Zentralasien“

Dublin Castle
Dublin, Irland
23.–24. Februar 2004*

* Übersetzung: Heino Stöver; Bearbeitung: Christine Höpfner

Vorwort

HIV/Aids ist ein ernstes Problem für Gefängnispopulationen in ganz Europa und Zentralasien.

In den meisten Ländern liegen die HIV-Raten bei Gefangenen um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung⁴. Die Situation wird in vielen Ländern noch durch hohe Raten bei Hepatitis C und multiresistente Tuberkulose verschlimmert. Hohe HIV-Raten hängen meist mit der gemeinsamen Benutzung von Spritzbestecken innerhalb und außerhalb der Haftanstalten und mit ungeschützten Sexualkontakten in den Anstalten zusammen. Die Mehrzahl der Länder hat keine ausreichenden Schutzmaßnahmen in den Vollzugsanstalten eingeführt, obwohl sie sich in anderen Gefängnisssystemen bereits als erfolgreich und effektiv erwiesen haben. Dadurch sind Menschen in Gefängnissen einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt, und wer bereits mit HIV/Aids lebt, hat ein erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, eine Ko-Infektion mit Hepatitis C und/oder TBC und einen frühen Tod.

Das Versäumnis, umfassende Programme durchzuführen, die bekanntermaßen das HIV-Übertragungsrisiko in Gefängnissen reduzieren und der Gesundheit der bereits Infizierten förderlich sind, beruht oftmals auf politischem Desinteresse oder einer Politik, die der Null-Toleranz gegenüber Drogen Priorität einräumt vor einer Null-Toleranz gegenüber HIV/Aids. In einigen Fällen rührt das Versäumnis auch aus mangelnden staatlichen Ressourcen und fehlender Infrastruktur, um die übergroße Not zu lindern. Und manchmal fallen all diese Ursachen zusammen.

Diese Krise des öffentlichen Gesundheitswesens (Public Health) erfordert dringend die Aufmerksamkeit und das Handeln aller Regierungen.

Gemäß nationalem und internationalem Recht sind die Regierungen moralisch und ethisch dazu verpflichtet, die Ausbreitung von HIV/Aids in Gefängnissen zu verhindern und eine angemessene, einfühlsame Versorgung, Behandlung und Unterstützung für Infizierte bereitzustellen. Was zu tun ist, liegt klar auf der Hand: Viele Länder verfügen bereits über Strategien und Programme, welche die Ausbreitung von HIV in Gefängnissen wirksam reduzieren und für Inhaftierte mit HIV/Aids Pflege, Behandlung und Unterstützung bieten – sie sollten nun breite Anwendung finden.

⁴ Nach Studien in verschiedenen west- und osteuropäischen Ländern sowie in Zentralasien liegen die HIV-Prävalenzraten bei Häftlingen zwischen 0 und 17%.

IV.6

Menschen in Haftanstalten haben das gleiche Recht auf Gesundheit wie die Menschen draußen, und das Leben und Wohlbefinden aller ist auf vielfache Weise miteinander verbunden. Schützen wir die Gefangenen, dann schützen wir auch unsere Allgemeinbevölkerung. Schützt man die Gefangenen, schützt man zugleich die Gefängnismitarbeiter/innen, die ebenfalls ein Recht auf Schutz vor HIV/Aids, Hepatitis C und TBC haben und deren Bedürfnisse sich in dieser Hinsicht vollkommen mit denen der Inhaftierten decken.

Die Vertreter der 55 Regierungen aus Europa und Zentralasien, die sich in dieser Woche in Dublin treffen, um im Kampf gegen HIV/Aids „Grenzen zu überwinden“, rufen wir dazu auf, bei jenen Grenzen zu beginnen, die ihrer Kontrolle unterliegen – den Grenzen, die bislang die Einführung umfassender HIV/Aids-Programme in Gefängnissen verhindert haben.

Ziel

Diese Erklärung formuliert die Rahmenbedingungen für eine effektive Antwort auf HIV/Aids in den Gefängnissen Europas und Zentralasiens. Die hier ausgeführten Prinzipien und Artikel beruhen auf den Erfahrungen bester internationaler Praxis, auf wissenschaftlichen Ergebnissen sowie den grundlegenden Menschenrechten der Inhaftierten und der Pflicht der Staaten, diese Rechte zu verwirklichen.

Die Grundprinzipien

1. Prinzip: Menschen in Gefängnissen sind Teil unserer Gemeinschaft.

Bei den Inhaftierten handelt es sich um Väter und Mütter, Brüder und Schwestern, Söhne und Töchter, Großväter und Großmütter, Ehemänner und Ehefrauen, Geliebte, Partner/innen und Freunde/Freundinnen. Der Umstand, dass sie eine Zeit lang inhaftiert sind, ändert nichts an dieser Tatsache. Gefangene kommen aus unserer Gemeinschaft, und die allermeisten kehren in unsere Gemeinschaft zurück.

2. Prinzip: Menschen im Gefängnis haben ein Recht auf Gesundheit

Dieses Recht wird verbürgt durch das internationale Recht und durch internationale Richtlinien, Regeln und Abkommen, darunter die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*, der *Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* (Artikel 12), der *Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte* (Artikel 10.1), die *Allgemeinen Grundprinzipien für die Behandlung von Gefangenen* (Grundprinzipien 5 und 9) der Vereinten Nationen und die *Empfehlungen der Ministerkonferenz der Mitgliedstaaten zu ethischen und organisatorischen Aspekten der Gesundheitsfürsorge in Gefängnissen* (Empfehlung 10) des Europarates. Darin eingeschlossen sind das Recht auf ärztliche Behandlung und Präventivmaßnahmen und das Recht auf eine gesundheitliche Versorgung, die den im Gemeinwesen geltenden Standards entspricht. Die Staaten sind verpflichtet, dieses Prinzip einzuhalten. Diejenigen, die das nicht tun, verstoßen gegen das internationale Recht und gegen die internationalen Richtlinien zur Behandlung von Gefangenen.

3. Prinzip: Gesundheit im Gefängnis heißt Gesundheit für die Allgemeinheit.

Die große Mehrheit der Inhaftierten kehrt irgendwann in die Gemeinschaft zurück. Daher werden Krankheiten, die man sich im Gefängnis zugezogen hat oder die durch die Haftbedingungen verschlimmert wurden, nach der Entlassung zu einer Angelegenheit der öffentlichen Gesundheit. Regierungen können Themen der „Gesundheit im Gefängnis“ nicht ignorieren, handelt es sich dabei doch um Themen der öffentlichen Gesundheit. Die Reduzierung von HIV- und Hepatitis-C-Infektionen in Gefängnissen trägt wesentlich dazu bei, die Ausbreitung dieser Krankheiten in der Allgemeinbevölkerung einzudämmen. Effektive Programme der TBC-Behandlung in Haftanstalten helfen, die Ausbreitung der (multiresistenten) TBC innerhalb und außerhalb der Gefängnisse zu verhindern.

4. Prinzip: Die Gesundheit der Inhaftierten zu schützen und die Übertragung von Krankheiten in Gefängnissen zu mindern, heißt zugleich, die Gesundheit des Gefängnispersonals zu schützen.

Wird der Gesundheitszustand von Inhaftierten verbessert und das Auftreten von Krankheiten in Gefängnissen reduziert, kommt dies dem Gefängnispersonal zugute. Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und der Präventionsprogramme für die Gefangenen ist integraler Bestandteil der Förderung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz für Haftbedienstete.

5. Prinzip: Sex und intravenösen Drogengebrauch gibt es auch im Gefängnis. In vielen Anstalten ist beides weit verbreitet.

Erfahrungen in Europa und Zentralasien (wie auch sonst in der Welt) zeigen, dass sexuelle Kontakte und intravenöser Drogengebrauch in Gefängnissen vorkommen und oft weit verbreitet sind. Regierungen müssen dies öffentlich zugeben und angemessene Handlungsstrategien entwickeln. Diese Wirklichkeit zu leugnen, heißt, den Kampf gegen HIV/Aids in Gefängnissen zu behindern.

6. Prinzip: Harm Reduction (Schadensbegrenzung) und nicht Null-Toleranz muss die pragmatische Handlungsbasis für den Kampf gegen HIV/Aids und die HIV/Aids-Versorgung in Gefängnissen sein.

International ist nachgewiesen, dass sich die HIV-Infektion in Gefängnissen ausbreitet, manchmal mit alarmierender Geschwindigkeit. Eine Politik der Null-Toleranz gegenüber dem Drogengebrauch kann eine effektive HIV/Aids-Bekämpfung in Gefängnissen behindern. Die Kriminalisierung des Drogengebrauchs hat dazu geführt, dass der Anteil von Drogenkonsument(inn)en in Gefängnispopulationen überproportional hoch ist. Viele hören nicht allein aufgrund der Tatsache, dass sie inhaftiert sind, mit dem Drogenkonsum auf. Viele Gefangene spritzen sich weiterhin regelmäßig oder gelegentlich Drogen. Null-Toleranz-Ansätze gegenüber dem Drogengebrauch, die diese Realität missachten, zeitigen Gefängnismaßnahmen, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass unsafe injiziert wird, wo-

durch das HIV-Übertragungsrisiko steigt. Um HIV/Aids in Haftanstalten effektiv zu bekämpfen, müssen Strategien für den Justizvollzug und die gesundheitliche Versorgung auf der Philosophie von Harm Reduction (Schadensbegrenzung) gründen.⁵

7. Prinzip: HIV/Aids in Gefängnissen stellt in vielen Ländern ein großes Problem dar. Staaten müssen die Epidemie gemeinsam und kooperativ bekämpfen.

HIV/Aids ist ein internationales Problem, das nach internationalen Lösungen verlangt. Die HIV-Prävention in Haftanstalten und die medizinische Versorgung der Häftlinge mit HIV/Aids können sehr teuer werden. In diesem Kampf sind reichere Länder moralisch verpflichtet, ärmere Länder zu unterstützen.

8. Prinzip: Der Kampf gegen Hepatitis C in Gefängnissen ist genauso dringend wie der Kampf gegen HIV/Aids und muss in alle Initiativen zur Prävention und Behandlung von HIV/Aids integriert werden.

Zu Infektionen mit Hepatitis C kommt es größtenteils durch unsafe Injektionspraktiken. In den Haftanstalten vieler Länder sind auch die Hepatitis-C-Raten um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung, und viele Häftlinge mit HIV/Aids sind mit Hepatitis C ko-infiziert. Der

⁵ *Harm Reduction (Schadensbegrenzung) ist ein Katalog von praktischen Strategien zur Abmilderung der negativen Folgen des Drogengebrauchs, die von Safer Use über den kontrollierten Gebrauch bis hin zur Abstinenz reichen. Zu Harm Reduction gehören die Versorgung mit sterilen Spritzbestecken und Desinfektionsmitteln, um das Mitbenutzen verunreinigter Nadeln und Spritzen zu verhindern, und das Angebot unterschiedlicher Therapien für Drogenabhängige einschließlich der Substitution. Harm Reduction akzeptiert, dass der Gebrauch legaler und illegaler Drogen wohl oder übel zu unserer Welt gehört, und versucht, seine schädliche Wirkungen zu begrenzen, statt ihn zu ignorieren oder zu verurteilen. Drogengebrauch wird als ein vielschichtiges Phänomen verstanden, das ein Kontinuum von Verhaltensweisen von schwerem Missbrauch bis hin zu völliger Abstinenz umfasst. Zugleich wird anerkannt, dass manche Formen des Drogengebrauchs weniger schädlich sind als andere. Harm-Reduction-Strategien „holen Drogenkonsument(inn)en dort ab, wo sie gerade stehen“, gehen ein auf den Drogengebrauch selbst wie auch auf seine Bedingungen und erfordern nicht wertende, freiwillig nutzbare Dienstleistungen und Ressourcen für Drogengebraucher/innen und die Gemeinschaften, in denen sie leben, um sie bei der Minderung von Folgeschäden zu unterstützen. (Von der Harm Reduction Coalition [www.harmreduction.org] übernommene Definition.)*

Kampf gegen Hepatitis C in Gefängnissen ist daher mit dem Kampf gegen HIV/Aids verquickt. Die in dieser Erklärung formulierten Rechte und Prinzipien gelten in gleichem Maße für Hepatitis C. Staatliche Strategien der HIV-Prävention und Maßnahmen zur Versorgung von Menschen mit HIV/Aids müssen mit den gegen Hepatitis C gerichteten Strategien verflochten werden.

Aktionsrahmen

Artikel 1: Gefangene haben das Recht, sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen. Gefangene mit HIV/Aids haben das Recht, sich vor einer Ko-Infektion mit Hepatitis C und TBC zu schützen.

Staaten stehen deshalb in der Verantwortung,

- ▶ dafür zu sorgen, dass „draußen“ verfügbare Angebote der HIV-Prävention auch in den Gefängnissen zugänglich sind. Das schließt den freien Zugang zu Maßnahmen der HIV-Prävention und Schadensbegrenzung ein, wozu u. a. sterile Spritzbestecke und Spritzzubehör, Kondome und andere Safer-Sex-Materialien, Bleich- und Desinfektionsmittel sowie sichere Tätowierinstrumente gehören.
- ▶ Gefangenen den freien Zugang zu Methadon und anderen Substitutionsbehandlungen in jenen Ländern zu ermöglichen, wo diese Behandlungen auch im Gemeinwesen zugänglich sind. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Menschen, die sich bereits in einer solchen Behandlung befinden, diese im Gefängnis weiterführen können und dass während der Haft eine Substitution begonnen werden kann. Länder, in denen die Substitutionsbehandlung noch nicht legalisiert oder eingeführt wurde, sollten dies nachholen.
- ▶ Harm-Reduction-Maßnahmen so zugänglich zu machen, dass Vertraulichkeit gewahrt und Diskriminierung vermieden wird.
- ▶ präzise und leicht verständliche Information über die sachgemäße Anwendung schadensmindernder Maßnahmen unter Nutzung geeigneter Verteilwege anzubieten.
- ▶ während der Haft rechtzeitig eine wirksame TBC-Behandlung bereitzustellen und für eine angemessene Weiterbehandlung nach der Entlassung zu sorgen.

Artikel 2: Häftlinge mit HIV/Aids haben das Recht auf Erhalt und Förderung ihrer Gesundheit.

Daher stehen Staaten in der Verantwortung,

- ▶ freien Zugang zu einer HIV/Aids-Behandlung und pflegerischen Versorgung zu ermöglichen, die dem landesüblichen Standard entsprechen. Dazu sollten die antiretrovirale Therapie, angemessene Ernährung, gesundheitsfördernde Angebote und Medikamente zur Schmerzbehandlung gehören.
- ▶ Gefangenen den gleichen Zugang zu noch nicht erprobten, experimentellen und alternativen Therapien zu verschaffen, wie er für Menschen außerhalb des Justizvollzugs besteht.
- ▶ für HIV-positive Schwangere in Haft eine gute gynäkologische Versorgung und Geburtshilfe bereitzustellen, wozu auch eine kontinuierliche antiretrovirale Therapie und eine Prophylaxe für das Kind während und nach der Geburt gehören, um eine HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind zu verhindern.
- ▶ in den Gefängnissen für eine ausreichende Ausstattung mit medizinisch qualifiziertem Personal zu sorgen.
- ▶ die Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten als Schlüsselement in eine umfassende HIV-Versorgung einzubeziehen.
- ▶ für eine Verbesserung von Haftbedingungen (Überbelegung, schlechte Wohn- und Hygienebedingungen, Lichtmangel und schlechte Belüftung) zu sorgen, die Menschen mit geschwächtem Immunsystem zusätzlich beeinträchtigen können.
- ▶ nichtstaatlichen Organisationen und anderen externen Gesundheitsfachkräften den Zugang zu gewähren, damit sie bei der Pflege, der medizinischen Behandlung und psychosozialen Unterstützung mitwirken können.

Artikel 3: Gefangene haben das Recht auf Anonymität ihres HIV-Status.

Daher stehen Staaten in der Verantwortung,

- ▶ für die medizinischen Unterlagen von Häftlingen Datenschutz und Vertraulichkeit zu garantieren.
- ▶ dafür zu sorgen, dass infizierte Gefangene nicht auf eine Weise untergebracht, klassifiziert oder behandelt werden, die ihren HIV-Status of-

fen legt, und dass ihre Akten nicht besonders markiert oder gekennzeichnet werden.

Artikel 4: Gefangene haben das Recht auf informierte Zustimmung im Hinblick auf medizinische Behandlung einschließlich des Rechts auf Ablehnung einer Behandlung.

Daher stehen Staaten in der Verantwortung,

- ▶ bei Häftlingen mit HIV/AIDS Zwangsbehandlungen zu verbieten.
- ▶ dafür zu sorgen, dass für HIV-positive Gefangene Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten bereitstehen, die es ermöglichen, informierte Therapieentscheidungen zu treffen.

Artikel 5: Gefangene haben das Recht auf freiwillige, vertrauliche HIV-Tests sowie auf Beratung vor und nach dem Test. Gefangene haben das Recht auf Aufklärung, bevor sie in einen Test einwilligen, einschließlich des Rechts auf Ablehnung eines Test.

Daher stehen Staaten in der Verantwortung,

- ▶ Zwangstests auf HIV bei Gefangenen zu verbieten.
- ▶ Zugang zu freiwilligen, vertraulichen HIV-Tests zu schaffen.
- ▶ dafür zu sorgen, dass eine angemessene Beratung vor und nach dem HIV-Test ein verbindliches Element in den Testvorschriften und in der Testpraxis darstellt.
- ▶ Zugang zu *anonymen* HIV-Tests in jenen Ländern zu schaffen, wo diese Möglichkeit für die Allgemeinbevölkerung besteht.

Artikel 6: Gefangene mit HIV/AIDS haben das Recht auf ein Leben ohne Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt.

Daher stehen die Staaten in der Verantwortung,

- ▶ dafür zu sorgen, dass Gefangene mit HIV/AIDS nicht aufgrund ihres HIV-Status gegen ihren Willen von der Gefängnisgemeinschaft abgesondert oder isoliert werden.
- ▶ sicherzustellen, dass Gefangene mit HIV/AIDS nicht aufgrund ihres HIV-Status von Gefängnisprogrammen, Arbeit oder Freizeitaktivitäten ausgeschlossen werden.

- ▶ allen Häftlingen und Anstaltsmitarbeiter(inne)n Information und Aufklärung anzubieten.
- ▶ gegen Aidsphobie bei Häftlingen und Anstaltsmitarbeiter(inne)n vorzugehen.
- ▶ das gesamte Gefängnispersonal regelmäßig im Hinblick auf übertragbare Krankheiten und Drogengebrauch fortzubilden und dabei jeweils die neuesten Erkenntnisse zu berücksichtigen.

Artikel 7: Gefangene haben das Recht auf zuverlässige, nicht wertende und leicht zugängliche Information und Aufklärung über HIV/Aids.

Daher stehen Staaten in der Verantwortung,

- ▶ ein solches Angebot in verschiedenen Formen regelmäßig zur Verfügung zu stellen.
- ▶ die HIV-Prävention als ein Element eines umfassenden STI-Präventionsprogramms zu thematisieren.
- ▶ nichtstaatlichen Organisationen und anderen externen Gesundheitsfachkräften Zugang zu gewähren, um bei der Bereitstellung von Information und Aufklärung mitwirken zu können.
- ▶ die von Gefangenen initiierte Peer-Education zu unterstützen.

Artikel 8: Gefängnispopulationen haben ein Recht darauf, dass ihre Unterschiedlichkeit bei der Planung und Ausführung von HIV/Aids-Services anerkannt und berücksichtigt wird.

Daher stehen Staaten in der Verantwortung,

- ▶ HIV/Aids-Programme und -Services anzubieten, die Unterschiede im Hinblick auf Geschlecht, Alter, Rasse, ethnische Zugehörigkeit, Sprache, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität berücksichtigen und respektieren.

IV.6

Artikel 9: Inhaftierte, Gefängnispersonal und nichtstaatliche Organisationen sollten in die Planung und Durchführung von HIV/Aids-Programmen in Gefängnissen einbezogen werden.

Daher stehen Staaten in der Verantwortung,

- ▶ Strukturen zu schaffen, die eine angemessene Mitwirkung von Häftlingen, Gefängnismitarbeiter(inne)n und nichtstaatlichen Organisationen im Hinblick auf Inhalt, Planung und Durchführung von HIV/Aids-Programmen ermöglichen.
- ▶ eine von den Gefangenen geleistete Aufklärung und psychosoziale Unterstützung zu ermutigen und zu fördern.
- ▶ die Nachhaltigkeit kurzfristiger NGO-Interventionen durch deren Einbettung in Gefängnisprogramme zu sichern.

Artikel 10: Gefangene mit HIV/Aids haben das Recht auf Kontinuität der gesundheitlichen Versorgung nach der Entlassung.

Daher stehen Staaten in der Verantwortung,

- ▶ ein Verweisungssystem zwischen den Gefängnissen und dem öffentlichen Gesundheitswesen im Hinblick auf medizinische Versorgung, soziale Dienste, Substitutionsbehandlung und Harm-Reduction-Angebote einzurichten.
- ▶ dafür zu sorgen, dass Einrichtungen des öffentlichen Gesundheits- und Sozialwesens über ausreichende Ressourcen verfügen, um entlassene Häftlinge betreuen zu können.

Artikel 11: Reichere Länder sind verpflichtet, ärmere Länder in punkto HIV-Prävention und medizinische Behandlungsmöglichkeiten für Gefangene zu unterstützen.

Daher stehen reichere Staaten in der Verantwortung,

- ▶ Ländern mit geringeren Ressourcen und schwächerer medizinischer/pharmazeutischer Infrastruktur bezahlbare Behandlungsmöglichkeiten und Therapien, Harm-Reduction-Maßnahmen und fachliche Expertise zur Verfügung zu stellen. Dazu gehört ebenso die Möglichkeit der Entwicklung von HIV-Generika.



Erklärung zu Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit

(verabschiedet am 24. Oktober 2003 in Moskau)*



Die Teilnehmer der am 23. und 24. Oktober 2003 in Moskau von Weltgesundheitsorganisation und Russischer Föderation gemeinschaftlich veranstalteten Tagung gingen bei ihren Erörterungen von den internationalen Grundsätzen aus, die eine enge Verbindung zwischen öffentlicher Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Inhaftierten als notwendig bezeichnen.

* Übersetzung: Health in Prisons Project (WHO Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit dem Department of Health/Großbritannien), Original im Internet unter http://hipp-europe.org/NEWS/moscow_declaration_engo4.pdf, deutsche Fassung: http://hipp-europe.org/NEWS/moscow_declaration_gero4.pdf. Bearbeitung: Holger Sweers

IV.6

Diese Erklärung wird von folgenden Prinzipien geleitet:

Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Artikel 12):

Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

Grundprinzipien der Vereinten Nationen (VN) für die Behandlung von Gefangenen, Prinzip 9:

Gefangenen ist ohne Ansehen ihrer Rechtslage der Zugang zu den Gesundheitsdiensten ihres Landes zu gewähren.

Grundprinzipien der Vereinten Nationen zu ärztlicher Ethik im Zusammenhang mit der Rolle von medizinischem Personal, insbesondere von Ärzten, beim Schutz von Strafgefangenen und Inhaftierten vor Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung, Prinzip 1:

Medizinisches Personal, insbesondere Ärzte, die mit der medizinischen Versorgung von Strafgefangenen und Inhaftierten betraut sind, sind verpflichtet, deren körperliche und geistige Gesundheit in gleichem Maße und auf die gleiche Weise zu schützen und gegen Krankheiten zu behandeln wie bei nicht gefangenen oder inhaftierten Personen.

Außerdem nahmen die Teilnehmer den 11. Allgemeinen Bericht des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) zur Kenntnis, in dem eine Stellungnahme zu den staatlichen Verpflichtungen gegenüber Gefangenen in wirtschaftlich schweren Zeiten enthalten ist:

Das CPT ist sich bewusst, dass in wirtschaftlich schweren Zeiten (...) Opfer gebracht werden müssen und dass Strafanstalten hier keine Ausnahme bilden. Ungeachtet aller Schwierigkeiten bringt der Freiheitsentzug für eine Person jedoch immer eine Fürsorgepflicht mit sich, die wirksame Methoden der Prävention, Überwachung und Behandlung erfordert. Die Erfüllung dieser Behördenpflicht ist vor allem bei der Behandlung lebensbedrohlicher Krankheiten wichtig.

Erklärung

Die Teilnehmer der Internationalen Tagung zu Gesundheit im Strafvollzug vom 23. bis 24. Oktober 2003 in Moskau, darunter führende Vertreter aus Gefängnis- und Gesundheitswesen in der Europäischen Region, möchten alle Länder der Region auf die Unverzichtbarkeit einer engen Verbindung und Verzahnung von öffentlichen Gesundheitsdiensten und solchen im Strafvollzug aufmerksam machen. Die Teilnehmer weisen darauf hin, dass diese Probleme nicht nur für die Strafvollzugssysteme in den europäischen Ländern, sondern für die gesamte Menschheit ein Thema sind. Die Teilnehmer nehmen dabei auch frühere Erklärungen der Vereinten Nationen und des Europarats zu den Gefangenenrechten zur Kenntnis.

In allen Ländern der Welt bilden Angehörige der ärmsten und randständigsten Bevölkerungsgruppen den Großteil der Gefängnisinsassen. Viele von ihnen leiden darum an Tuberkulose, sexuell übertragenen Krankheiten, HIV/Aids und psychischen Störungen. Oft werden diese Krankheiten erst spät erkannt. Dabei kann es sich kein Land erlauben, die weit verbreiteten Wegbereiter von Krankheit im Gefängnis wie Überfüllung, unangemessene Ernährung und andere unbefriedigende Zustände zu ignorieren.

Die Teilnehmer stellen fest, dass Gesundheit im Strafvollzug ein integraler Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens eines jeden Landes sein muss. Hierbei müssen die öffentlichen Gesundheitsdienste und die des Gefängniswesens aus folgenden Gründen gleichermaßen Verantwortung für die Gesundheit im Strafvollzug tragen:

- ▶ Unter den Gefängnisinsassen sind randständige Bevölkerungsgruppen überproportional stark vertreten. Darunter sind Menschen, deren Gesundheit angeschlagen ist, die an chronischen, unbehandelten Krankheiten leiden, die regelmäßig Drogen konsumieren oder anders gefährdet sind und z.B. Risikoverhalten wie Drücken und Anschaffen praktizieren.
- ▶ Die Bewegung infizierter oder stark infektionsgefährdeter Menschen in die Gefängnisse und zurück in die Gesellschaft bedeutet bei Fehlen wirksamer Behandlung und Nachsorge sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gefängnismauern ein erhöhtes Verbreitungsrisiko für übertragbare Krankheiten. Präventions- und Therapieantworten hierauf müssen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und vernünftigen Grundsätzen öffentlicher Gesundheit beruhen und dabei private und nichtstaatliche Organisationen und die Betroffenen mit einbeziehen.

IV.6

- ▶ Die meisten Gefängnisse der Welt bieten ungesunde Lebensbedingungen. Überfüllung, Gewalt, Mangel an Licht, frischer Luft und sauberem Wasser, schlechtes Essen und Infektionsausbreitung beispielsweise durch Tätowieren sind an der Tagesordnung. Die Infektionsraten für Tuberkulose, HIV und Hepatitis sind weit höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Die in der Mehrzahl der Länder der Region entstandene Lage im Strafvollzug erfordert dringend umfassende Maßnahmen gegen die Verbreitung von Krankheiten unter den Gefängnisinsassen und für entschiedene Aufklärung und Erziehung, wobei Präventionsmittel bereitgestellt werden müssen. Die Teilnehmer geben zur Verbesserung der Gesundheit aller Inhaftierten, zum Schutz der Gesundheit der Strafvollzugsbeschäftigten und als Beitrag zur Erfüllung der Gesundheitsziele der Regierungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen WHO-Region daher folgende Empfehlungen:

- ▷ Den Regierungen der Mitgliedstaaten wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den für die Gesundheit und für den Strafvollzug zuständigen Ministerien empfohlen, um hohe Qualitätsstandards bei der Behandlung von Gefangenen und zum Schutze der Beschäftigten zu sichern, gemeinsame Fachschulungen zu moderner Krankheitsbekämpfung durchzuführen, eine hohe Professionalität des medizinischen Strafvollzugspersonals zu erzielen, Behandlungskontinuität in Strafvollzug und Gesellschaft zu erreichen und die Statistiken zu vereinheitlichen.
- ▷ Den Regierungen der Mitgliedstaaten wird empfohlen, jedem durch Freiheitsentzug Bestraften die erforderliche Gesundheitsversorgung kostenfrei zukommen zu lassen.
- ▷ Den öffentlichen Gesundheitssystemen und denen des Strafvollzugs wird die Zusammenarbeit empfohlen, damit Schadensbegrenzung das Leitprinzip für Präventivkonzepte gegen die Übertragung von HIV/Aids und Hepatitis im Strafvollzug wird.
- ▷ Den öffentlichen Gesundheitssystemen und denen des Strafvollzugs wird die Zusammenarbeit empfohlen, damit Tuberkulose im Strafvollzug früh entdeckt, rasch und angemessen behandelt und ihre Übertragung verhindert wird.
- ▷ Regierungsorganisationen, den medizinischen Diensten in Gesellschaft und Strafvollzug, den internationalen Organisationen und den Massenmedien wird empfohlen, sich vereint um die Gestaltung und

Umsetzung einer komplexen Vorgehensweise gegen die Doppelinfektion durch Tuberkulose und HIV zu bemühen.

- ▷ Den staatlichen Behörden, den medizinischen Diensten in Gesellschaft und Strafvollzug, den internationalen Organisationen und den Massenmedien wird empfohlen, sich weiter zu engagieren und sich vereint um eine bessere psychologische und psychiatrische Versorgung der Gefängnisinsassen zu bemühen.
- ▷ Den Regierungen der Mitgliedstaaten wird empfohlen, für verbesserte Gefängnisbedingungen zu arbeiten, sodass die gesundheitlichen Mindestanforderungen in Bezug auf Licht, Luft, Raum, Wasser und Ernährung erfüllt werden.
- ▷ Dem WHO-Regionalbüro für Europa wird empfohlen, dafür Sorge zu tragen, dass all seine Fachreferate und Länderbüros bei ihrer Arbeit die Bedürfnisse und Probleme der Strafvollzugssysteme in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung berücksichtigen und Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit der Gefängnisinsassen entwickeln und koordinieren.

Haftanstalten, Drogen und die Gesellschaft

Eine Stellungnahme („Consensus Statement“) zu Grundsätzen, Maßnahmen und Praktiken*

Projekt Gesundheit in Haftanstalten
der WHO (Regionalbüro für Europa)
und der Pompidou-Gruppe des Europarats

Bern, Schweiz im September 2001

Gesundheit 21

HFA-ZIELE der WHO-REGION EUROPA,
die für diese Stellungnahme Geltung haben

Ziel 2: Gleichheit in der Gesundheitsversorgung

Strategie: Abbau sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheiten zwischen einzelnen Gruppen mittels politischer, gesetzgeberischer und proaktiver Maßnahmen.

Ziel 12: Verminderung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden

Strategie: Breit angelegte Maßnahmen in Bezug auf Prävention und Behandlung.

* Schweizerische Fassung, an die deutsche Rechtschreibung angepasst und korrigiert von Holger Sweers

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung _____	452
Welche Maßnahmen lassen sich aus der vorliegenden Stellungnahme ableiten? _____	453
Zwänge, Einschränkungen und Chancen _____	454
 Aufbau der Stellungnahme _____	 455
 Teil 1: Richtlinien zum Umgang mit Häftlingen, die Drogen missbrauchen oder vor der Inhaftierung missbraucht haben _____	 455
1. Allgemeine Leitlinien _____	455
2. Leitlinien für Hilfsdienste in Vollzugsanstalten _____	458
 Teil 2: Grundsätze und Praktiken innerhalb des Strafverfolgungssystems _____	 461
1. Verhaftung und polizeiliche Verwahrung _____	461
2. Gerichtsverhandlung und mögliche Anordnung eines Therapieprogramms _____	462
3. Inhaftierung _____	463
4. Wartezeit bis zur Gerichtsverhandlung, innerhalb oder außerhalb einer Haftanstalt _____	465
5. Haftzeit _____	466
6. Vorbereitung auf die Entlassung _____	468
7./8. Entlassung und Nachbetreuung _____	469
 Teil 3: Übergreifende Themen und spezielle Bedürfnisse _____	 470
1. Ausbildung und Unterstützung von Mitarbeitenden _____	470
2. Frauen _____	471
3. Jugendliche _____	472
4. Ethnische Minderheiten _____	473
5. Menschen, die bei einem Arbeits-/Urlaubsaufenthalt im Ausland inhaftiert worden sind _____	473
6. Schadensminderung _____	474
7. Komorbidität _____	477
8. Beobachtung und Auswertung _____	478
 Teil 4: Checklisten für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Leiter und Leiterinnen von Vollzugsanstalten _____	 479
1. Checkliste für lokale Anbieter und Anbieterinnen von Gesundheitsdiensten _____	479
2. Checkliste für die Leitenden von Vollzugsanstalten _____	480

Zusammenfassung

Es wird nicht genügend erkannt, dass innerhalb der Strafvollzugssysteme wesentlich mehr für eine Verminderung der gesundheitlichen Schäden des Drogenkonsums und eine erfolgreiche Behandlung einer großen Zahl derjenigen Häftlinge getan werden könnte, die drogenabhängig sind. Aktive Gesundheitsförderung in Vollzugsanstalten kann einen erheblichen Beitrag zum Erfolg der nationalen Strategien zur Bekämpfung der Drogen- und Alkoholprobleme in der Gesellschaft leisten.

Die gegenwärtigen nationalen Strategien zum Umgang mit den negativen Begleiterscheinungen verbotener Drogen stützen sich auf Gesetze, die auf die Verminderung des Angebots, der Nachfrage, des Genusses und der aus Drogen resultierenden Schäden zielen. Unter den Inhaftierten wächst der Anteil derer, die sich wegen Drogendelikten in Haft befinden. Die Erfahrungen aus dem Projekt Gesundheit in Haftanstalten des WHO-Regionalbüros für Europa (HIPP) haben gezeigt, dass jede nationale Strategie zur Verminderung der Schäden des illegalen Drogenkonsums das Drogenproblem in Vollzugsanstalten berücksichtigen muss. Viele derjenigen, die in den Vollzug kommen, sind bereits zu diesem Zeitpunkt abhängig und benötigen Behandlung und Unterstützung, um die Schäden ihres Drogenkonsums zu vermindern. Der Vollzug bietet dazu eine einmalige Gelegenheit.

Diese Stellungnahme stützt sich auf die Erfahrungen und Ratschläge der Ländervertreter des WHO-Projekts „Gesundheit in Haftanstalten“ (Health in Prison, HIPP) und der Pompidou-Gruppe des Europarats sowie die Ratschläge ausgewiesener Experten aus vielen Teilen Europas. Sie wurde verfasst auf der Grundlage der Gespräche an der „WHO/Europarat-Konferenz über Haftanstalten, Drogen und die Gesellschaft“ vom September 2001 in Bern, unter der Schirmherrschaft der Schweizer Bundesregierung.

Dieses Dokument richtet sich an die Verantwortlichen, die in Regierung und nichtstaatlichen Organisationen Einfluss auf die Gesundheitspolitik haben, und verbessert die Aussichten auf eine angemessene Gesundheitsversorgung für die gesellschaftlich am stärksten benachteiligten und ausgegrenzten Menschen in Europa. Jedes Land muss die Empfehlungen vor dem Hintergrund des eigenen rechtlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Umfelds prüfen. Das Ziel ist eine nachhaltige Umsetzung. Dies setzt Verständnis und Akzeptanz für die Maßnahmen voraus. Die Erklärung sollte deshalb allen im Gefängnisbereich tätigen Mitarbeiterinnen und

Mitarbeitern und, wenn möglich, auch den Häftlingen zugänglich gemacht werden.

Grundlage des Berichts sind die Leitlinien des WHO-Projekts (Regionalbüro für Europa) Gesundheit in Haftanstalten (HIPP). Der Freiheitsentzug muss als die einzig rechtmäßige Strafe für die Häftlinge verstanden werden. Die Haft darf weder die Würde und Selbständigkeit der Häftlinge noch deren Selbstachtung und Verantwortungsbewusstsein für ihre künftige Gesundheit bzw. ihr Wohlergehen beschneiden. Viele von ihnen entstammen ohnehin gesellschaftlich benachteiligten Gruppen, denen es an Ausbildung mangelt, die über wenig Selbstwertgefühl verfügen, die unter Armut leiden, keine Arbeit haben und sich oft in schlechter psychischer Verfassung befinden.

Mit der hohen Priorität, welche die Autoren dieses Berichts seiner Verbreitung, Erörterung und Umsetzung beimessen, wollen sie unterstreichen, dass alle Empfehlungen auf Best Practice basieren. In einigen Ländern Europas sind viele der Empfehlungen bereits mit Erfolg umgesetzt worden. Europa sollte alle möglichen Anstrengungen unternehmen, als erste WHO-Region das Drogenproblem in Vollzugsanstalten umfassend und erfolgreich anzugehen, um so einen konkreten Beitrag zur Schadensminderung im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen in der Gesellschaft zu leisten.

Um die Umsetzung zu erleichtern, finden sich im Anhang Richtlinien und Checklisten für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Leiter und Leiterinnen von Vollzugsanstalten. Dabei ist es wichtig, den Häftlingen so viele Informationen wie möglich zur Verfügung zu stellen. Dieser Aspekt wird in den Checklisten behandelt.

Welche Maßnahmen sind aus der vorliegenden Stellungnahme abzuleiten?

- ▶ Mitgliedsstaaten und Partnerorganisationen sind aufgefordert, Entscheidungsträger aus Politik und Praxis auf diesen Bericht aufmerksam zu machen.
- ▶ Alle, die mit der Ausgestaltung oder Umsetzung von Entscheidungen auf diesem Gebiet betraut sind, sollten die gegenwärtige Praxis mit den hier vorgestellten Empfehlungen vergleichen, bei Bedarf Maßnahmen erwägen und allenfalls entsprechende Mittel bereitstellen.

IV.6

- ▶ Es wird zudem empfohlen, die getroffenen Maßnahmen zu dokumentieren, damit andere weiterhin vom Erfahrungsaustausch profitieren können.

Zwänge, Einschränkungen und Chancen

Es ist bekannt, dass Haft und Drogen im Rahmen des jeweiligen sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, rechtlichen und politischen Umfelds jedes Mitgliedsstaates zu berücksichtigen sind. Was für eine gut ausgestattete Haftanstalt in einem reichen Land angemessen sein mag, kann für ein anderes Gefängnis in einem Land mit großen wirtschaftlichen Herausforderungen unangemessen oder nicht mehr als ein Wunschtraum sein. Auch die Gesamtzahl der Inhaftierten im jeweiligen System und die Anzahl der Haftanstalten können die Drogenbekämpfung bzw. die Umsetzung der Maßnahmen in einem Land wesentlich schwieriger gestalten als in einem anderen. Selbst innerhalb des gleichen Landes können Unterschiede im Wertekanon und in der Kultur, einschließlich der Einstellung zu Drogen, sowie der Grad der Dezentralisierung zu sehr unterschiedlichen regionalen Ansätzen führen.

Die Übernahme und Umsetzung dieser Stellungnahme bietet Politikern die Möglichkeit,

- ▶ die aktuelle Politik und entsprechende Maßnahmen zu überprüfen
- ▶ sich ein besseres Bild über bestehende Prioritäten zu verschaffen
- ▶ bei Bedarf einen Zeitplan zu erstellen für Maßnahmen im Hinblick auf die Entwicklung und Gewährleistung von Standards im Umgang mit Drogen missbrauchenden Menschen.

Die Autoren dieser Stellungnahme sind sich bewusst, dass die Gesetze über den Besitz und die Verbreitung von Drogen erhebliche nationale Unterschiede aufweisen. Es bestehen ferner wesentliche Differenzen hinsichtlich der Optionen, die der Polizei und den Gerichten im Umgang mit unrechtmäßigem Besitz derartiger Drogen oder deren Verbreitung zur Verfügung stehen.

Dieser Bericht fordert die Politiker in jedem Land auf, sich mit allen Maßnahmen auseinander zu setzen, die der Polizei und den Gerichten zur Verfügung stehen und die geeignet sind, die gesundheitlichen und sozialen Erfordernisse der Betroffenen zu berücksichtigen und gleichzeitig die Notwendigkeit der Abschreckung zu gewährleisten.

Aufbau der Stellungnahme

Die Stellungnahme besteht aus vier wesentlichen Teilen:

Teil 1: Richtlinien zum Umgang mit Häftlingen, die Drogen missbrauchen oder vor der Inhaftierung missbraucht haben

Teil 2: Grundsätze und Praktiken innerhalb des Strafverfolgungssystems

Dieser Teil berücksichtigt

- ▶ die verschiedenen Phasen, die ein Straftäter oder Häftling innerhalb der Gerichtsbarkeit oder des Vollzugs durchlaufen kann;
- ▶ übergreifende Themen, die einzelne Gruppen wie Frauen oder junge Straftäter betreffen.

Teil 3: Übergreifende Themen und spezielle Bedürfnisse

Teil 4: Checklisten für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Leiter und Leiterinnen von Vollzugsanstalten.

Teil 1: Richtlinien zum Umgang mit Häftlingen, die Drogen missbrauchen oder vor der Inhaftierung missbraucht haben

1. Allgemeine Leitlinien

1.1 Wir sind uns bewusst, dass der Drogenmissbrauch in Vollzugseinrichtungen den Drogenmissbrauch in der Gesellschaft widerspiegelt. Beispielsweise ist sowohl innerhalb von Gefängnissen als auch außerhalb eine zunehmende Tendenz zur Polytoxikomanie (z. B. Cannabis, zweckentfremdete medizinische Substanzen, Alkohol usw.) zu erkennen. Daraus folgt, dass Therapien im Vollzug entsprechende Angebote außerhalb des Vollzugs ergänzen sollten.

1.2 Wir sind uns bewusst, dass sich Menschen zwischen Haftanstalt und der Außenwelt bewegen. Dies führt dazu, dass sich in den Haftanstalten oftmals Krankheiten ausbreiten, die aus der Gemeinschaft hereingetragen wurden und die in die Gemeinschaft rückübertragen werden. Der Schutz der öffentlichen Gesundheit hängt daher u.a. von einer angemessenen Gesundheitsversorgung der Häftlinge ab.

IV.6

1.3 Wir sind uns bewusst, dass sich die Strafe der Inhaftierung nur auf den Freiheitsentzug bezieht. Die Haftanstalten sollten die Strafe nicht durch den Entzug weiterer Menschenrechte ausweiten, weshalb z.B. eine gemessen am Standard des Gemeinwesens äquivalente Gesundheitsversorgung zu gewährleisten oder die Exposition gegenüber größeren Gesundheitsrisiken als im Gemeinwesen zu vermeiden ist.

1.4 Wir sind uns bewusst, dass Gefängnisse sichere, geschützte und sittsame Orte sein müssen, an denen Menschen leben und arbeiten. Die Gesundheit, Sicherheit und das Wohlergehen aller Häftlinge und Beschäftigten hängen von klaren Regeln, klaren Abläufen und klaren Sanktionen für diejenigen ab, die gegen die Regeln verstoßen.

1.5 Wir sind uns bewusst, dass viele Häftlinge sozial und wirtschaftlich ausgegrenzt sind und vielfach komplexe psychologische, gesundheitliche und familiäre Probleme haben. Diese Faktoren stehen oft im Zusammenhang mit dem Missbrauch eines breiten Spektrums psychoaktiver Substanzen.

1.6 Wir sind uns bewusst, dass das Haftpersonal die geltenden Gesetze beachten muss. Die Strafgesetzgebung bezüglich Missbrauchs von psychoaktiven Substanzen variiert von Land zu Land. Beispielsweise bestehen bei der Altersgrenze für den legalen Kauf bzw. Konsum von Alkohol große nationale Unterschiede. Als Folge gesellschaftlicher Veränderungen werden verschiedentlich Gesetzesänderungen hinsichtlich einzelner Drogen diskutiert. Vollzugsanstalten müssen jedoch die jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen durchsetzen.

1.7 Wir sind uns bewusst, dass zahlreiche Straftaten in Zusammenhang mit Drogenmissbrauch stehen können. Einige Menschen sind im Gefängnis, weil sie entweder illegale Substanzen besaßen (oder dessen verdächtigt werden), verteilten oder missbrauchten bzw. sich mehrere dieser Delikte zuschulden kommen ließen (oder derer verdächtigt werden). Andere sind inhaftiert worden, weil sie ein Beschaffungsdelikt begingen (oder eines solchen verdächtigt werden), um ihren Drogenkonsum zu finanzieren, oder weil ihr Einschätzungsvermögen durch die pharmakologische Wirkung von Drogen beeinträchtigt war. Einige Menschen werden auch inhaftiert, weil sie mit einer (vermeintlichen) Beteiligung an Körperverlet-

zungs- oder Einschüchterungsdelikten oder einer illegalen Form des Drogenhandels in Verbindung gebracht werden. Menschen mit Drogendelikten zu helfen, ist daher nicht nur für ihr gesundheitliches und soziales Wohlergehen wichtig; es ist auch ein Weg, um die Wahrscheinlichkeit einer künftigen Straffälligkeit zu mindern.

1.8 Wir sind uns bewusst, dass das Strafverfolgungssystem berücksichtigen muss, in welcher Form Drogenkonsumenten straffällig geworden sind.

Ferner sind ihre gesundheitlichen und sozialen Belange in Betracht zu ziehen. Ein ausgewogenes Vorgehen ist umso eher zu erreichen, je besser die Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit über die gesundheitlichen, sozialen sowie strafrechtlichen Aspekte des Drogenmissbrauchs informiert sind. Oftmals gleichen die gesundheitlichen und sozialen Maßnahmen bei legalen Substanzen (z. B. Alkohol) denen bei illegalen Substanzen.

1.9 Wir sind uns bewusst, dass Gesundheitsexperten alleine nicht in der Lage sind, das Drogenproblem im Vollzug zu lösen.

Hier ist vielmehr ein multidisziplinärer Ansatz erforderlich. Menschen mit Drogenproblemen benötigen beispielsweise bei der Entlassung aus dem Strafvollzug Unterstützung in Form von Beratung, Informationen und Ausbildung sowie Hilfe bezüglich Unterkunft, Lernen, Beschäftigung und Finanzfragen. Darüber hinaus müssen die Verantwortlichen in den Vollzugsanstalten angemessene Vorkehrungen treffen, um die Möglichkeit der Drogeneinschleusung zu minimieren.

1.10 Wir sind uns bewusst, dass angemessene Maßnahmen zur Reduzierung schädlicher Folgen durch Drogenmissbrauch unerlässlich sind, um Gesundheitsschäden zu reduzieren.

Dies gilt beispielsweise für die Übertragung von Infektionen wie HIV und Hepatitis, aber auch Gewalt, Erpressung und sexuellen Missbrauch, die mit der illegalen Weitergabe von Drogen in Haftanstalten im Zusammenhang stehen können. Wir sind uns auch bewusst, dass einige Maßnahmen zur Schadensbegrenzung im Spannungsfeld mit anderen Aspekten eines Haftanstaltalltags stehen können, wie z. B. Sicherheit, Strafverfolgung und Gesundheit am Arbeitsplatz. Diese Spannungen dürften in einzelnen Ländern und vor dem Hintergrund der jeweiligen Rahmenbedingungen auf unterschiedliche Weise gelöst werden. Darauf wird in einem späteren Abschnitt dieser Stellungnahme näher eingegangen.

IV.6

2. Leitlinien für Hilfsdienste in Vollzugsanstalten

2.1 Wir bekräftigen die Notwendigkeit von Gesundheitsleistungen in Vollzugsanstalten, deren Standards im Wesentlichen mit denen des öffentlichen Gesundheitswesens vergleichbar sind. Das Prinzip der Gleichwertigkeit erfordert Leistungen, die

- ▶ sich nach dem Bedarf richten. Menschen in Haft dürften einen höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen haben als die breite Öffentlichkeit, da ihr Hintergrund häufiger von sozialer Ausgrenzung und wirtschaftlicher Benachteiligung geprägt ist;
- ▶ Menschen bei der Bewältigung oder Behandlung ihrer Drogenabhängigkeit helfen;
- ▶ Inhaftierte in Planungen einbeziehen und sie als Partner betrachten, die für ihre Behandlung und Betreuung selbst die Verantwortung tragen;
- ▶ die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten verhindern;
- ▶ das Gesundheitsbewusstsein fördern (einschließlich beispielsweise des Angebots von Anti-Raucher-Kursen); und
- ▶ die Schäden von risikoträchtigen Verhaltensweisen für Personen und die Umwelt reduzieren.

2.2 Wir bekräftigen die Notwendigkeit einer professionellen Ethik in allen Belangen der Gesundheitsversorgung. Ein wichtiger Aspekt ist dabei das **Grundprinzip der Autonomie**, demzufolge dem Patienten bei medizinischen Eingriffen das Recht einer vollständigen Anhörung (einschließlich der Verweigerungsmöglichkeit) zusteht. Von Bedeutung ist ferner die professionelle Unabhängigkeit der medizinischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von der Verwaltung der Vollzugsanstalt, damit sie ihre Arbeit nach den ethischen Leitlinien ihres Berufsstands ausüben können. Angehörige unterschiedlicher Berufsstände müssen sich darüber klar werden, wie sie mit dem Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht einerseits und interdisziplinärer Arbeit andererseits am besten umgehen. Einige interdisziplinäre Teams bitten Patienten und Patientinnen nach entsprechender Aufklärung um Zustimmung zur gezielten Weitergabe relevanter Informationen.

2.3 Wir bekräftigen, dass ethische Betreuung bewährte Betreuungsmethoden voraussetzt. Dies sollte sowohl innerhalb als auch außerhalb von Vollzugseinrichtungen gelten. Um das Betreuungsangebot effizienter zu gestalten, sind fortgesetzte wissenschaftliche Untersuchungen hinsichtlich der geeignetsten Behandlungsmethoden unabdingbar. Werden Häftlinge in Versuchsprojekte einbezogen, ist zu gewährleisten, dass hinsichtlich Zustimmung und Vertraulichkeit ethische Aspekte angemessen berücksichtigt werden.

2.4 Wir bekräftigen, dass Betreuungsleistungen sowohl effizient als auch effektiv sein sollten. Dies setzt voraus, dass Leistungen auf der Basis von Bedarfsanalysen geplant werden, sich auf Erfahrungswerte stützen, klare Verantwortlichkeiten für die Erbringung bestehen und eine Dokumentation einzelner Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen beinhalten, die eindeutigen Zielen dienen und regelmäßig überwacht und überprüft werden. Die Gesamtergebnisse sollten im Rahmen einer regelmäßigen Beurteilung der gesamten Betreuungsleistungen bewertet werden.

2.5 Wir bekräftigen die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Betreuung. Menschen, die Probleme im Umgang mit Drogen haben und sich wiederholt vorübergehend in Haft befinden, können Kurzaufenthalte in Vollzugsanstalten als sehr kontraproduktiv zu den Behandlungs- und Betreuungsprogrammen in ihrem gewohnten Umfeld empfinden. Um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, ist eine echte Zusammenarbeit zwischen Vollzugsanstalt und externen Organisationen erforderlich. Dies gilt sowohl für den Aufenthalt im Gefängnis als auch für die Zeit danach. Für Inhaftierte mit Drogenproblemen sollte dies integraler Bestandteil der Strategie ihrer Gesundheitsversorgung sein.

2.6 Wir bekräftigen die Notwendigkeit, allen Inhaftierten und Beschäftigten in Vollzugsanstalten entsprechende Informationen und Aufklärung über den Umgang mit Drogen und das Risiko übertragbarer Krankheiten zur Verfügung zu stellen. Der Beitrag, den ein guter Gesundheitsdienst in Vollzugseinrichtungen zur öffentlichen Gesundheitspflege leisten kann, ist nicht zu unterschätzen. Zumeist existiert Informationsmaterial von Organisationen außerhalb der Vollzugseinrichtungen. Dieses kann Haftanstalten auf verschiedenste Weise zur Verfügung gestellt werden, z.B. durch die

Verteilung von Flugblättern sowie durch Diskussionen in Selbsthilfegruppen. Letztere sind speziell für Menschen geeignet, die Schwierigkeiten beim Lesen haben.

2.7 Wir bekräftigen die Notwendigkeit aller vertretbaren Maßnahmen, um das Angebot von Drogen in Vollzugseinrichtungen zu verringern. Dadurch lassen sich die Konsummöglichkeiten der Inhaftierten reduzieren, Anreize für Behandlungsoptionen schaffen und zudem die Gefahren aus der illegalen Beschaffung mindern (z.B. Tyrannisierung, Erpressung und dubiose Finanzgeschäfte – mit ihren Folgen für die psychische Verfassung – sowie Gesundheitsgefahren für die Öffentlichkeit durch die Verbreitung von Infektionen als Folge eines gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen). Auch verschreibungspflichtige Präparate werden mitunter missbraucht, weshalb die Eindämmung von Drogen von einem effektiven Kontrollsystem für verschreibungspflichtige Medikamente begleitet werden sollte.

2.8 Wir bekräftigen die Notwendigkeit aller vertretbaren Maßnahmen, um die Nachfrage nach Drogen in Vollzugseinrichtungen zu reduzieren. Umfassende Untersuchungen, Therapien und Rehabilitationsmöglichkeiten unterstützen Inhaftierte in ihren Bemühungen, den Missbrauch von Drogen einzustellen und damit die Nachfrage insgesamt zu reduzieren.

2.9 Wir bekräftigen die Notwendigkeit, die Drogentherapie eines Einzelnen unter Berücksichtigung seiner Straftat in einem größeren Zusammenhang zu betrachten, um das Risiko einer Wiederholungstat zu reduzieren und die **Bereitschaft zur Reduzierung der Gesundheitsrisiken** durch die Akzeptanz einer Behandlung zu fördern.

Dieser Bericht basiert auf den oben genannten Leitlinien sowie den zusammengetragenen Erfahrungen der im WHO-Projekt Gesundheit in Haftanstalten (HIPP) und in der Pompidou-Gruppe des Europarats vertretenen Länder.

Teil 2: Grundsätze und Praktiken innerhalb des Strafverfolgungssystems

Grundsätze und Praktiken lassen sich aus unserer Sicht am besten anhand der einzelnen Phasen verstehen, in denen Betroffene mit dem Strafverfolgungssystem in Kontakt geraten. Jede dieser Phasen bietet Handlungsmöglichkeiten. Folgende Phasen kommen in Betracht:

1. Festnahme und polizeiliche Verwahrung bei Verdacht auf eine Straftat;
2. Verweismöglichkeit an ein Therapieprogramm oder eine Gemeindeeinrichtung vor oder nach einer Verurteilung;
3. Antritt der Haftstrafe;
4. Phase bis zur Gerichtsverhandlung innerhalb oder außerhalb einer Haftanstalt;
5. Zeit im Gefängnis, sofern Verurteilung durch ein Gericht;
6. Vorbereitung auf die Freilassung;
7. Entlassung in die Freiheit;
8. Nachbetreuung in Freiheit.

Nach einer Betrachtung der einzelnen Phasen soll auf einige übergreifende Themen eingegangen werden.

Die verschiedenen Phasen im Strafverfolgungssystem

1. Verhaftung und polizeiliche Verwahrung

Jeder Mitgliedsstaat hat Gesetze, die den Besitz von und/oder den Handel mit gewissen Substanzen als strafbare Handlung einstufen. Viele Konsumenten von Drogen werden von Zeit zu Zeit verhaftet. Beispielsweise

- ▶ werden sie wegen Drogenbesitz oder -handel festgenommen;
- ▶ machen viele Konsumenten von Drogen die Erfahrung, dass ihnen die Finanzierung ihres Konsums schwer fällt, weshalb sie andere Delikte (z. B. Beschaffungskriminalität) begehen.

Darüber hinaus konsumiert eine erhebliche Zahl der Straftäter zugleich psychoaktive Substanzen (einschließlich Alkohol), und zwar unabhängig davon, ob dies in Verbindung mit der begangenen Straftat steht.

Unser Bestreben in dieser Phase ist es, Informationen über Drogenkonsumenten bestmöglich zu nutzen, um die Angemessenheit der verschiedenen zur Verfügung stehenden Optionen zu beurteilen.

IV.6

Zu den Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen können, zählen:

- ▶ Aufklärung von Polizei und sozialen Diensten über die zur Verfügung stehenden Optionen;
- ▶ Anwesenheit von Suchtfachleuten auf Polizeidienststellen, die Festgenommene unter Berücksichtigung gesundheitlicher und sozialer Aspekte untersuchen und im Falle von Überdosierungen oder von Entzugserscheinungen behandeln bzw. bereits laufende Behandlungen fortführen oder dies in Zusammenarbeit mit externen Stellen gewährleisten können;
- ▶ Ausbildung von Polizeibeamten zur frühzeitigen Erkennung von Anzeichen für Drogenkonsum, damit sie bei Bedarf die zuvor erwähnten Fachleute beiziehen können;
- ▶ Zusammenarbeit von Polizeidienststellen und Drogendiensten. Wenn diese mit einem frisch Verhafteten bereits in Kontakt stehen, kann die Behandlung unter Berücksichtigung der veränderten Umstände fortgeführt werden;
- ▶ Abstimmung der Drogenstellen untereinander, um größtmögliche Klarheit über die einzelnen Zuständigkeiten, die erforderlichen Unterstützungsleistungen und einen angemessenen Informationsaustausch zu erreichen.

2. Gerichtsverhandlung und mögliche Anordnung eines Therapieprogramms

Unser Bestreben ist es, die Verhaftung und das Erscheinen vor Gericht als echte Chance für einen Drogenkonsumenten zu betrachten, um ihn zu einer Auseinandersetzung mit seinen Gewohnheiten und der damit verbundenen Straftat zu ermutigen.

Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen, können beinhalten:

- ▶ den Strafverfolgungsbehörden die Möglichkeit einzuräumen, ein Verfahren einzustellen, wenn der Angeklagte im Rahmen eines Gesundheits- und Betreuungsprogramms, das sich mit dem Drogenkonsum und der damit verbundenen Straftat befasst, sichtbare Fortschritte erzielt;
- ▶ die Gerichte zu ermächtigen, die Kooperationsbereitschaft des Drogenkonsumenten mit Gesundheits- und Betreuungsstellen zu unterstüt-

zen, indem die fortgesetzte Kooperation zur Bedingung für eine Strafaussetzung gemacht wird;

- ▶ derartige Programme zum Bestandteil breiter angelegter Strafen im Dienste des Gemeinwesens zu machen, wie z.B. Bewährungsaufgaben, Sozialdienstverpflichtung in der Gemeinde, Teilzeitaufenthalte in Strafanstalten und Bußgelder.

3. Inhaftierung

Unser Bestreben ist, dass

- ▶ Vollzugsanstalten alle vertretbaren Anstrengungen unternehmen, um Inhaftierten Zugang zu jeglichen nicht rechtmäßig verabreichten Medikamenten zu versperren, egal aus welcher Quelle;
- ▶ Inhaftierte gründlich untersucht werden, damit diejenigen, die nicht mehr an ihr Suchtmittel (einschließlich Alkohol) kommen, identifiziert werden können und ihnen entsprechender gesundheitlicher und sozialer Beistand angeboten werden kann;
- ▶ allen neu Inhaftierten Informationen über Drogen sowie die Bedeutung und Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Reduzierung von Folgeschäden an die Hand gegeben werden;
- ▶ Mitarbeitende in Vollzugseinrichtungen wissen, dass Menschen, die bislang nichts mit Drogen zu tun hatten, in der Haft möglicherweise mit dem Konsum von Drogen beginnen.

Inhaftierte, die Drogen konsumiert haben, benötigen neben Unterstützungsmaßnahmen zur Verarbeitung des Schocks der Inhaftierung auch Hilfe, sich darauf einzustellen, dass sie den gewohnten Zugang zu Drogen nicht mehr haben. Diese Unterstützung sollte die *physischen* und die *psychischen Aspekte der Abhängigkeit berücksichtigen*.

Physische Abhängigkeit

Hier kann eine Reihe von Strategien helfen, welche die nachfolgenden Optionen beinhalten:

- Entzug: Betroffenen wird durch pharmakologische und/oder andere Therapien geholfen, physische Abhängigkeiten von verwendeten Substanzen zu reduzieren.

Substitution: Betroffenen wird geholfen, die physische Abhängigkeit von einer Substanz durch die Verwendung einer alternativen Substanz zu vermindern.⁶ Bei einigen Patienten kann dies Teil eines Entzugprogramms, bei anderen Teil einer längerfristig angelegten Erhaltungsstrategie sein.

Erhaltung: ENTWEDER Betroffene werden durch klinisch verschriebene Erhaltungsdosen eines Substitutionsmittels davon abgehalten, auf eine bestimmte Substanz zurückzugreifen.⁷ ODER Betroffenen wird durch die Verabreichung klinisch verschriebener Erhaltungsdosen einer Substanz dabei geholfen, ihren Konsum einer Substanz zu reduzieren und zu kontrollieren.⁸

Bei einigen dieser Optionen bestehen hinsichtlich der rechtlichen Aspekte und der professionellen Richtlinien nationale Unterschiede.

Psychologische Abhängigkeit

Psychologische und soziale Betreuungsprogramme sind oft noch lange nach Beendigung oder Stabilisierung der physischen Abhängigkeit notwendig. Auf diese wird in Abschnitt 5 eingegangen.

Maßnahmen, die dieses Bestreben bei Inhaftierung unterstützen:

- ▶ unabhängig davon, über welches Angebot eine Vollzugsanstalt verfügt, ist es wichtig, dass neue Häftlinge daraufhin eingeschätzt werden, welche Behandlungsmöglichkeiten in ihrer Situation am geeignetsten sind. Besonders wichtig ist dabei, dass diejenigen, die bereits zuvor in Therapie waren, im Vollzug eine möglichst ähnliche Behandlung erhalten. Gegen die Einwilligung der Betroffenen erscheint die Behandlung einer Abhängigkeit allerdings weder innerhalb noch außerhalb des Vollzugs angebracht oder rechtmäßig, außer bei attestierter Geisteskrankheit;
- ▶ da einige Häftlinge nicht bereit sein dürften, ihren vorherigen Drogenkonsum einzugestehen, kann zum Nachweis von Drogenkonsum für al-

⁶ z.B. Substitution von Heroin durch Methadon.

⁷ z.B. Verabreichung von Methadon-Erhaltungsdosen anstelle von Heroin.

⁸ z.B. Verabreichung von Heroin-Erhaltungsdosen. Hierüber liegen zwar statistische Erhebungen aus dem Gemeinwesen, nicht aber aus dem Vollzug vor; es existiert allerdings ein positiver Erfahrungsbericht über einen kleinen Versuch in zwei Haftanstalten in der Schweiz.

le neuen Häftlinge im Rahmen der gesundheitlichen Eingangsuntersuchung ein Urintest in Betracht gezogen werden. Werden diese Tests durch Gesundheitspersonal vorgenommen, ist es von äußerster Wichtigkeit, dass die Ergebnisse vertraulich behandelt werden;

- ▶ fortgesetzte Beobachtung der Häftlinge nach der Einweisung, damit diejenigen, bei denen der Drogenkonsum zunächst nicht festgestellt werden konnte oder die erst im Gefängnis mit dem Konsum von Drogen beginnen, identifiziert und entsprechend behandelt werden können;
- ▶ Angebot von Entzugstherapien für Häftlinge mit einer Vorgeschichte bezüglich Drogen- und/oder Alkoholmissbrauchs durch ausgebildete Mitarbeiter, bei Bedarf gefolgt von einer überwachten Abstinenz;
- ▶ Schaffen eines Umfelds, das den Druck fortgesetzten Drogenkonsums reduziert, beispielsweise durch die Einrichtung drogenfreier Zonen innerhalb der Haftanstalt, in die sich Inhaftierte in Verbindung mit einem Angebot freiwilliger Drogentests auf eigenes Ersuchen umquartieren lassen können;
- ▶ Angebot von sozialen und psychologischen Betreuungsprogrammen, die Selbsthilfegruppen oder Einzelpsychotherapien beinhalten können;
- ▶ Nutzung eines überwachten Programms zur Verschreibung von Substitutionsmitteln wie beispielsweise Methadon oder Buprenorphin als Teil einer Entgiftungstherapie;
- ▶ Verwendung von Methadon oder Buprenorphin als Teil eines langfristigen Erhaltungsprogramms;
- ▶ Einführung von Maßnahmen zur Reduzierung von Toxizität durch Überdosen und/oder Kontaminanten und/oder Infektionen verschiedener Art (siehe späteren Abschnitt über Schadensminderung).

4. Wartezeit bis zur Gerichtsverhandlung, innerhalb oder außerhalb einer Haftanstalt

In vielen Ländern kann es mehrere Gerichtsverhandlungen erfordern, bevor ein Angeklagter gegebenenfalls schuldig gesprochen und die Höhe des Strafmaßes festgelegt wird. Oftmals wird bei jeder Verhandlung neu darüber entschieden, ob der Angeklagte die Zeit bis zur Urteilsverkündung in Untersuchungshaft verbringen muss oder auf freiem Fuß bleibt. In dieser Phase kann es zu kurzfristigen Ortswechseln zwischen Haftanstalt und der Außenwelt kommen.

Unser Bestreben ist, dass

- ▶ Gesundheits- und Fürsorgeprogramme für Betroffene in derartigen Situationen aufeinander abgestimmt werden – es ist wichtig, dass Betroffene Kontinuität in der Fürsorge erfahren, unabhängig von den einschneidenden Veränderungen in ihren Lebensumständen;
- ▶ die durch derartige Situationen ausgelösten starken Belastungen erkannt werden bzw. erkannt wird, dass diese das Risiko des Drogenmissbrauchs erhöhen können. Es besteht zudem die Gefahr einer starken Selbstgefährdung bis hin zum Suizid, wenn Betroffene der Situation nicht gewachsen sind.

Die in Abschnitt 3 aufgeführten Maßnahmen sind ebenfalls geeignet, diesem Bestreben zu dienen.

5. Haftzeit

Die Haftzeit sollte als Gelegenheit genutzt werden, um mit allen Häftlingen die Ursachen ihrer Straftat und ihre gesundheitlichen Belange aufzuarbeiten, wozu eine systematische Identifizierung von Häftlingen mit Drogenproblemen gehören sollte.

Viele Häftlinge benötigen weiterhin Zugang zu Leistungen, wie sie in vorangegangenen Abschnitten dieses Berichts beschrieben wurden.

Sobald jemand zu einer Haftstrafe verurteilt worden ist, ist es für ihn oder sie möglich, zusammen mit seinen Betreuern oder Betreuerinnen festzulegen, wie die Zeit genutzt werden soll, um Probleme aufzuarbeiten. Vom zeitlichen Ablauf her ist es oft der Fall, dass die physische Abhängigkeit bereits behandelt wird. Das ist auch ein günstiger Zeitpunkt, um zu klären, wie mit der psychologischen Abhängigkeit umzugehen ist.

Unser Bestreben ist, dass

- ▶ in Abstimmung mit den Betroffenen und als Teil der Planung des Haftaufenthalts Betreuungspläne ausgearbeitet werden, die auf bestehenden Maßnahmen aufbauen bzw. diese fortsetzen;
- ▶ Häftlingen vor dem Hintergrund ihrer geänderten Lebensumstände und im Rahmen ihrer weiteren Lebensplanung die notwendige Hilfe und Unterstützung zuteil wird, um sich mit ihrem Drogenkonsum und kriminellen Verhalten auseinander zu setzen.

Maßnahmen, die diesem Bestreben dienen, können beinhalten

▶ *für die gesamte Vollzugsanstalt*

- ▷ ein Angebot zweckmäßiger Aktivitäten z.B. in Form von Weiterbildung oder Beschäftigung, um der Haftzeit Sinn zu verleihen, Motivation zu wecken und eine Anstellung nach der Entlassung vorzubereiten;
- ▷ Sicherheitsmaßnahmen, um den Zugang zu illegalen Substanzen innerhalb der Vollzugsanstalt zu minimieren;
- ▷ Einrichtung drogenfreier Zonen innerhalb der Haftanstalt, begleitet von freiwilligen Tests;
- ▷ Verbesserung der psychischen Verfassung (siehe WHO-HIPP-Bericht über die Förderung der psychischen Gesundheit in Gefängnissen);
- ▷ Gesundheitsförderung, Aufklärung und Maßnahmen zur Schadensminderung;
- ▷ Häftlingen im Rahmen der Möglichkeiten beispielsweise Beschäftigungs- und Ausbildungsangebote sowie Gelegenheiten zur Teilnahme an kulturellen, kreativitätsfördernden Aktivitäten zu unterbreiten und sie in Drogenaufklärungsprogramme einzubeziehen.

▶ *für Mitarbeitende*

- ▷ Schulungen zur Erkennung von Drogen- (und Alkohol-) Problemen;
- ▷ Ermunterung zur Zusammenarbeit mit Suchtfachleuten und medizinischem Gesundheitspersonal auf der Grundlage ethischer Leitlinien;
- ▷ Aufklärung über Leitlinien der Gesundheitsförderung.

▶ *für einzelne Häftlinge*

- ▷ fortlaufende Beurteilung ihrer individuellen Bedürfnisse sowie darauf zugeschnittene Angebote;
- ▷ Angebot von Beratungsleistungen;
- ▷ Ermöglichen von Unterstützungsleistungen durch Selbsthilfe- und Peergruppen;
- ▷ Angebot von Beratungsleistungen und Maßnahmen zur Reduzierung von Schäden durch Drogenkonsum (siehe spätere Erläuterungen);
- ▷ Möglichkeit zur Verlegung von der Haftanstalt in eine Therapieeinrichtung, sofern medizinisch angezeigt;
- ▷ Möglichkeit für Häftlinge, zwecks Unterstützung während der Haftzeit und zur besseren Wiedereingliederung nach der Freilassung Kontakt zu ihren Familien aufrechtzuerhalten.

6. Vorbereitung auf die Entlassung

Unser Bestreben ist, dass

- ▶ Inhaftierte wissen, dass die Wiederaufnahme des Drogenkonsums nach einer Phase der Abstinenz mit großen Risiken verbunden ist, insbesondere, dass Dosierungen, die der Körper vor der Abstinenzphase zu verkraften vermochte, tödlich sein können.
- ▶ die Vorbereitungen auf die Entlassung schon zum Zeitpunkt der Einweisung beginnen;
- ▶ Betroffene im Anschluss an ihre Haftstrafe Kontinuität in der Behandlung erfahren;
- ▶ Betroffene die Bedeutung einer kontinuierlichen Behandlung und Betreuung verstehen;
- ▶ die Bedeutung von Anpassungen im Strafmaß (z.B. Entlassung unter Auflagen oder der Maßnahmenvollzug in therapeutischen Einrichtungen) bei Drogenabhängigen erkannt wird;
- ▶ Betroffene ermuntert und unterstützt werden, nach ihrer Entlassung aus dem Strafvollzug keinen Kontakt zu alten Bezugsquellen aufzunehmen und nicht in Drogenkreisen zu verkehren.

Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen, können beinhalten

- ▶ die Entwicklung von Maßnahmen zur Anpassung von Strafmaßen (Therapie statt Strafe)
- ▶ die Aufklärung über die Risiken von Überdosierungen nach Entlassung in die Freiheit und Möglichkeiten, diese zu verhindern;
- ▶ Unterstützung bei der Suche nach angemessener Unterkunft, Beschäftigung, gesundheitlicher Grundversorgung und Weiterbildung bereits während der Vorbereitung und nach der Entlassung;
- ▶ Schaffen von Anreizen zur Erhaltung oder Erneuerung von familiären Kontakten und zu anderen sozialen Netzen.

7./8. Entlassung und Nachbetreuung

Unser Bestreben ist zu erkennen, dass dies für Inhaftierte eine besondere Herausforderung darstellt, weil sie

- ▶ Druck empfinden, in das Drogenmilieu zurückzukehren, da sie oft über keine alternativen sozialen Kontakte verfügen und die Beschaffung von Drogen erheblich einfacher ist als während der Inhaftierung und weil nach einer Zeit der Abstinenz oder reduzierten Konsums eine erhöhte Gefahr von Überdosierung besteht;
- ▶ bei der Suche nach Unterkunft, Beschäftigung und angemessenen sozialen Beziehungen auf Schwierigkeiten und Vorurteile stoßen und mit entsprechenden Enttäuschungen rechnen müssen.

Fortlaufende Betreuung in den Wochen nach der Entlassung aus dem Strafvollzug ist für die Nachhaltigkeit der während der Inhaftierung begonnenen Arbeit unentbehrlich. Werden die während des Strafvollzugs eingeleiteten Rehabilitations- und Resozialisationsmaßnahmen nach der Entlassung nicht weitergeführt, ist ein Rückfall in den Drogenkonsum wahrscheinlich. Letztlich führt dies zu wachsender Kriminalität und einem steigenden Gesundheitsrisiko für die Öffentlichkeit.

Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen, sollten den Betroffenen helfen, mit einer Vielzahl neuer Möglichkeiten und Herausforderungen umzugehen. Derartige Maßnahmen können umfassen:

- ▶ die Aufnahme geeigneter Kontakte zu Hilfseinrichtungen außerhalb des Strafvollzugs, um eine fortgesetzte Betreuung und Behandlung zu ermöglichen;
- ▶ der aktive Einbezug der Betroffenen in die Planung ihrer Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Dazu kann auch gehören, dass Betroffene schon vor ihrer Entlassung Kontakt zu Hilfsorganisationen außerhalb der Haftanstalt aufnehmen;
- ▶ Unterstützung der Betroffenen bei der Beschaffung einer Unterkunft nach der Freilassung durch entsprechende Hilfsdienste.

Teil 3: Übergreifende Themen und spezielle Bedürfnisse

Eine Reihe von Themen ist für alle zuvor erwähnten Phasen relevant. Bei den in diesem Abschnitt behandelten Bedürfnissen spezieller Häftlingsgruppen (z.B. Frauen) gilt es daher zu berücksichtigen, dass die hier gemachten spezifischen Vorschläge eine Ergänzung zu den zuvor beschriebenen, für alle Häftlinge relevanten Maßnahmen sind.

1. Ausbildung und Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Unser Bestreben ist, dass alle, die mit Häftlingen oder ehemaligen Häftlingen arbeiten, Kenntnis von und Verständnis für die Arbeit von Kollegen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Strafvollzugs haben. Dies ist für die Abstimmung von Maßnahmen unerlässlich.

Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen können:

- ▶ In vielen Haftanstalten besteht die Notwendigkeit, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen davon zu überzeugen, Gesundheitsförderung und soziale Betreuung als bedeutenden und zentralen Teil der Arbeit einer Haftanstalt zu betrachten, um die spätere Wiedereingliederung zu unterstützen und das Risiko weiterer Straftaten nach der Freilassung zu reduzieren.
- ▶ Fortbildungsveranstaltungen für Gruppen von Mitarbeitenden, die sich aus verschiedenen Bereichen und Organisationen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Vollzugs zusammensetzen und dazu beitragen, den Horizont zu erweitern, gegenseitiges Verständnis zu schaffen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern.
- ▶ Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, deren vornehmliche Aufgabe in der täglichen Beaufsichtigung und der Führung der Häftlinge besteht, benötigen Schulung, um die wissenschaftlichen Grundlagen von Abhängigkeit und ihrer Behandlung verstehen und mit Suchtfachleuten kooperieren zu können. Gleichmaßen benötigen Suchtfachleute einen Überblick über alle Aspekte der Haftanstalt, in der sie arbeiten.
- ▶ Personalschulung und -politik müssen das Bewusstsein dafür wecken, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eine Vorbildfunktion haben. In-

haftierte wissen beispielsweise, welche Mitarbeitenden vor der Arbeit oder in Pausen selbst geringste Mengen an Alkohol zu sich nehmen. Derartiges Verhalten kann Häftlingen dazu dienen, sich und anderen gegenüber die Einnahme gewisser Substanzen zu rechtfertigen. Daraus folgt, dass es Vorkehrungen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Alkoholproblemen geben sollte. Die Mitarbeitenden müssen auch wissen, dass mitunter Kollegen und Kolleginnen selber Drogen konsumieren und Gefahr laufen, unter Druck gesetzt oder in anderer Weise in Versuchung gebracht werden, Häftlinge mit Drogen zu versorgen. Folglich sollten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die Drogenmissbrauch betreiben, schnelle Hilfe erhalten.

2. Frauen

Unser Bestreben ist zu erkennen, dass

- ▶ es in Gefängnissen mehr weibliche als männliche Häftlinge gibt, deren Delikte in Verbindung mit Drogenmissbrauch stehen;
- ▶ demzufolge ein erheblicher Teil der inhaftierten Frauen eine Abhängigkeitsbehandlung benötigt;
- ▶ Drogen missbrauchende Frauen – insbesondere wenn diese schwanger sind – spezielle Bedürfnisse in Bezug auf die Gesundheitsförderung haben;
- ▶ einige Frauen ihre Drogenabhängigkeit außerhalb des Vollzugs durch Prostitution finanziert hatten;
- ▶ einige weibliche Inhaftierte risikobehaftete Beziehungen zu Männern hatten, die Drogen intravenös konsumieren;
- ▶ Frauen häufiger die primäre Bezugsperson von Kindern sind als Männer, was spezielle Implikationen für die Gesundheitsförderung und Sozialbetreuung sowohl der Frauen als auch ihrer Kinder hat.

Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen, können beinhalten:

- ▶ spezielle Beratungsangebote und Therapiemöglichkeiten für schwangere, Drogen missbrauchende Frauen;
- ▶ angemessene Gesundheits- und Sozialbetreuung für Mütter und Babys, die gemeinsam im Vollzug leben;
- ▶ angemessene Gesundheits- und Sozialbetreuung für Kinder inhaftierter Frauen, die außerhalb des Vollzugs leben. Obwohl die Interessen des Kin-

des absoluten Vorrang genießen, sollte geprüft werden, ob ein fortgesetzter Kontakt zur inhaftierten Mutter möglich ist;

- ▶ Bildungsangebote über soziale Beziehungen, gesundheitsrelevante Fragen der Sexualität (einschließlich Verhütung) und Möglichkeiten der Schadensminderung für Drogen missbrauchende Frauen in Haft.

3. Jugendliche

Unser Bestreben ist zu erkennen, dass junge Menschen sich noch in der Entwicklung befinden und besondere Bedürfnisse haben. Zum Beispiel, dass

- ▶ sich bei vielen Jugendlichen allgemeine und soziale Fähigkeiten noch in der Entwicklung befinden;
- ▶ dass Familien und andere Beziehungsnetze eine besonders wichtige Quellen der Unterstützung sein können;
- ▶ es eine wachsende Zahl Jugendlicher gibt, die Drogen- und/oder Alkoholmissbrauch betreiben oder betrieben haben;
- ▶ dass Jugendliche eine erhöhte Tendenz zu riskantem Drogenkonsumverhalten aufweisen.

Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen, können beinhalten:

- ▶ die Berücksichtigung von Drogen- und Alkoholaufklärungskampagnen in Ausbildungsprogrammen;
- ▶ die Ausrichtung von Ausbildungsprogrammen auf die Entwicklung bestimmter Fähigkeiten (z. B. Lesen, Rechnen und Eigenverantwortung);
- ▶ Angebot körperlicher Aktivitäten;
- ▶ Zusammenarbeit mit Jugend- und Sozialeinrichtungen außerhalb des Vollzugs bei der Entwicklung von Angeboten, die Jugendliche auf die Entlassung aus dem Strafvollzug vorbereiten und die ihnen bei der Suche nach angemessener Unterkunft, Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten helfen;
- ▶ Initiativen, die Jugendliche ermuntern, Kontakt mit ihren Familien zu pflegen oder wieder aufzunehmen;
- ▶ Förderung geeigneter kultureller Gruppenaktivitäten, Ausbildungs- und Vorbildfunktionen durch Selbsthilfegruppen für Jugendliche, insbesondere wenn es darum geht, Eigenverantwortung zu entwickeln.

4. Ethnische Minderheiten

Unser Bestreben ist zu erkennen, dass Mitglieder ethnischer Minderheiten mit erheblichen zusätzlichen Problemen konfrontiert sein können, die aktives Handeln erfordern. Zum Beispiel:

- ▶ Rassenvorurteile und -diskriminierung, die eine effektive Wiedereingliederung, das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden beeinträchtigen können, müssen bekämpft werden;
- ▶ Unterscheiden sich die vorherrschende Sprache und Kultur des Landes ihrer Inhaftierung von ihrer eigenen, sollten geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um Benachteiligungen zu vermeiden;
- ▶ die Bevölkerung des Landes, in dem sie inhaftiert wurden, kann zum Thema Drogen- und Alkoholkonsum andere Wertvorstellungen haben als die Menschen ihres Herkunftslandes.

Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen, können beinhalten:

- ▶ Leitende und Mitarbeitende von Haftanstalten finden Wege, um rassistische Tendenzen in ihren Einrichtungen zu bekämpfen;
- ▶ Sozialeinrichtungen außerhalb des Vollzugs müssen gewährleisten, dass ihr Handeln in jeder Hinsicht frei von diskriminierenden Einstellungen und Praktiken ist;
- ▶ Unterstützung bei der Beschaffung von Unterkunft, Beschäftigung und Ausbildungsplätzen, da es in diesen Bereichen häufig zu Diskriminierungen kommt;
- ▶ gegebenenfalls Unterstützung bei der Ausbildung, einschließlich Sprachkursen;
- ▶ Aufklärung und Sensibilisierung aller Mitglieder von Mitarbeiter- und Häftlingsgruppen über das Thema ethnische Unterschiede.

5. Menschen, die bei einem Arbeits-/Urlaubsaufenthalt im Ausland inhaftiert worden sind

Unser Bestreben ist zu erkennen, dass diese Häftlinge mit erheblichen zusätzlichen Problemen konfrontiert sein können. Dies kann Menschen betreffen, die sich bei der Einreise in ein anderes Land im Besitz von Drogen befanden. Diese Häftlinge werden häufig aufgefordert, sich nach Freilassung in ihr Ursprungsland zu begeben, was die Möglichkeiten einschränkt,

bei der Vorbereitung auf die Freilassung Aspekte der Kontinuität in der Gesundheits- und Sozialfürsorge zu berücksichtigen.

Eine Maßnahme, die dieses Bestreben unterstützen könnte:

- ▶ Kontakt zu Sozialeinrichtungen des entsprechenden Landes aufzunehmen, wenn die Leitung einer Vollzugseinrichtung feststellt, dass sie regelmäßig mit Gruppen von Häftlingen aus bestimmten Ländern zu tun hat, um auf diese Weise eine gewisse Kontinuität in der Betreuung nach der Freilassung und der Rückkehr zu gewährleisten.

6. Schadensminderung

Wie in den Leitlinien dargestellt, ist es *unser Bestreben*, angemessene Maßnahmen zur Schadensminderung als unabdinglich zu begreifen, um die vielfältigen aus Drogenmissbrauch resultierenden Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Zu den Risiken zählen:

- ▶ die Übertragung von Infektionen wie z.B. HIV und Hepatitis – die ernste Folgen für die Öffentlichkeit ebenso wie den einzelnen Häftling haben;
- ▶ die gesundheitlichen Folgen von Gewalt, Nötigung und sexuellem Missbrauch, die im Zusammenhang mit der Beschaffung und Finanzierung von Drogen in Gefängnissen stehen; ein besonderes Risiko bedeutet dabei die Weitergabe von sexuell übertragbaren Infektionen;
- ▶ Überdosierungen;
- ▶ Konsum verunreinigter Drogen;
- ▶ Nebeneffekte des Drogenmissbrauchs.

Wir sind uns auch bewusst, dass zwischen einigen Maßnahmen zur Schadensminderung und anderen wichtigen Aspekten einer Haftanstalt wie z.B. der Sicherheit, dem Strafrecht und der Gesundheit am Arbeitsplatz ein Spannungsfeld besteht. Diese Spannungen müssen in verschiedenen Ländern und Örtlichkeiten auf unterschiedliche Weise gelöst werden. Dies kann von folgenden Variablen abhängen:

- ▶ vorhandene Ressourcen
- ▶ Art der betroffenen Häftlinge;
- ▶ Größe und Sicherheitsstufe der Einrichtung;
- ▶ rechtliches und kulturelles Umfeld;
- ▶ wirtschaftliches Umfeld.

Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen können:

- ▶ Schadensminderung im Zusammenhang mit der Übertragung von Infektionen

Der Grundsatz der Gleichwertigkeit geht davon aus, dass in Haftanstalten – ähnlich wie außerhalb des Vollzugs – eine Vielzahl von Maßnahmen zur Schadensminderung ergriffen werden können. Zu den Maßnahmen außerhalb des Vollzugs gehören vertrauliche Tests mit vorangehender und anschließender Beratung, effektive Behandlung, öffentliche Informationskampagnen, persönliche Information und Beratung, Aufklärung über sicheren Drogenumgang und sicheren Geschlechtsverkehr, Selbsthilfegruppen und -initiativen, Impfmaßnahmen, wo Impfstoffe erhältlich und anerkannt sind (z. B. Hepatitis B), Beratung über die Verwendung von Methoden zur Reinigung und Desinfektion von Nadeln und Spritzen, die Bereitstellung von sterilen Nadeln und Spritzen und die Verfügbarkeit von Kondomen.

Eine Reihe von Ländern bietet Inhaftierten bereits ein breites Spektrum an Kursen zum Thema Gesundheitsaufklärung sowie Beratungsmöglichkeiten über Maßnahmen zur Schadensminderung an. Einige Länder ermöglichen Häftlingen ferner die Impfung gegen Hepatitis B. In vielen Staaten sind Hepatitisinfektionen unter Häftlingen, die intravenös Drogen konsumiert haben, weiter verbreitet als HIV-Infektionen.

Wie zuvor dargestellt, muss das Leistungsangebot in Vollzugsanstalten das rechtliche, soziale, wirtschaftliche und kulturelle Umfeld berücksichtigen. Haftanstalten können unter Umständen Angebote machen, die außerhalb des Vollzugs nicht zur Verfügung stehen, wie z. B. drogenfreie Trakte, in die sich Häftlinge verlegen lassen können, um nicht dem Druck von Dealern ausgesetzt zu sein, sowie regelmäßige Drogentests, um sicherzustellen, dass ein Bereich wirklich drogenfrei bleibt.

Im Gefängniscontext gibt es ferner eine Vielzahl von Vorschlägen zu Maßnahmen der Schadensminderung wie z. B. Programme für den Austausch gebrauchter gegen neue Nadeln.

Gegenwärtig gibt es in 20 Haftanstalten in Europa (in der Schweiz, in Deutschland, Spanien und Moldawien) Vorkehrungen zum Austausch gebrauchter Nadeln, die Teil einer umfassenden Drogenstrategie in diesen Einrichtungen sind. Die Anstalten stützen sich dabei auf verschiedene Modelle. Im Männergefängnis Centro Penitenciario de Basauri in Spanien beispielsweise können die Nadeln nur durch einen Kontakt zu

IV.6

speziellen Mitarbeitenden gegen neue getauscht werden, da dies die Gelegenheit eröffnet, andere Themen anzusprechen. Im Frauengefängnis Hindelbank in der Schweiz und im Frauengefängnis Vechta in Deutschland besteht durch den Einsatz von Automaten im Wohnbereich eine Trennung zwischen Drogenberatungsgespräch und Austausch gebrauchter gegen neue Nadeln. In einem Gefängnis in Moldawien werden Spritzen von Häftlingen ausgegeben, die auf freiwilliger Basis an einem Selbsthilfeprojekt teilnehmen. In der Schweiz hat das Justizministerium als Reaktion auf die bisherigen Erfahrungen derartige Projekte für legal und notwendig erklärt. In einem Kanton der Schweiz (Bern) ist die Möglichkeit zum Austausch gebrauchter gegen neue Nadeln inzwischen vorgeschrieben.

Die Auswertungsberichte erachten Programme für den Austausch gebrauchter gegen neue Nadeln als nützlich, wenn sie integraler Bestandteil einer allgemeinen Drogen- und Gesundheitsstrategie in Gefängnissen sind. Wo sie angeboten werden, sollten sie durch weitere Maßnahmen wie z. B. die allgemeine Gesundheitsförderung, psychosoziale Beratung, drogenfreie Behandlung und Substitutionstherapien flankiert werden. Die Studien legen den Schluss nahe, dass eine erfolgreiche Umsetzung vom Vorhandensein ausreichender Systeme zum Schutz der Vertraulichkeit sowie gesundheitlicher und sicherheitsrelevanter Vorkehrungen für diejenigen abhängt, die im Vollzug arbeiten. Eine erfolgreiche Umsetzung erfordert ferner, die Zustimmung des Haftpersonals, der Inhaftierten selber, von Fachleuten, der Justizbehörden und der Öffentlichkeit zu gewinnen.

Umgekehrt wird allerdings auch die Ansicht vertreten, dass Programme für den Austausch gebrauchter Nadeln gegen neue widersprüchliche Botschaften hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen vermitteln können. Beim Versuch, ein Gleichgewicht im schwierigen Spannungsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Sicherheitsaspekten zu finden, stellen einige Länder Häftlingen lediglich Möglichkeiten für die Desinfektion der Nadeln zur Verfügung, während andere, wie erwähnt, den Austausch gebrauchter gegen neue Nadeln zulassen.

Es ist unseres Erachtens von entscheidender Bedeutung, dass alle Entscheidungsträger, die sich mit Drogenkonsum in Vollzugseinrichtungen befassen, über aktuelle Entwicklungen auf diesem Gebiet informiert sind und ihre jeweiligen Maßnahmen und Praktiken zur Schadensminderung vor diesem Hintergrund überprüfen.

► Verminderung anderer drogenbezogener Schäden

Viele Schäden können vermindert werden, wenn Häftlinge dabei unterstützt werden, auf Drogen zu verzichten oder – wie an anderer Stelle dieses Berichts erläutert – Drogen (bzw. Substitute) in medizinisch kontrollierter Weise einzunehmen.

Es ist auch wichtig, dass Mitarbeitende in Schulungen erfahren, wie sie sich vor Schäden schützen können, und über entsprechende Ausstattung verfügen.

Es sollten Richtlinien und Maßnahmen existieren, die den Umgang mit Themen wie Gewalt, Nötigung und sexueller Missbrauch regeln, da in Haftanstalten diese Probleme auch ohne das Vorhandensein von Drogen auftreten können. Empfehlungen dazu finden sich im Konsensusbericht des Projekts Gesundheit in Haftanstalten unter dem Titel Psychische Gesundheitsförderung in Vollzugseinrichtungen, der auf der Konferenz in Den Haag im November 1998 verabschiedet wurde.

7. Komorbidität

Unser Bestreben ist zu erkennen, dass Häftlinge, die Drogen konsumieren, häufig weitere physische und/oder psychische Gesundheitsprobleme haben. Einige davon können im Zusammenhang mit dem Drogenmissbrauch stehen, z.B. Infektionen durch verunreinigte Nadeln oder die Vernachlässigung wichtiger persönlicher Bedürfnisse, da die Finanzierung von Drogen zu Lasten des Lebensunterhalts geht. Gesundheitsprobleme infolge von Beziehungen zu intravenös injizierenden Drogenkonsumierenden, die ihrerseits Nadeln gemeinsam mit anderen nutzen, oder der Prostitution als Finanzierungsquelle des Drogenkonsums sollten ebenfalls als Folgeprobleme des Drogenmissbrauchs behandelt werden. Andere gesundheitliche Probleme können Nebeneffekte der Substitution sein (beispielsweise entwickeln viele Methadonkonsumenten Zahnprobleme). Es hat sich ferner gezeigt, dass Drogenmissbrauch (einschließlich Alkohol) oftmals in Verbindung mit seelischen Problemen wie Depressionen oder Psychosen steht. Noch ist allerdings nicht klar, ob diese Verbindung auf einem kausalen Zusammenhang beruht. Es ist jedoch wichtig, dass Betreuungs- und Therapieangebote für Menschen, die Drogenmissbrauch betreiben, einen ganzheitlichen, sowohl Gesundheits- wie auch Sozialprobleme berücksichtigenden Ansatz verfolgen.

Maßnahmen, die dieses Bestreben unterstützen können:

- ▶ umfassende Gesundheitsuntersuchung und -beobachtung;
- ▶ Zusammenarbeit mit Gesundheitsdiensten, die in der Vergangenheit mit den Betroffenen Kontakt hatten, damit Informationen über frühere Gesundheitsprobleme und Therapien vorliegen;
- ▶ Abstimmung zwischen Fachleuten, die möglicherweise mit verschiedenen Aspekten der Gesundheitsförderung von Inhaftierten vertraut sind;
- ▶ Angebot zahnärztlicher, psychischer sowie den Sexualbereich betreffender Gesundheitsleistungen in Haftanstalten.

8. Beobachtung und Auswertung

Es besteht die Notwendigkeit zur Auswertung erprobter Programme und Ansätze, um Erfahrungswerte für die Entwicklung von Standards zu erhalten.

Teil 4: Checklisten für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Leiter und Leiterinnen von Vollzugsanstalten

1. Checkliste für lokale Anbieter und Anbieterinnen von Gesundheitsdiensten

Menschen in Haft kommen aus der Gesellschaft und kehren später in die Gesellschaft zurück. Eine effektive Gesundheitsförderung sowohl während als auch nach der Haftzeit liegt daher im öffentlichen Interesse.

Die nachfolgenden Maßnahmen sollen lokalen Fürsorgeeinrichtungen helfen, Menschen, die mit Drogen in Kontakt gekommen sind, nach ihrer Freilassung effektiv zu unterstützen:

- 1.1 Kontaktaufnahme zu Polizeidienststellen, Gerichten und Haftanstalten, damit dort Beschäftigte auf entsprechende Angebote verwiesen werden können;
- 1.2 Unterstützen von Haftanstalten, Gerichten und Polizeidienststellen, die über keine eigenen Mitarbeiter in der Gesundheitsförderung verfügen, entsprechende Dienste einzurichten;
- 1.3 Treffen mit Mitarbeitenden von Gesundheitsdiensten in Haftanstalten und Polizeidienststellen zur Einrichtung eines schriftlichen Informationsaustausches, um Kontinuität in der Behandlung innerhalb und außerhalb der Haftanstalt und einen Erfahrungsaustausch über Entwicklungen in der Praxis zu gewährleisten;
- 1.4 Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Frauen, Jugendlichen und Mitgliedern ethnischer Minderheiten;
- 1.5 Berücksichtigung von Häftlingen als wichtiger Teil der lokalen Gemeinde bei Erhebungen und Datenerfassungen über die gesundheitlichen Bedürfnisse lokaler Populationen.

2. Checkliste für die Leitenden von Vollzugsanstalten

Die Öffentlichkeit ist auf eine effektive Gesundheitsversorgung während und nach der Haftzeit angewiesen. Haftanstalten bieten die Gelegenheit, ein weites Spektrum von Gesundheitsproblemen zu behandeln, einschließlich solcher, die mit Drogenmissbrauch im Zusammenhang stehen.

Die nachfolgenden Maßnahmen sollen Leitenden von Haftanstalten dazu dienen, Häftlingen mit Drogenproblemen effektive Hilfe anzubieten:

2.1 Berücksichtigung der in der Stellungnahme („Consensus Statement“) Psychische Krankheiten in Vollzugseinrichtungen des WHO-Projekts Gesundheit in Haftanstalten (Health in Prison, HIPP) enthaltenen Checkliste. Als Teil einer breiter angelegten Empfehlungsliste zum Thema Gesundheitsförderung in der Haft umfasst sie auch Ratschläge für den Umgang mit Tyranisierung und Einschüchterung in Gefängnissen;

2.2 Kontaktaufnahme zu Polizeidienststellen, Gerichten und von den Gemeinden getragener Gesundheitseinrichtungen, um ihnen Ansprechpartner und -partnerinnen beim Gesundheitsdienst der Haftanstalt zu nennen;

2.3 Treffen mit Mitarbeitenden von Gesundheitsdiensten auf Polizeidienststellen und Gesundheitseinrichtungen der Gemeinden zur Einrichtung eines schriftlichen Informationsaustausches, um Kontinuität in der Behandlung innerhalb und außerhalb der Haftanstalt und einen Erfahrungsaustausch über Entwicklungen in der Praxis zu gewährleisten;

2.4 Personalschulung, damit alle Mitarbeitenden einer Haftanstalt mit der Drogenproblematik vertraut sind und ihre Rolle innerhalb eines interdisziplinären Prozesses verstehen;

2.5 Bildung von bereichsübergreifenden Gruppen zwecks Förderung eines interdisziplinären Arbeitsansatzes;

2.6 Befolgung ethischer Grundsätze durch das Personal einer Haftanstalt;

2.7 Überprüfung von Umfang und Angemessenheit der Maßnahmen zur Schadensminderung in Haftanstalten, sowohl hinsichtlich des Personals als auch der Häftlinge;

2.8 Überprüfung von Umfang und Angemessenheit der Maßnahmen zur Identifizierung und Beurteilung von Drogenmissbrauch (einschließlich Alkohol) bei der Einweisung;

2.9 Überprüfung von Umfang und Angemessenheit der gesundheitlichen und sozialen Betreuung von Häftlingen, die Drogenmissbrauch (einschließlich Alkohol) betrieben haben oder noch betreiben;

2.10 Entwicklung von Richtlinien über das Rauchen mit dem Ziel, sowohl für Personal als auch Häftlinge die Option zu schaffen, in einer rauchfreien Umgebung zu arbeiten bzw. untergebracht zu sein;

2.11 angemessenes Behandlungsangebot für Menschen mit psychischen Krankheiten sowie Zahn- und Hygieneproblemen;

2.12 Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Frauen, Jugendlichen und Mitgliedern ethnischer Minderheiten;

2.13 Beobachtung der Verhaltensmuster beim Drogenkonsum mit dem Ziel, dadurch das Angebot einer geeigneten Drogenberatung zu verbessern;

2.14 angemessene Aufklärung der Häftlinge über Drogen (durch Schulung ebenso wie in schriftlicher Form) einschließlich ihrer Wirkung, gesundheitlichen Risiken, möglicher Maßnahmen zur Schadensminderung sowie über entsprechende Angebote innerhalb der Haftanstalt und nach der Freilassung;

2.15 sowohl Mitarbeitenden von Gesundheitsdiensten als auch anderen Beschäftigten der Haftanstalt, die Kontakt zu Drogenkonsumierenden haben, diese Stellungnahme zur Verfügung stellen. Für Häftlinge sollte das Dokument in der Bücherei der Haftanstalt zugänglich sein;

IV.6

IV.6

2.16 während die Eigenverantwortung eines jeden Häftlings durch angemessene Maßnahmen gefördert werden sollte, empfiehlt sich eine effektive Kontrolle verschreibungspflichtiger Präparate, um Möglichkeiten des Missbrauchs einzuschränken. (Damit soll jedoch keinesfalls der Grundsatz in Frage gestellt werden, dass die Verschreibung von Medikamenten in der Verantwortung der Mediziner liegt.)



