

# HIV/AIDS-Prävention für DrogengebraucherInnen im Strafvollzug?

Heino Stöver

### 1. Einleitung<sup>1</sup>

In der HIV/AIDS-Prävention<sup>2</sup> im Strafvollzug bewegt sich trotz Absichts- und Fürsorgeerklärungen bisher recht wenig. Zwar existieren in vielen JVA's Beratungs-, Informations- und Aufklärungskonzepte für Gefangene und Bedienstete, doch bestimmte für unabdingbar erachtete Maßnahmen, wie etwa der HIV-Test bei Haftantritt, deuten eher kontrollpolitische Motivationen beim Umgang mit der HIV-Infektion bzw. der AIDS-Erkrankungen seitens der Anstalt an. Insbesondere in der Primärprävention wo es darum geht, mit personal-kommunikativen und instrumentellen Mitteln Neuinfektionen zu verhindern, bestehen erhebliche Defizite: die Kommunikation über HIV-Übertragungsrisiken basiert immer noch auf der sich immer stärker als unrealistisch abzeichnenden Abstinenzforderung<sup>3</sup> (sowohl in Bezug auf Drogengebrauch als auch auf Sexualität) und die Bereitstellung von HIV-Schutzmöglichkeiten beschränkt sich immer noch auf die vereinzelte Vergabe von Kondomen.

Während für die Hauptbetroffenengruppe der KonsumentInnen illegaler Drogen außerhalb des Strafvollzuges realistische, zielgruppenspezifische Aufklärungskampagnen mit dem Ziel eines risikoarmen, schadensbegrenzenden Drogengebrauchs durchgeführt, und in den letzten Jahren fast in jeder größeren Stadt Spritzenaustauschprogramme und -automaten installiert wurden, die eine leichte, anonyme und jederzeitige Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck gewährleisten, bleibt diese HIV-Infektionsprophylaxe den gefangenen i. v. DrogengebraucherInnen verwehrt. Und das, obwohl immer deutlicher wird, daß der Strafvollzug weder eine sexual- noch eine drogenfreie Zone ist. Drogengebrauch ist für viele Gefangene Alltagsrealität – nur innerhalb einer anderen, eben intramuralen Szene. Das heißt alle Entwicklungen und Erscheinungsformen des Drogengebrauchs „draußen“ lassen sich im Strafvollzug wiederfinden: Drogentod, Zunahme der Zahl der DrogengebraucherInnen, Händlerhierarchien, Schulden, Stoffstrecken, -schwankungen und eben auch HIV-Infektionsrisiken. Diese Risiken potenzieren sich für gefangene i. v. Drogenabhängige, denn steriles Spritzbesteck ist Schmuggel- und damit Mangelware, der Gemeinsamgebrauch benutzter Nadeln als Hauptübertragungsweg von HIV damit um einiges wahrscheinlicher als „draußen“.

Dieser Beitrag untersucht zum einen, warum trotz dieser belastenden Lebens- und Drogenkonsumbedingungen innerhalb der Anstalt keine HIV/AIDS-präventiven Angebote gemacht werden, die über moralische Appelle hinausgehen. Diese Frage stellt sich umso dringender angesichts der jüngsten Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes, in der die Straflosigkeit der Spritzenabgabe klargestellt wurde (vgl. 3.4). Welche vollzugsrechtlichen und -praktischen Blockaden noch bestehen, soll in einem ersten Schritt dargestellt werden.

Danach werden jenseits sich diametral gegenüberstehenden Maximalforderungen (Drogenfreiheitsanspruch vs. Spritzenvergabe) umsetzbare HIV/AIDS-Präventionsangebote vorgestellt. Es geht um das Wie bzw. Wie nicht, denn daß etwas geschehen muß, ist vielen Beteiligten klar: nach wie vor ist die HIV-Infektion eine irreversible Schädigung, der Ausbruch von AIDS Krankheits-symptomen früher oder später wahrscheinlich. Dort wo keine vorbeugende Impfung und keine wirksame Therapie existiert, müssen alle Anstrengungen auf die Infektionsverhütung konzentriert werden. Dies gilt verstärkt für das Gefängnis, wo sich HIV-Übertragungsrisiken im geschlossenen System mit erhöhter Kontrolle, Tabuisierung und Heimlichkeit zwangsläufig ergeben.

## **2. HIV/AIDS-Prävention im Strafvollzug, warum, für wen und wie?**

### *2.1 Prävalenz von Gebrauch illegaler Drogen und HIV-Infektion im Strafvollzug*

Betroffen von HIV und AIDS im Strafvollzug sind fast ausschließlich KonsumentInnen illegaler Drogen (Rex 1991; Michels 1989, 203). Sie stellen einen immer größer werdenden Teil der 55000 Inhaftierten in der BRD: Schätzungen schwanken enorm, sind von Anstalt zu Anstalt unterschiedlich. Experten schätzen, daß ca. 10 – 20% aller Gefangenen DrogengebraucherInnen sind.

Daß der Strafvollzug kein drogenfreier Raum ist, sondern daß der Drogengebrauch im Strafvollzug von einem großen Teil fortgeführt wird, zeigen eindrucksvoll mehrere Studien. Koch/Ehrenberg (1992, 53) fanden bei ihrer Befragung (n = 660) heraus, daß die Hälfte der bereits Inhaftierten ihren i. v. Drogenkonsum in Haft fortsetzte, ebenfalls vorwiegend mit der Hauptdroge Heroin. Harms et al. (1987, 377) kommen zu dem Ergebnis, daß ein Drittel derjenigen, die vor der Inhaftierung Drogen gespritzt haben, dies auch im Gefängnis tun.

Die Existenz von Drogen innerhalb des Strafvollzuges kann heute nicht mehr geleugnet werden: Bei einer Befragung der Deutschen AIDS-Hilfe von 117 Gefangenen mit HIV und AIDS aus dem Strafvollzug antworteten 86,3% auf die Frage: „Gibt es in der JVA, in der Sie Ihre Haftzeit verbüßen, Drogen?“ mit Ja. In der gesamten Bandbreite verfügbarer Drogen wurden Marihuana und Heroin am häufigsten genannt (Gähner 1992, 22). Koch/Ehrenberg bestätigen, daß Drogen, die in der Szene erhältlich sind, auch in den Strafvollzugsanstalten verfügbar waren und

injiziert wurden: „Die Konsumhäufigkeit wurde von ‚mehrmals am Tag‘ bis zu ‚seltener als 1 mal pro Monat‘ angegeben. Nachschubprobleme mit Heroin oder Kokain schienen im Strafvollzug kaum zu bestehen“ (S. 53). Allerdings variiert die Versorgungslage und der Preis von JVA zu JVA und selbst innerhalb der Anstalten von Haus zu Haus. Trotz aller Schwankungen: Eine Griffnähe ist aufgrund geringer Ausweichmöglichkeiten jedoch auch für die Gefangenen vorhanden, die ursprünglich keine illegalen Drogen konsumierten, und bei denen sich eine „haftbedingte Sucht“ mit vollzugsspezifischer Kriminalität entwickelt.

Überträgt man die in mehreren epidemiologischen Studien bestätigte HIV-Prävalenz von etwa 20% (vgl. Hoch/Ehrenberg 1992; Kleiber 1991) dann kann man auch davon ausgehen, daß jeder fünfte Drogengebraucher im Strafvollzug HIV-infiziert ist bzw. bereits AIDS-assoziierte Symptome aufweist. In absoluten Zahlen hieße das, daß mehr als 1000 HIV-infizierte Gefangene in den Strafanstalten leben (vgl. auch ähnliche Schätzungen: Michels 1989, 52; Kreuzer 1990, 171). Mehrere Indikatoren sprechen seit Mitte der 80er Jahre für eine Zunahme der Zahl der DrogenkonsumentInnen außerhalb des Strafvollzuges. Parallel dazu muß auch eine Zunahme der wegen Betäubungsmittel- oder Beschaffungsdelikten verurteilten DrogengebraucherInnen im Strafvollzug erwartet werden: eine Vielzahl kommt über kurz oder lang mit dem Strafrecht und dem Strafvollzug in Berührung: das Gefängnis wird im Verlauf der Drogenkarriere tendenziell zur dominanten Lebenswelt des Abhängigen.

## *2.2 HIV-Infektionsgefährdungen im Strafvollzug*

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

Die folgende Schilderung eines Betroffenen beschreibt anschaulich die Situation in vielen Haftanstalten: „Sowohl in Tegel als auch in Moabit gab es immer Stoff. Es gibt mal einen Engpaß, aber irgendeiner hat dann doch immer was . . . Das Problem sind allerdings immer die Pumpen. In der U-Haft Moabit sind ja nur kurze Aufschlußzeiten, und du kannst dir mit keinem zusammen den Druck machen. Dann fragst du einen, von dem du

weiß, daß er drückt, nach ner Pumpe. Die kriegst du dann. Meistens sind das ganz vergammelte Dinger mit stumpfer Nadel und bestimmt schon fünfzig Mal benutzt. Aber wenn man Heroin hat, dann will man sich auch den Druck machen, und es interessiert dich in dem Moment auch nicht, ob die Pumpe clean ist. Du drückst einfach . . . Als ich 1984 im Knast Tegel einsaß, wußten wir ja noch nichts über AIDS. Aber auch da war die Situation so, daß wir monatelang nur eine Spritze hatten, und alle Junkies in dem Haus haben sie benutzt. Das war wohl die Zeit, in der ich mich mit dem HIV-Virus infiziert haben muß. Und damit natürlich auch alle anderen, ich schätze ein gutes Dutzend. Einige davon sind inzwischen auch schon tot. Im vergangenen Jahr war ich wieder für einige Monate in Tegel. Es hat sich überhaupt nichts geändert, es wird genauso wie schon 1984 mit einer Spritze für alle rumhantiert“ (Meyer 1989).

Absprachen bzgl. vorhandener HIV-Infektion müssen als unzuverlässig bezeichnet werden; sie vermitteln eine Scheinsicherheit – Reinigungen können zudem nicht mit der erforderlichen Sorgfalt vorgenommen werden. Bei der thermischen oder chemischen Desinfektion ist kein sicherer Umgang zu erwarten, denn es bestehen in den Strafvollzugsanstalten und bei den Gefangenen in der Regel keine Gebrauchsanweisungen für eine effektive chemische (mit bleach<sup>4</sup>, d. h. Haushaltsbleicher: Welche Mittel sind wie eingesetzt, geeignet, Viren abzutöten?) oder thermische Desinfektion (Auskochen: wie lange mit welchen Spritzen machbar?).

Ein weiterer Faktor, der in der HIV-Prophylaxe im Strafvollzug zu bedenken ist, ist die Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung vieler Gefangener, etwas an ihrer Lebenssituation dauerhaft verbessern zu können. Vor diesem Hintergrund werden gesundheitliche Risiken unter Verdrängung der Konsequenzen eher eingegangen. Ein anderer Drogenabhängiger, ebenfalls aus Tegel und ebenfalls HIV-positiv, beschreibt diese Situation und die seiner Bekannten in ähnlicher Weise: „Die sind auch schon alle infiziert. Die Pumpen, die im Umlauf sind, sind alle verseucht. Das wissen wir alle, aber das stört niemanden, das stört absolut niemanden. Das ist so, als ob du einem Verhungern einen Brot hinhältst und sagst, daß die Gelbsucht dran ist oder daß es vergiftet ist. Der beißt trotzdem rein“ (Kraushaar 1986; vgl. zum Knastalltag auch: taz-Bremen v. 30. 1. 88, 28; Gähner 1991, 27).

Insgesamt sind die Möglichkeiten, sich vor einer Infektion zu schützen sehr vielschlechter als in Freiheit: Dies trifft nicht nur auf das HI-Virus, sondern auch auf Hepatitis B zu, die ebenfalls über needle-sharing und ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen werden kann und in einigen Gefängnissen besorgniserregend grassiert (Althoff/Schmidt-Semisch 1992, 24). Die DAH-Befragung gefangener Menschen mit HIV und AIDS hat ergeben, daß 70% meinen, sich durch gemeinsam benutztes Spritzbesteck angesteckt zu haben, 17% schließlich sind der Auffassung, sich im Strafvollzug infiziert zu haben, wobei needle-sharing als der dominante Übertragungsweg anzusehen wäre.

Mehrere Studien belegen eine enge Korrelation zwischen Aufenthalt in Strafvollzug und Verbreitung der HIV-Infektion bei Gefangenen. Kleiber fand in seiner differentiell-epidemiologischen, multizentrischen Studie eine HIV-Prävalenz unter i.v. DrogengebraucherInnen von 19,9% (n = 1253). Eine Analyse der HIV-Prävalenzraten verschiedener Subpopulationen ergab jedoch eine eindeutige soziale Determination der HIV-Infektion: Die ohne Hafterfahrung (n = 499) waren zu 10% HIV-AK-positiv (Kleiber 1991, 35). Diejenigen mit Hafterfahrungen (n = 728, etwa 60%) waren bereits zu 26% HIV-Antikörper-positiv, von denjenigen die darüberhinaus angaben, auch im Knast gefixt zu haben, waren 33,7% HIV-positiv. Koch/Ehrenberg (1992, 48) bestätigen in ihrer Untersuchung (n = 660) eine doppelt so hohe HIV-Prävalenz bei Befragten i.v. DrogenkonsumentInnen mit Hafterfahrungen (23,7%) gegenüber den Nicht-Hafterfahrenen (12,5%). Die HIV-Prävalenz von Frauen mit Hafterfahrung war sogar dreimal höher als bei Frauen, die nie im Gefängnis waren. Pant/Kleiber (1993, 58) vergleichen den langfristigen epidemiologischen Effekt von Gefängnisaufenthalten mit der Rolle von „shooting galleries“ in den angelsächsischen Ländern: „Hier wie dort erfolgen Drogenapplikation und Nadeltausch unter anonymen Bedingungen, die adäquate Risikoeinschätzungen und sinnvolle Partnerselektionsmechanismen, wie sie in vertrauten sozialen (Nadel-)Austauschkontexten für den einzelnen gegeben sind, unmöglich machen.“

### *2.3 Welche AIDS-präventiven Maßnahmen werden für den Strafvollzug diskutiert?*

Angesichts der Diskrepanz zwischen weit entwickelten HIV-präventiven Angeboten für i.v. DrogenkonsumentInnen in Freiheit und dem Fehlen jeglicher HIV-Infektionsschutzmöglichkeiten für zunehmend mehr gefangene Drogenabhängige, ist von vielen Experten, internationalen Gremien, Fachverbänden in mehreren Ländern über die personal-kommunikative Vermittlung HIV-präventiver Botschaften hinaus, eine instrumentelle Prävention in Form einer Spritzenvergabe auch im Strafvollzug gefordert worden. Diese Forderung ist zumindest bisher in keinem europäischen Land umgesetzt worden. Doch auch unterhalb dieser HIV-präventionspolitisch effektivsten Maßnahme ist eine Reihe abgestufter Maßnahmen denkbar, um eine weitere Ausbreitung der HIV-Infektion unter drogengebrauchenden Gefangenen zu verhindern. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, Regionalbüro Europa) hat als Empfehlung an ihre Mitgliedsstaaten zur effektiven und bedürfnisgerechten AIDS-Prävention im Strafvollzug folgende abgestufte Skala entwickelt:

- „Maßnahmen zur Verminderung der Zahl der i.v. Drogenkonsumenten
- Maßnahmen zur Verhinderung des Drogenkonsums
- Informieren über die Risiken intravenöser Applikationsformen
- Informieren über die Risiken des Gemeinsambauchens benutzter Spritzen

- Demonstrieren von Desinfektionstechniken, Bereitstellen von Desinfektionsmitteln, Mitteln des hygienischen intravenösen Drogengebrauchs (Alkohol- und Trockentupfer, Pflaster etc.)
- Verteilen von sterilen Spritzen“ (vgl. Stöver/Schuller 1992, 107).

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

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

1. Vergabe steriler Einwegspritzen
2. Demonstration und Verfügbarmachung von Desinfektionsmitteln
3. „safer-use“-Training

zu 1.) Vergabe steriler Einwegspritzen

Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck wird von einer Vielzahl unterschiedlichster Gremien, von Institutionen und Wissenschaftlern, Praktikern, Politikern als klarste und den Bedürfnissen entsprechende Lösung gefordert (vgl. zur Übersicht: Stöver/Schuller 1991).

Und zwar zunächst aus präventionspolitischen Gründen: es ist anerkanntermaßen die effektivste Form des HIV/AIDS-Infektionsschutzes vor dem Hintergrund betrachtet, daß der Drogengebrauch für viele DrogengebraucherInnen nicht von heute auf morgen aufgegeben bzw. auf weniger riskante Applikationsformen (was auch eine ökonomische Frage ist) umgestellt werden kann. Aufgrund dieser realistischen Einschätzung sind von vielen Städten und Kommunen der BRD Spritzenaustauschprogramme entwickelt bzw. eine leichte Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck gewährleistet worden. Eine Maßnahme, die mittlerweile auch international zum anerkannten fachlichen Standard der HIV/AIDS-Prävention in den AIDS- und Drogen-Hilfen avanciert ist (O'Hare 1992; Stöver/Schuller 1992).

Demgemäß wird eine Spritzenvergabe aus Gründen der Gleichbehandlung von gefangenen und nicht-gefangenen Drogenabhängigen gefordert (Harding et al. o. J.). Denn Gefangene sollten im Rahmen auch in der Anstalt zu gewählender medizinischer Versorgung und entsprechender Gesundheitsvorsorge nicht schlechter behandelt werden als Nicht-Gefangene. Der Ausschluß von effektivem Infektionsschutz bedeutet eine grundlegende Diskriminierung – eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lage der Gefangenen.

zu 2.) Demonstration und Verfügbarmachung von Desinfektionsmitteln

Diese „nächstbeste Lösung“, Desinfektionsmittel, wird deshalb diskutiert, weil der Spritzenvergabe immer noch erhebliche Bedenken seitens der Justizvollzugsanstalten entgegenstehen.

Diese Form der HIV/AIDS-Prävention erkennt zumindestens den Drogengebrauch in der intravenösen Form und damit auch die Existenz von Spritzen im Strafvollzug an. Von den Gefangenen wird die Vergabe von bleach jedoch häufig als halbherzig und unzulänglich kritisiert. Auch Experten beurteilen diese Maßnahme ablehnend (Hoffmann 1989) oder als „mikrobiologisch nicht so zuverlässig“ und gesundheitsschädigend (Venenschädigungen durch Entzündungen als Folge unscharfer Nadeln, Laufs 1992). Zunächst bleiben Spritzen weiterhin Schmuggel- und Mangelware, d. h. die wenigen Spritzen und vor allem Kanülen,

die nun gereinigt von vielen benutzt werden können, werden sehr schnell stumpf, verursachen bei der Injektion o. g. Schädigungen. Gleichwohl wird mit der bleach-Vergabe ein allererster Schritt hin zu einer Anerkennung von HIV-Infektionsschutzbedürfnissen getan.

zu 3.) „safer-use“-Training

Unter „safer-use“-Training versteht man die Vermittlung von Kenntnissen zum „sicheren“ Gebrauch von Drogen, d. h. Risiken beim intravenösen Gebrauch, zusätzliche Gesundheitsschädigungen durch unsachgemäße Injektion, Vorsichtsregeln für eventuellen Drogengebrauch nach Verlassen des Strafvollzugs, Hygienevorkehrungen etc. sollen thematisiert werden (vgl. ausführlicher: Heudtlass 1993, 153ff.). Dabei wird das Tabu gebrochen, über Drogengebrauch zu reden, ihn zu akzeptieren, um weitere zusätzliche und unnötige, weil nicht drogen- oder suchtspezifische Schädigungen zu vermeiden.

### **3. AIDS-Prävention für i.v. DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug: was wird gemacht und warum wird was nicht gemacht?**

Nimmt man den Strafvollzug als Gradmesser der Glaubwürdigkeit und Effektivität von AIDS-Präventionspolitik in Deutschland schlechthin, dann hat sie versagt. Eine instrumentelle HIV/AIDS-Prävention (die Verteilung von sterilem Spritzbesteck und/oder bleach) ist bis heute trotz allgemein anerkannter, dringender Notwendigkeit im Strafvollzug nicht erfolgt. Auch die personal-kommunikative Vermittlung HIV/AIDS-präventiver Botschaften ist nur in wenigen Anstalten erfolgt und beschränkt sich oft darauf, auf die Risiken des i.v. Drogengebrauchs und des needle-sharings im allgemeinen hinzuweisen. Indem sie jedoch diesen relevanten Verhaltensbereich für den Bereich von Haftanstalten systematisch ausblendet, bleibt sie lebensweltfremd und, schlimmer: ungläubwürdig!

#### *3.1 Problembereich HIV-AK-Regeltestung*

Was in vielen Anstalten gemacht wird, sind HIV-Massentestungen Neuinhaftierter im Rahmen der medizinischen Eingangsuntersuchung. Zwar wird in vielen Anstalten von den Gefangenen eine schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt, deren freiwilliger Charakter jedoch dadurch infrage gestellt wird, daß vielfach die Ablehnung eine Behandlung als HIV-Infizierter – mit allen stigmatisierenden Nachteilen – zur Folge hat. Bis auf wenige Ausnahmen gibt der allergrößte Teil der Gefangenen folglich seine Einwilligung zum Test, zumal der Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung der denkbar schlechteste Zeitpunkt ist (bei DrogenkonsumentInnen oftmals Entzugserscheinungen, Angst vor Isolation in einer Beobachtungszelle), um eine bewußte Entscheidung für oder gegen einen HIV-Test zu erwarten.

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

kann. Dies ist umso wahrscheinlicher, weil die „draußen“ entwickelten Methoden der Testvor- und Nachbereitung und psychischer Bewältigungshilfen im Knast nicht angeboten werden. Wie die Befragung von 117 Gefangenen mit HIV und AIDS der Deutschen AIDS-Hilfe ergab, wurde das Test-Ergebnis zu 90% vom Anstaltsarzt mitgeteilt. Die AIDS-Enquete-Kommission (1990, 285) stellt ebenfalls fest: „Zu einer weitergehenden umfassenden Betreuung sind die Ärzte schon aus zeitlichen Gründen nicht in der Lage. Dasselbe gilt wohl auch für die Anstaltspsychologen. Deshalb liegt die psychosoziale Betreuung der infizierten Gefangenen meist in den Händen der Sozialarbeiter und der Anstaltsgeistlichen. Sie erfordert einen hohen zeitlichen und persönlichen Aufwand und setzt entweder eine spezielle Schulung oder doch zumindest eine eingehende Beschäftigung mit der Problematik voraus. Diese Voraussetzungen sind nicht immer gegeben.“

Dies muß vor dem Hintergrund gesehen werden, daß der allergrößte Teil (88,3%, Gähner 1992) nicht an die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht glaubt und weiterhin erhebliches Mißtrauen und Vorbehalte gegenüber der medizinischen Versorgung im Strafvollzug hat. Dies wird umso bedeutsamer, weil man mit der HIV-Erkrankung, ggf. sogar mit AIDS-assoziierten Krankheitssymptomen dem medizinischen Dienst ausgeliefert ist.

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

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

Der Verdacht liegt nahe, daß HIV-AK-Massentests eher dem Informationsinteresse der Bediensteten, als den Bedürfnissen der Gefangenen genüge tun, zu wissen, wer Virusträger und ggf. -überträger sein könnte. Raschke/Ritter (1991, 193) weisen darauf hin, daß diese Tests ganz im Gegenteil eher eine Scheinsicherheit bei den Bediensteten erzeugen, „die sie glauben läßt, sie wüßten, wer infiziert sei und wer nicht. Dadurch

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

Es scheint, daß Überwachung und Kontrolle – im falsch verstandenen Präventionssinne – sich quasi wie selbstverständlich auch auf den gesundheitlichen Status der Gefangenen erstrecken könnten.

### *3.2 Leugnung eines i.v. Drogenkonsums in den Anstalten*

Eine Rechtfertigungsstrategie dafür, keine HIV/AIDS-präventiven Maßnahmen einzuleiten, ist die schlichte Leugnung des Bedarfs, d. h. eines nicht vorkommenden intravenösen Heroingebrauchs. Die Leugnung (nachdem nicht sein kann, was nicht sein darf) wird allerdings mehr und mehr zu einer Minderheitenposition, weil die Indizien für einen Drogenkonsum immer offensichtlicher werden (siehe 2.1).

Ironisch wird im Endbericht der AIDS-ENQUETE-KOMMISSION des Deutschen Bundestages (1990, 281) festgehalten: „Nach Mitteilung des Justizministers des Landes Nordrhein-Westfalen soll es dem Justizvollzug dieses Landes gelungen sein, ‚das Einbringen von Rauschgift nahezu ausschließlich auf Haschisch in geringen Mengen zu begrenzen. Heroinfunde waren äußerst selten‘“. Vollzugspraktiker und Gefangene gehen jedoch davon aus, daß Verfügbarkeit und Konsum spritzbarer Drogen in den (zumindestens großstädtischen) Anstalten oft parallel zur Entwicklung der Szene „draußen“ verläuft.

### 3.3 *Dominanz des Abstinenzparadigmas als Hinderungsgrund für effektive HIV-präventive Angebote*

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

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

Die Nicht-Akzeptanz existentieller gesundheitlicher Bedürfnisse entspricht mit einer Zeitverzögerung von etwa 5 – 8 Jahren der Situation „draußen“: eine Spritzenabgabe zur HIV/AIDS-Prävention wurde etwa Mitte der 80er Jahre noch von Fachverbänden in der Drogenhilfe infrage gestellt: „Grundsätzlich ist der beste Schutz gegenüber diesen Risiken die Überwindung der Abhängigkeit“, hieß es 1985 in einer ablehnenden Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, und: Drogenberater würden zu „Komplizen der Sucht“. Die Bedenken des Strafvollzuges werden von Werdenich (1989, 62) formuliert: „Ich halte den freien Zugang zu Spritzen prinzipiell für nicht unlösbar, mir ist es aber unbehaglich, wenn in einer relativ gut kontrollierbaren Situation systema-

tisch Doppelbödigkeit installiert wird, indem die Drogen illegal bleiben, aber die Utensilien legalisiert werden.“ Diese Einschätzung gegenüber der Abgabe sterilen Spritzbestecks deckt sich mit der außerhalb des Vollzuges etwa um 1985.

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

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

– „Verfügbarkeit von Spritzen erleichtert den Drogenkonsum“

Diese Annahme geht davon aus, daß das Vorhandensein des sterilen Injektionsgeräts (denn gebrauchtes ist in den meisten Anstalten bereits vorhanden) bisher nicht-drogenkonsumierenden Gefangenen als Signal dient, in die knastspezifische Drogensubkultur einzutreten. In der Bremer Ablehnungsbegründung wird gar von „„Anfixen‘ bisher nicht-drogenabhängiger Gefangener“ gesprochen. Diese Annahmen verkennen knastinterne Dynamiken und Identifikationsprozesse von Gefangenen, die das Eintreten in bestimmte Subkulturen eher erklären: räumliche Unausweichlichkeit, Vorhandensein psychotroper Substanzen, ggf. als lukrativ eingeschätzter Handel mit Drogen. Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck dürfte kaum ein weiteres Motiv für die Aufnahme eines intravenösen Dorgengebrauchs bieten. Ebenso wenig wie übrigens die Kondomvergabe zu homosexuellen Verkehrsformen beitragen dürfte. Spritzbesteck wird außerdem nicht deshalb zugänglich gemacht, um hedonistischen oder abhängigkeitsbedingten Motiven der Gefangenen zu folgen, sondern aus Gründen der HIV-Infektionsprophylaxe, was zumindest die Injektion von Drogen in einen existentiellen Gefährdungs- und Problemzusammenhang stellt. Der Begriff des „Anfixens“ suggeriert ohnehin ein passives, fast wehrloses Opfer skrupelloser Dealer. Die Aufnahme eines auch intravenösen Drogenkonsums gestaltet sich im Gefängnisalltag sicherlich komplexer: sie ist durchaus vorstellbar als bewußte, selbstbestimmte Entscheidung von Gefangenen im Rahmen einer Risikoabwägung – allerdings vor dem Hintergrund völlig einge-

schränkter Wahlmöglichkeiten bezüglich der Bewältigung des Knastalltages.

Zweifellos wird denjenigen, die ohnehin Drogen spritzen, der Drogenkonsum erleichtert in dem Sinne, daß zusätzliche, nicht drogen- oder suchtspezifische sondern situationsspezifische Risiken des Drogengebrauchs (das Vorhandensein ganz weniger Spritzen) vermieden werden können. Dies kann nur im Sinne der Gesunderhaltung der Gefangenen gefördert werden. Man kann nicht voraussagen, inwieweit die Häufigkeit des Injizierens von der Verfügbarkeit von sterilem Spritzbesteck abhängig ist, oder inwieweit mit einer Verfügbarkeit auch andere Substanzen (Medikamente) überhaupt oder ggf. häufiger injiziert werden. Ausgehen sollte man jedoch von der Tatsache, daß jetzt bereits Spritzen im Strafvollzug existieren und keine grundsätzlich neue Situation geschaffen wird.

Eine Risikoabwägung („Anfixen“ versus Vermeidung von HIV-Infektionen) kann dem Risiko „Anfixen“ keine höhere Priorität zubilligen. – Und selbst wenn allein durch die Tatsache einer Verfügbarkeit von sterilen Einwegspritzen bisher nicht-drogenkonsumierende Gefangene sich dazu verleiten lassen sollten, erstens Drogen zu nehmen, zweitens diese Drogen zu injizieren, vollzieht sich das wenigstens mit sterilen Spritzen.

– „Verunsicherung der Bediensteten“

Als Träger einer abstinenzorientierten Perspektive und gleichzeitige Bremse einer HIV/AIDS-Prävention via Spritzenvergabe werden immer wieder die Bediensteten herangezogen: „Die Justizvollzugsbediensteten sind verpflichtet, der Verbreitung von Drogen im Vollzug entgegenzuwirken. Den Bediensteten könnte es nur mit großen Schwierigkeiten verständlich gemacht werden, daß im Falle der Ausgabe von Einwegspritzen nunmehr Hilfsmittel für den Drogenkonsum zur Verfügung gestellt werden. Die Ausgabe von Einwegspritzen würde von den Bediensteten und den Gefangenen als Schritt zur Legalisierung der Lage verstanden werden“ (Sen. f. Justiz u. Verf. Bremen 1988, 11; ähnlich: Senatstellungnahme Berlin 1992, 2). Offenbar traut man den Anstaltsbediensteten keine Lernfähigkeit und kein Differenzierungsvermögen zwischen Strafbarkeit des Besitzes von Betäubungsmitteln und gesundheitlichen Maßnahmen zur Verhinderung einer HIV-Infektion zu. Prinzipiell besteht dieser Widerspruch etwa auch für Polizisten „draußen“. Daß dieses Vermögen erst geschaffen werden muß durch Informationen und Schulungen ist wiederum Aufgabe der Anstaltsleitung – ebenso wie bei Zellenrevisionen mit dem Spritzenfund umgegangen werden soll: d. h. ob dies toleriert werden kann, oder ob Spritzen beschlagnahmt und (bei gebrauchten) auf Betäubungsmittelanhaftungen untersucht werden müssen.

Die Bediensteten werden jedoch mit den praktisch erlebbaren, alltäglichen Widersprüchen und Unzulänglichkeiten was Durchsetzbarkeit des Drogenverbots und angemessenen Umgang mit HIV und AIDS betrifft, im wesentlichen alleingelassen. Deren Handlungsunsicherheit ist Ausdruck allgemeiner Verunsicherung, wie mit Drogen und HIV/AIDS

gerade im Mikrokosmos Knast überhaupt umgegangen werden kann. Schließlich berufen sich Justizministerien und Anstaltsleitungen immer wieder auf das Fehlen eines bereits praktizierten, funktionierenden Modells der Spritzenabgabe in Strafvollzugsanstalten selbst im Ausland: Niemand bringt den politischen Mut auf, hier fachliches Neuland zu betreten.

### *3.5 Methadon- statt Spritzenabgabe?*

Nicht weniger Irritationen als bei den sterilen Spritzen, löst die Vergabe von Methadon an Gefangene bei den Bediensteten aus. Trotzdem wird sie vermehrt durchgeführt und z. T. explizit, auch im Ausland, als eine Form der alternativen HIV/AIDS-Prävention im Strafvollzug betrachtet. Dabei geht man davon aus, daß durch die orale Applikation und die Blockade des „Heroinhungers“ durch das synthetische Opiat der Konsum anderer, v. a. spritzbarer Drogen nachläßt. Dies ist allerdings insofern problematisch, als daß einerseits immer noch wenig Anstaltsärzte bereit sind, mit Methadon zu substituieren und zweitens, gemäß den restriktiven NUB-Bedingungen (vgl. Bossong/Stöver 1992, 49 ff.), an die eine Substitution in Haft in aller Regel angelehnt wird um eine Anschlußsubstitution nach der Entlassung zu gewährleisten, nur ein enger Indikationsbereich besteht, der nur wenige Gefangene in den „Genuß“ einer Substitutionsbehandlung kommen läßt. Von den übrigen Gefangenen kann man trotz Methadonvergabe bzw. wegen ihrer Hochschwelligkeit keinen Verzicht auf intravenösen Drogenkonsum mit allen HIV-infektionsrelevanten Risiken im Strafvollzug erwarten (vgl. auch Kaulitzky u. a. 1991, 85).

### *3.6 HIV/AIDS-Prävention im Strafvollzug – eine Machtfrage!*

Haben freie Träger der Drogen- und AIDS-Hilfe ab 1984 – zunächst durchaus im rechtlichen Graubereich handelnd – sich in der HIV/AIDS-Prävention engagiert und Spritzenaustauschprogramme initiiert, so sind sie, was dieses Engagement im Strafvollzug betrifft, nicht handlungsfähig. Politikstrategien des „just-doing-it“ können hier nicht (zumindest nicht offiziell) umgesetzt werden – souverän und einzig Handelnde sind die Strafvollzugsbehörden bzw. die Justizministerien. Der Konflikt, zunächst offenbar auf einer fachlichen Ebene angesiedelt, entpuppt sich angesichts der erdrückenden Notwendigkeit zum sofortigen Handeln in punkto instrumenteller HIV/AIDS-Prävention jedoch mehr und mehr als ein politischer. In einer Mischung aus Kontrollverlustängsten und schlichter Ignoranz gesundheitlicher Bedürfnisse der Gefangenen wird der zwingende Handlungsbedarf auf diesem Gebiet Jahr um Jahr verschoben, bis sich „Trägheitseffekte“ einstellen. Oder man geht seitens der Justizbehörden offensiv mit dem Widerspruch um (und richtet sich ein): „Die Praxis des ‚needle-sharing‘ bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Einerseits lehnen wir die Vergabe von sterilen Einwegspritzen im Vollzug ab, andererseits ist das needle-sharing auch im Vollzug eine Realität. Wir wissen, daß

sich ein Teil der suchtgefährdeten Insassen von der Angst vor einer HIV-Infizierung von dieser Praxis abschrecken läßt. Gerade bei dieser Klientel müssen wir durch behutsame Erkundungsformen unsere Handlungsspielräume für eine AIDS-Prophylaxe einerseits und für die Betreuung Drogenabhängiger und drogenabhängiger HIV-Infizierter andererseits finden“ (Hartwig 1991, 221). Welche „Erkundungsformen“ hier gemeint sein könnten, bleibt nebulös, die Ablehnung instrumenteller HIV/AIDS-Prävention dagegen unmißverständlich – ein Zustand „institutioneller Selbstlähmung“ (A. Pant).

Als eine Form der Beschwichtigungspolitik wird von den Behörden immer wieder aufs Neue eine „Prüfung“ angeboten, deren Ergebnisse – sofern welche existieren – nicht veröffentlicht werden: „Zur Zeit wird geprüft, ob das Desinfektionsmittel Aethanol in kleinen Mengen an stark Drogenabhängige ausgegeben werden kann“ (Sen. f. Justiz u. Verf. Bremen 1988, 12) – ohne Ergebnis. Oder: „Der Einsatz von Bleichmitteln zur Durchspülung von Spritzbestecken erscheint praktikabler (als thermische Desinfektion, H.S.), ist aber hygiene-wissenschaftlich nicht unumstritten. Diese Möglichkeit wird von der Senatsverwaltung für Justiz derzeit erneut geprüft“ (Senatsstellungnahme Berlin 1992, 3).

Das weist auf eine Verzögerungspolitik hin, die angesichts von außen zuweilen offengelegter Legitimationsprobleme flexibel mit scheinbaren Zugeständnissen reagiert, um öffentlichem Druck zu begegnen. Dabei gewinnt die Frage der Spritzenvergabe eine Symbolwirkung für die Legitimation des Gefängnisses, das als geschlossenes, drogenfreies System aufgegeben werden muß, zugunsten eines offensiven Umgehens mit diesem Scheitern und akzeptierenden, lebensweltnahen Hilfen. Darüberhinaus scheint man mit geringen Zahlen HIV-infizierter, bzw. AIDS-erkrankter, offenbar bekannter Gefangener zu kalkulieren, die eine Kontrollierbarkeit des Problems suggerieren und keinen weiteren Handlungsbedarf begründen.

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

#### **4. Was könnte und müßte getan werden?**

Grundsätzlich stehen sich zwei Maximalforderungen unversöhnlich und lähmend gegenüber: die nach Verhaltensänderung und Drogenfreiheit der Gefangenen und die nach einer Vergabe steriler Einwegspritzen. Beide Forderungen scheinen in keiner Strafvollzugsanstalt bislang eingelöst. Angesichts der Dynamik und des Charakters der HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung (keine vorbeugende Impfung, keine wirksame Therapie möglich) ist es das primäre Ziel, Neu-Infektionen zu verhindern. Für den Strafvollzug bietet allein die Vergabe steriler Spritzen Aussicht auf Erreichen dieses Ziels. Damit die HIV/AIDS-Prävention aus ihrer Erstar-

rung erlöst wird, sollten schnell umsetzbare, handhabbare Zwischenlösungen entwickelt werden, wie sie von vielen Gremien (AIDS-Enquete-Kommission 1990; Deutsche AIDS-Hilfe 1992) und Experten seit langem gefordert werden. Eine dieser Übergangslösungen stellt die „Persönliche Taschenapotheke für Gefangene“ dar, die in der Kantonalen Strafanstalt Regensdorf, Zürich, allen Gefangenen ausgehändigt wird (Bolli 1992). Sowohl Aushändigung an alle Gefangenen, als auch der Inhalt zeugen von einem „normalisierenden“ Interesse dahinter: Die Apotheke enthält sowohl Ratschläge und Hilfsmittel für Erste Hilfe als auch für die AIDS-Prophylaxe (Watte, Pflaster, Zellstofftupfer, Kondome und Natriumhypochloridhaltige Lösung (1%) z.B. zur Desinfektion von Spritzen und ein Merkblatt als Gebrauchsanweisung).

Diese Maßnahme geht mit dem Vorhandensein von Drogen, Drogengebrauch und Spritzen im Strafvollzug um.

Ein noch einfacherer Schritt besteht in der schlichten Zugänglichkeit zu Desinfektionsmitteln, die mit entsprechenden Gebrauchsanweisungen versehen sind. Dieser Zugang kann anonym erfolgen, oder bei der wöchentlichen Vergabe auch anderer Putzmittel möglich sein.

Dort wo die Gefangenen Tauchsieder benutzen können, soll die Sicherheit über die Zeit des Auskochens benutzter Spritzen gegeben werden (15 Min., vgl. Newmeyer 1988, 154).

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

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

Eine ausführliche Fassung des Textes kann beim Verfasser angefordert werden.

### *Anmerkungen*

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

(2) Primär-Prävention meint hier Verhinderung von Neuinfektion mit Hilfe bestimmter Instrumentarien und Instruktionen (Abgabe sterilen Spritzbestecks, bleach und Kondome), sowie personaler Kommunikation (über HIV-Infektionsrisiken, -verlauf, „safer-use“, Vertrauensbildung).

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

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

### *Literatur*

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

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

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

BOSSONG, H.; STÖVER, H. (1992): Zur Praxis der Substitutionsbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. In: BOSSONG, H.; STÖVER, H. (Hrsg.): Methadonbehandlung: ein Leitfaden. Frankfurt; New Nork: Campus Verlag, S. 43–67

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

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

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

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

HARDING, T.-W.; MANGHI, R.; SANCHEZ, G. (o.J.): Zusammenfassung der Studie „Le SIDA en Milieu Carceral. Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern

HARTWIG, J. (1991): Kurzbericht über das Bremer Modell „AIDS im Justizvollzug“. In: BUSCH, M.; HECKMANN, W.; MARKS, E. (Hrsg.): HIV/AIDS und Straffälligkeit. Eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe. Bonn: Forum Verlag, S. 213–230

HEUDTLASS, J.-H. (1993): Safer-Use-Training – Beschreibung eines Seminarangebotes. In: Stöver, H. (Hrsg.): Die Fortbildungsarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe im Bereich AIDS und Drogen (1990–1992). Berlin: (Selbstverlag), S. 153–158

HOFFMANN, E. (1989): Stellungnahme zur öffentlichen Sachverständigen-Anhörung der AIDS-Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages am 16. 6. 1989

- KAULITZKY, R.; RICHTER, A.; SIEMON, R. (1991): Modellversuch AIDS im bremischen Justizvollzug. Endbericht. Bremen, Dez. 1991
- KINDERMANN, W. (1987): Individuelle Bewältigungsformen gegenüber der Aids-Bedrohung bei Drogenabhängigen. In: Jugendwohl, H. 6/1987, S. 254ff.
- KLEIBER, D. (1991): Die HIV-/AIDS-Problematik bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung der Situation hafterfahrener Drogenabhängiger. In: BUSCH, M.; HECKMANN, W.; MARKS, E. (Hrsg.): HIV/AIDS und Straffälligkeit. Eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe. Bonn: Forum Verlag, S. 25–40
- KOCH, U.; EHRENBERG, S. (1992): Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): AIDS und Drogen II, AIDS-Forum D.A.H., Bd. IX, Berlin: (Selbstverlag), S. 27ff.
- KREUZER, A. (1990): Besonderheiten von Aids und Drogenabhängigkeit. In: PRITZWITZ, C. (Hrsg.): Aids, Recht und Gesundheitspolitik. Berlin: Ed. Sigma Bohn, S. 171
- LAUFS, R. (1992): Stellungnahme zur Desinfektion von Spritzen süchtiger Personen mit Bleach-Lösung. Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg, 8. 9. 1992
- LESTING, W. (1989): Normalisierung im Strafvollzug. Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.
- LESTING, W. (1990): Die Abgabe von Einwegspritzen im Strafvollzug zur Aids-Prävention – strafbar oder notwendig. In: Strafverteidiger, S. 225–230
- LINDLAHR, P. (1991): Fortbildungsveranstaltungen für Bedienstete im nordrhein-westfälischen Strafvollzug zum Bereich HIV-Infektion und AIDS. Köln: (AIDS-Hilfe NRW)
- MEYER, T. (1989): Alles läuft so, als gäb's das Virus nicht. In: taz 30. 3. 1989
- MEYER-FEHR, P.; ZIMMER-Höfler, D. (1983): Compliance und institutionelle Sozialisation in der Behandlung von delinquenten Heroinabhängigen. Kriminolog. Bulletin, 9, S. 1
- MICHELS, I. I. (1989): „... nehmen wir einmal an, da fließt viel Blut.“ Soziale Normkontrolle im Gewand der „helfenden Beziehung“ – Bewährungshilfe unter der Methapher „AIDS“. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): Chancen u. Risiken aktueller Präventions- und Behandlungsansätze am Faktor AIDS bei Drogengebrauch und Abhängigkeit. Berlin: (Selbstverlag), S. 203
- MICHELS, I. I. (1990): Testfall Knast. In: D.A.H.-Aktuell, Jan./Feb. 1990, S. 18
- NEWMAYER, J. A. (1988): Why Bleach? Development of a Strategy to Combat HIV Contagion Among San Francisco Intravenous Drug Users. In: BATTJES, R. J.; PICKENS, R. W. (ed.): Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives. Rockville (NIDA Research Monograph 80)
- O'HARE, P. A. et al. (eds.) (1992): The Reduction of Drug-Related Harm. London, New York: Routledge
- PANT, A./KLEIBER, D. (1993): HIV-Epidemiologie und Risikoverhalten bei iv Drogenkonsumenten – Ergebnisse aus der Forschung. In: Stöver, H. (Hrsg.): Die Fortbildungsarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe im Bereich AIDS und Drogen (1990–1992). Berlin: (Selbstverlag), S. 47–59
- QUENSEL, St. (1983): Endstation Drogenknast – Sondereinrichtungen als Konsequenz heutiger Drogenpolitik? In: BACHMANN, U. u. a. (Hrsg.): Drogenabhängige im Strafvollzug. Sondereinrichtungen? Biel: SFA-Lausanne, S. 31–48
- QUENSEL, E. (1989): AK StVollzG § 56 Rz. 4
- RASCHKE, P.; RITTER, C. (1991): Eine Großstadt lebt mit Aids. Strategien der Prävention und Hilfe am Beispiel Hamburgs. Berlin: Ed. Sigma Bohn
- REX, R. (1991): Zur Lage der drogengebrauchenden Menschen in Haft. In: akzept e.V. (Hrsg.): Leben mit Drogen. Akzeptierende Drogenarbeit als Scha-

denbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik. Berlin: (Selbstverlag), S. 238–243

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

Senatsstellungnahme (1992): Stellungnahme des Senats zu dem Antrag der Fraktion Bündnis90/Grüne (AL)UFV über Vergabe von Kondomen und Einwegspritzen an Gefangene zur AIDS-Prophylaxe. Berlin (Ms.)

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

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

März 1993

Biloher Straße 19  
27711 Osterholz-Scharmbeck