

Wissenschaftliche Begleitung und Beurteilung des geplanten
Spritzentauschprogramms
im Rahmen eines Modellversuchs
der Justizbehörde der Freien
und Hansestadt Hamburg

**Konzeption eines empirischen Forschungsprojekts
(überarbeitete Version)**

Ulrike Pape, Andreas Böttger & Christian Pfeiffer

in Zusammenarbeit mit

Gerd Laga

1996

Inhalt	Seite
1. Ausgangslage	3
1.1 Die Drogenproblematik in Justizvollzugsanstalten	3
1.2 Sozialwissenschaftliche Aspekte	4
1.3 Gesetzliche Grundlagen	6
2. Hamburger Pilotprojekt	6
2.1 Projektgeschichte	6
2.2 Ziele und erkenntnisleitende Fragestellungen	7
2.3 Methodologische Vorüberlegungen und methodische Durchführung	8
3. Kooperation mit anderen Pilotprojekten	11
3.1 Anzustrebende Kooperation mit dem Pilotprojekt in Hindelbank, Schweiz	11
3.2 Kooperation mit dem niedersächsischen Pilotprojekt	12
4. Vorläufiger Zeitplan	13
5. Vorläufiger Entwurf zu einer Kostenaufstellung	14
6. Literaturverzeichnis	16

1. Ausgangslage

1.1 Die Drogenproblematik in Justizvollzugsanstalten

In den Justizvollzugsanstalten spiegeln sich die gesellschaftlichen Probleme des Lebens außerhalb der Gefängnismauern wider. In besonderem Maße gilt dies für die Strukturen und Konsequenzen der Drogenproblematik.

Da der prozentuale Anteil drogenkonsumierender Personen intramuros wesentlich höher ist als der außerhalb der Vollzugsanstalten (auf genauere Angaben werde ich im folgenden eingehen), läßt sich die Situation innerhalb der Gefängnisse nicht nur als „Spiegelbild“ der gesellschaftlichen Gegebenheiten beschreiben, sondern muß konsequenterweise als „Extrem“ betrachtet werden.

Aufgrund der Tatsache, daß für viele Gefangene der Drogenkonsum Alltagsrealität ist, lassen sich alle Entwicklungen und Erscheinungsformen des Drogengebrauchs im Strafvollzug wiederfinden (vgl. Stöver 1994, S. 14). Neben den gesundheitlichen Risiken der AIDS- und Hepatitisinfektionen, der Abszeßbildungen und im Extremfall des Drogentods spitzen sich Handlungsmuster und Verhaltensstrukturen ebenfalls zu. Bedingt durch das zu knappe Drogenangebot wird die oftmals ohnehin schon sehr minderwertige Ware nicht nur „gestreckt“ (und somit noch gesundheitsgefährdender), sondern zudem noch sehr teuer. Es liegt nahe, daß die drogenkonsumierende inhaftierte Person finanziell kaum in der Lage ist, die hohen Preise zu bezahlen, und so muß sie „Dienste“ für andere Gefangene anbieten. Entweder bringt sie selber Drogen ein, dealt oder prostituiert sich. Andere Erscheinungsformen sind Diebstähle untereinander oder die nicht zu unterschätzende Konsequenz des Schuldenmachens. Eine Verschuldung zieht eine Kette von Bedrohungen und Gewalttätigkeiten nach sich. Ebenfalls gewaltförderndes Potential liegt in den Strukturen der untereinander konkurrierenden Händlerhierarchien. (Vgl. dazu Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzeptes für den Hamburger Strafvollzug 1995, S. 19, 20)

Die Angaben zum prozentualen Anteil regelmäßig drogenkonsumierender - wobei hier der Konsum von sogenannten „harten“ Drogen (Heroin, Kokain etc.) gemeint ist - Gefangener in der Bundesrepublik Deutschland variieren zwischen 10% und 40%, mehrheitlich ergeben jedoch die Untersuchungsergebnisse einen Anteil von 30%. Bei den weiblichen Inhaftierten liegt der Anteil etwa doppelt so hoch. „Bei einer Jahresdurchschnittsbelegung der Haftanstalten aller Bundesländer im Jahre 1993 von 63.712 ist von etwa 20.000 Drogenabhängigen im Vollzug auszugehen, wobei in den neuen Bundesländern der Anteil der Drogenabhängigen insgesamt deutlich niedriger ist.“ (Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzeptes für den Hamburger Strafvollzug 1995, S. 19)

Die Problematik, an der dieses Konzept vorrangig ansetzt, ist die der Potenzierung der im vorangegangenen genannten Risiken bei intravenös drogenkonsumierenden Inhaftierten. „[...] steriles Spritzbesteck ist Schmuggel- und damit Mangelware, der Gemeinsamgebrauch benutzter Nadeln als Hauptübertragungsweg von viralen Infektionen damit um einiges wahrscheinlicher als draußen“ (Stöver 1994, S. 14).

Müller et al. (1994) belegen in einer groß angelegten Studie in Deutschland, daß das sogenannte „Needle-Sharing“ außerhalb der Gefängnisse mehrheitlich mit nur einem Partner stattfindet, dessen HIV-Status überdies in der Regel bekannt ist. Im Gefängnis hingegen findet der Ge-

meinsamgebrauch der Spritzen bis zu ihrem gänzlichen Verschleiß und unter völlig unzureichender Beachtung desinfizierender Maßnahmen mit mehreren Personen statt, deren HIV-Status nicht bekannt ist und nicht erfragt wird. (Vgl. dazu auch Nelles et al. 1995, S. 2)

Das besondere Infektionsrisiko unter Haftbedingungen belegt eine im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführte Untersuchung des Sozialpädagogischen Instituts Berlin. Nach deren Ergebnissen waren 13 % der intravenösen Drogenkonsumenten, die bislang nicht inhaftiert waren, HIV-positiv. Hingegen betrug die Anzahl HIV-infizierter intravenöser Drogenkonsumenten mit Hafterfahrung 32 %, was einem ca. zweieinhalbfachen Wert entspricht. (vgl. Kleiber 1990, S. 59)

Doch nicht nur die HIV-Infektion ist als Risiko des Spritzengemeinsamgebrauchs zu benennen. Neben möglichen Abszeßbildungen aller Stadien, die im Einzelfall gravierende Langzeitschäden mit sich bringen können, darf die Gefahr der Hepatitis-Infektion, deren Übertragungsweg gleich dem der HIV-Infektion ist, nicht unterschätzt werden. „Die Begrenzung der Diskussion über Infektionsrisiken auf HIV- bzw. AIDS-Erkrankungen hat die Hepatitis-Infektionsgefahren fast vollständig ausgeblendet. Dabei kommen alle drei Hepatitiden A, B und C sehr viel häufiger in den Justizvollzugsanstalten vor als in der Normalbevölkerung.“ (Expertenkommission Niedersachsen 1995, S. 4)

Ergebnisse bundesweiter Untersuchungen gehen von einer Hepatitis-Infektion bei Inhaftierten von 40 % bis 70 % aus. Diese deutlich erhöhte Prävalenz steigt weiterhin auf 70 % bis 90 % bei intravenös drogenkonsumierenden Inhaftierten an (vgl. Expertenkommission Niedersachsen 1995, S. 4). So wird oftmals bereits von einer desmoterischen - d. h. gefängnistypischen - Infektion gesprochen, die im Falle der Hepatitiden B und C als schwerwiegend anzusehen ist, wobei sich insbesondere die C-Infektion durch eine hohe Chronifizierungsrate auszeichnet, die ein tödliches Leberversagen nach sich ziehen kann.

Der Vollzugsalltag wird durch die Strukturen und Konsequenzen, Entwicklungen und Erscheinungsformen des Drogengebrauchs so persistent geprägt, daß die eigentlichen Vollzugsziele nicht mehr mit der notwendigen Intensität verfolgt werden können.

1.2 Sozialwissenschaftliche Aspekte

„Der gesellschaftliche Anspruch auf solidarischen und menschlichen Umgang mit HIV- und/oder AIDS-infizierten Menschen wird sich gerade dort zeigen müssen, *wo diese ohnehin schon durch ihre Lebensbedingungen ausgegrenzt und stigmatisiert sind*. Das gilt für intravenös Drogenabhängige ganz allgemein und insbesondere für jene in Haft.“ (Michels 1990, S. 18)

Der Soziologe Erving Goffman beschreibt auf der Grundlage seiner Theorien zu „Totalen Institutionen“ die Lebensbedingungen inhaftierter Personen. Goffman definiert Totale Institutionen als gegen die Außenwelt isolierte Einrichtungen, in denen die Insassen innerhalb eines umfassenden Reglements leben. Zentrales Merkmal solcher Institutionen ist ihr allumfassender Charakter: Die Trennung zwischen den verschiedenen Lebens- und Kontaktbereichen Schlafen, Freizeit, Arbeiten wird weitgehend aufgehoben. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität und mit stets den gleichen Gruppenmitgliedern statt. Institutionen dieser Art sind Sanatorien, Heil- und Pflegeanstalten, Gefängnisse, Kasernen, Klöster und Erziehungsheime. (Vgl. Goffman 1972)

Auf der Grundlage von Goffmans Modell der Totalen Institution lassen sich folgende Charakteristika benennen, die die Lebensbedingungen inhaftierter Personen beschreiben:

- a) Die Strukturen der Institution verlaufen hierarchisch statt demokratisch.
- b) Das tägliche Leben ist geprägt durch eine strenge Reglementierung und Gleichförmigkeit anstelle einer Mitbestimmung.
- c) Oftmals werden die rationalen Interessen der Verwaltung vorrangig gegenüber den pädagogischen Erfordernissen behandelt.
- d) Das Prinzip der Selbstversorgung wird durch das der Zentralversorgung ersetzt.
- e) Anstelle kleiner überschaubarer Lebenseinheiten stellen sich diese unübersichtlich und anonym dar.
- f) Die inhaftierte Person ist instabilen persönlichen Bezugsfeldern statt kontinuierlichen sozialen Bezügen ausgesetzt.
- g) Durch den Abbruch gewohnter Regel- und Normsysteme kann die lebensgeschichtliche Kontinuität nicht gewahrt werden.
- h) Die Integration in die Umwelt wird durch die regionale und soziale Isolation verhindert.
- i) Anstelle eines Aufbaus von Selbstkompetenz erfährt die inhaftierte Person einen Prozeß der Stigmatisierung.

Da die inhaftierte Person unter den genannten Lebensbedingungen Gefahren wie der des Rollenverlustes und der Entindividualisierung ausgesetzt ist, folglich der Aufbau von Selbstwertgefühl und somit auch von Selbstkompetenz erschwert wird, ist die Desorientierung vieler entlassener Inhaftierter nachvollziehbar. Der Haftentlassene muß bei seinem Versuch, sich in die Umwelt zu integrieren, vor allem gegen Konsequenzen der erlebten sozialen Isolation und des Stigmatisierungsprozesses ankämpfen.

Die auf der Grundlage von Goffmans Modell der Totalen Institution dargestellten Lebensbedingungen inhaftierter Personen haben verdeutlicht, daß die Schwierigkeit der sozialen Integration von Drogenkonsumenten durch die Charakteristika und Konsequenzen der Haftunterbringung dieser noch potenziert wird.

Das Ausmaß des Drogenkonsums mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen zu der Zeit, in der Goffman seine Theorien zu Totalen Institutionen entwickelt hat, ist bei weitem nicht mit heutigem Ausmaß vergleichbar. Die im vorangegangenen dargestellten Lebensbedingungen inhaftierter Personen potenzieren aber nicht nur die Schwierigkeit der sozialen Integration sondern nehmen bereits auch während des Zeitraums der Inhaftierung Einfluß auf das Drogenkonsumverhalten der Gefangenen. Vor allem die Gleichförmigkeit des Vollzugsalltags (vgl. b), der Abbruch gewohnter Regel- und Normsysteme (vgl. g), und die fehlende Kontinuität der sozialen Bezüge (vgl. f) können bei den Inhaftierten zu Einsamkeit, Langeweile und Perspektivlosigkeit führen. Der Einfluß dieser Deprivationsfaktoren erschwert nicht nur einen „Ausstieg aus der Droge“, sondern kann sogar den Drogenkonsum steigern.

1.3 Gesetzliche Grundlagen

Die Überlegung, daß im Strafvollzug grundsätzlich die gleichen Präventionsmittel Anwendung finden müssen wie in Freiheit, läßt sich nur für den Bereich der Bundesrepublik auch strafvollzugsrechtlich begründen.

Der Angleichsgrundsatz in § 3 Abs. 1 StVollzG („Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen werden“) stellt eine Handlungsanweisung an die Vollzugsbehörden dar und verpflichtet sie, die Unterschiede zwischen den Lebensbedingungen „drinnen“ und „draußen“ so gering wie möglich zu halten und aktiv zum Ausgleich vorhandener Unterschiede beizutragen. (Vgl. Lesting 1994, S. 60)

Insbesondere durch die die medizinische Versorgung berührenden Vorschriften der §§ 56 ff. StVollzG ist den Vollzugsbehörden die Pflicht zur Gesundheitsfürsorge für die Gefangenen auferlegt, da diese aufgrund der Inhaftierung in ihrer eigenen Gesundheitsvorsorge behindert sind.

Des weiteren ist seit der am 16.09.1992 in Kraft getretenen Neufassung des BtMG in § 29 Abs. 1 Nr. 11 gegen jegliche rechtliche Bedenken zweifelsfrei geklärt, daß „[...] die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige [...] kein Verschaffen von Gelegenheit zum Verbrauch im Sinne von Satz 1 Nr. 10 dar(stellt)“.

Damit steht der Einführung des Spritzentausches gesetzlich nichts im Wege.

2. Hamburger Pilotprojekt

2.1 Projektgeschichte

Die in Kapitel 1 beschriebene Ausgangslage hat zu einer Diskussion um Drogenkonsum und notwendige Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug geführt. Um diese Diskussion zu versachlichen, wurde vom Justizsenator der Freien und Hansestadt Hamburg im Frühsommer 1994 eine Kommission mit dem Auftrag eingesetzt, ein umsetzungsorientiertes Drogenkonzept für den Hamburger Strafvollzug zu entwickeln. In dem von der Kommission im Februar 1995 vorgelegten Abschlußbericht wurde sowohl als notwendige gesundheitsprophylaktische Maßnahme als auch aus gesetzlicher Fürsorgepflicht sowie aus Gründen ethischer Verantwortung unter anderem die Vergabe von sterilen Einwegspritzen auch an inhaftierte Drogenkonsumenten für zwingend erforderlich gehalten. Die Kommission kam zu dem Schluß, eine stufenlose Einführung des Spritzentausches in allen dafür geeigneten Anstalten zu empfehlen.

Die bereits bei den Anhörungen der Kommission deutlich gewordene Skepsis und Abwehr gegen den Spritzentausch von einem nicht unerheblichen Teil der Vollzugsmitarbeiter und -mitarbeiterinnen sowie auch seitens des Landesverbandes Hamburgischer Vollzugsbediensteter führte nach Bekanntwerden der Empfehlungen der Kommission zu weiteren Diskussionen. Dabei standen insbesondere die möglichen nachteiligen Auswirkungen und Widersprüche des Spritzentauschs bei der praktischen Vollzugsarbeit und der bisher in den Vollzugsanstalten vorhandenen Hilfsangebote für Drogenabhängige im Vordergrund.

Um vorab Erfahrungswerte gewinnen zu können, „[...] plant Justizsenator Prof. Dr. Hoffmann-Riem ein kontrolliertes Experiment unter wissenschaftlicher Begleitung und Betreuung der Gefangenen sowie Fortbildung und Unterstützung der betroffenen Vollzugsbeamten“ (Mitteilung der Pressestelle der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg vom 07.12.1995) als Pilotprojekt in einer dafür ausgewählten Hamburger Vollzugsanstalt.

2.2 Ziele und erkenntnisleitende Fragestellungen

Bezüglich der Ziele und erkenntnisleitenden Fragestellungen des Projekts liegen in schriftlicher Form bisher noch keine offiziellen Verlautbarungen vor.

Erste Vorgespräche ergaben, daß das geplante Ziel dieses Modellversuchs ist, Erfahrungswerte mit der Ausgabe von sterilen Injektionsbestecken zu eruieren und darüber hinaus dahingehend zu überprüfen, ob und in welcher Form das Spritzenaustauschprogramm auch in anderen Hamburger Vollzugsanstalten eingeführt werden kann.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung und Beurteilung des geplanten Pilotprojekts ist es, zu erheben, ob und inwieweit das Ziel des Modellversuchs erreicht wurde.

Dieser Begleitforschung werden folgende erkenntnisleitende Fragestellungen zugrunde liegen:

I. Kernfragen der Untersuchung:

A: Anzahl und Auswirkung der verfügbaren Spritzen

1. In welchem Maße wird der Spritzenautomat frequentiert, und hat die Wahl des Standortes des Automaten (z. B. Sanitärräume, Freizeiträume o. ä.) und die Art der vollzuglichen Handhabung Einfluß auf die Frequentierung?
2. Nimmt der Gemeinsamegebrauch benutzter Nadeln unter den Inhaftierten ab?
3. Steigt mit der Anzahl verfügbarer Spritzen der Drogenkonsum - bzw. der Beikonsum bei substituierten Gefangenen - an?
4. Steigt mit der Anzahl verfügbarer Spritzen das Problem des sogenannten „Anfixens“ (bei dem zumeist durch Drogenhändler drogenfreie Inhaftierte in die Drogenabhängigkeit geraten sollen) an?

B: Bedienstete und Mitarbeiter

5. Wie gehen die Bediensteten und Mitarbeiter mit dem vollzuglichen Widerspruch - einerseits nach dem Abstinenzparadigma Drogen zu konfiszieren und andererseits den Besitz von Spritzen zu dulden - um?

6. Besteht und wie ausgeprägt ist bei den Bediensteten die Angst, die Gefangenen könnten Spritzen als Waffen benutzen?
7. Löst die Vorstellung des Vorgangs intravenöser Applikation bei den Bediensteten befremdliche und angsterregende Gefühle aus?

C: Akzeptanz

8. In welchem Maße wird das Sprizentauschprogramm seitens der Bediensteten und Mitarbeiter, der Inhaftierten und der Anstaltsleitung akzeptiert, und verändert sich dieses im Laufe des Projekts?
9. Wie verhält sich die Akzeptanz bei nicht drogenkonsumierenden Inhaftierten?

D: vollzugliche Auswirkungen

10. Nimmt das Sprizentauschprogramm Einfluß auf die Bereitschaft der Inhaftierten, weitere Angebote - wie Substitutionsprogramme, Therapiemöglichkeiten - anzunehmen?
11. Vermindert die sinkende Anzahl „illegaler“ Spritzen und der ausbleibende Zwang, die „legale Spritze“ verstecken zu müssen, die Gefahren der Verletzungen und Infektionen bei der Revision der Inhaftierten und ihrer Hafträume?
12. Gibt es Zwischenfälle - wie das Auffinden „illegaler Spritzen“, der Mißbrauch einer Spritze als Waffe, die Gefahr einer Überdosierung - zu verzeichnen?

II. Zusätzliche Aspekte, die bei verfügbarer Zeit erhoben werden können

- Wie ausgeprägt ist der Wissensstand über HIV- und Hepatitis-Infektionsrisiken?
- Ist ein Rückgang - in bezug auf AIDS- und Hepatitis-Infektionen und Abszeßbildungen - zu verzeichnen?
- In welcher Art und Weise wird in der Öffentlichkeit auf das Sprizentauschprogramm reagiert?

2.3 Methodologische Vorüberlegungen und methodische Durchführung

Die Erhebung der empirischen Daten soll zu zwei verschiedenen Untersuchungszeitpunkten erfolgen, wobei der erste mit Einführung des Sprizentausches abgeschlossen und der zweite ca. sechs Monate nach Einführung des Sprizentausches beginnen muß. Die Forschungsmethode wird sich für beide Erhebungszeiträume aus einem quantitativen sowie aus einem qualitativen Vorgehen zusammensetzen.

Im *quantitativen* Teil soll es zwei standardisierte Totalerhebungen in der Institution geben, zu denen Fragebögen an jeweils alle Inhaftierten, Bediensteten, Mitarbeiter sowie an die Anstaltsleitung ausgegeben werden. Um eine Selektion bei den inhaftierten Probanden zu vermeiden, müssen die Fragebögen in verschiedene Sprachen übersetzt werden. Erst nach Auswahl der Vollzugsanstalt, in der das Modellprojekt stattfinden soll, kann endgültig festgelegt werden, welche verschiedenen Sprachen dafür in Frage kommen müssen. Die Befragung von Analphabeten kann nur durch Mithilfe eines Projektmitarbeiters erfolgen. Abhängig von den rücklaufenden Fragebögen muß entschieden werden, ob in weiteren Fällen die Mithilfe eines Projektmitarbeiters geboten wäre.

Bei der Eruiierung der anhand der erkenntnisleitenden Fragestellungen zu erhebenden Inhalte muß die Vielfalt subjektiver Interpretationen sowie der Aufweis der Art der Verknüpfung der Interpretationsinhalte als kausale, konditional und anders geartete Zusammenhänge möglich sein. Da der Erhebungsprozeß dementsprechend offen gestaltet werden muß, ist der Einsatz *qualitativer* Instrumente notwendig. (So auch Lamnek 1988) In den beiden qualitativen Erhebungen werden jeweils ca. 30 Probanden, die sich ebenfalls aus den Inhaftierten, Bediensteten, Mitarbeitern und der Anstaltsleitung zusammensetzen, anhand eines Leitfadeninterviews befragt. Ein Leitfadeninterview wirkt einem entscheidenden Nachteil des qualitativen Interviews entgegen, nämlich der Gefahr, daß nicht alle forschungsrelevanten Themenkomplexe vom Probanden angesprochen werden. Dem qualitativen Leitfadeninterview werden dabei Leitfadepunkte zugrunde gelegt, die gewährleisten, daß alle Themenbereiche, die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sein können, Berücksichtigung finden. Auch ein gewisses Maß an Vergleichbarkeit der Interviewergebnisse wird durch die Orientierung an einem Leitfaden garantiert, da sonst bei einem „rein“ qualitativen Interview die Gefahr bestünde, daß die einzelnen Erhebungen zu individuell verlaufen und somit eine Vergleichbarkeit kaum gewährleistet wäre. Dieser Kompromiß, der einen Ausgleich zwischen dem Forschungsinteresse des Interviewers und der individuellen Sichtweise des Befragten ermöglicht und der sich gegen eine ungleichmäßige Verteilung des Gestaltungsspielraumes wendet, wird von Witzel (1982) in seiner Darstellung des „problemzentrierten Interviews“ ausführlich erläutert.

Eine wie oben dargestellte Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden ermöglicht einerseits das Herausarbeiten von Zusammenhängen und Handlungsmustern, andererseits können die Daten des standardisierten Verfahrens zur Erhärtung der eruierten Ergebnisse dienen. So wird anhand der qualitativen Vorgehensweise die Komplexität zusammenhängender Sinnstrukturen empirisch nachgezeichnet, und anhand der quantitativen Vorgehensweise die Verbreitung dieser Strukturen in der sozialen Wirklichkeit (hier: der Institution Strafvollzug) untersucht.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Möglichkeiten, die eine Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden bietet, zeigt die folgende Tabelle im konkreten Bezug auf die erkenntnisleitenden Fragestellungen dieser Begleitforschung, welche Aspekte qualitativ erhoben werden müssen bzw. quantitativ erhoben werden können.

	Leitfadeninterview	standardisierte Totalerhebung
A:	Standort und vollzugliche Handhabung (Frage 1) Gemeinsamgebrauch benutzter Nadeln (Frage 2) Gefahr des „Anfixens“ (Frage 4)	Anzahl der verfügbaren Spritzen (Frage 1) Gemeinsamgebrauch benutzter Nadeln (Frage 2) Drogen- und Beikonsum (Frage 3) Gefahr des „Anfixens“ (Frage 4)
B:	vollzuglicher Widerspruch (Frage 5) Spritzenmißbrauch (Frage 6) negative Gefühle bei der i. v. Applikation (Frage 7)	
C:	Akzeptanz (Frage 8 u. 9)	
D:		Bereitschaft zu weiteren Angeboten (Frage 10) Gefahren bei der Revision (Frage 11) Zwischenfälle (Frage 12)

Ergänzend zu den Totalerhebungen und den Leitfadeninterviews können sowohl medizinische Untersuchungen als auch Aktenanalysen (Gefangenenpersonal- und Gesundheitsakten), sofern diese verwertbare Ergebnisse erwarten lassen, zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen werden.

Folgende Aspekte müssen bei der Vorbereitung und Durchführung der Begleitforschung Berücksichtigung finden (vgl. Expertenkommission Niedersachsen 1995, S. 33, 34):

- 1) Die mögliche Einflußnahme des Forschungsprozesses und der Ergebnisse auf die Lebenssituation der Beteiligten muß beachtet werden.

- 2) Die Freiwilligkeit der Beteiligung der Forschungssubjekte ist in jedem Fall zu wahren, auch wenn bei geringerer Beteiligung der Probanden Motivationsarbeit erforderlich wird.
- 3) Vertraulichkeit und Anonymität sind zu gewährleisten.
- 4) Die Objektivität der wissenschaftlichen Begleitung und Beurteilung setzt eine personelle Trennung zwischen der Forschungs- und der Durchführungsgruppe des Projekts voraus.

3. Kooperation mit anderen Pilotprojekten

3.1 Anzustrebende Kooperation mit dem Pilotprojekt in Hindelbank, Schweiz

Von Mai 1994 bis Juni 1995 wurde in den Straf- und Maßnahmenvollzugsanstalten für Frauen in Hindelbank, Schweiz, ein vom Bundesamt für Gesundheitswesen mitinitiiertes Pilotprojekt zur Drogen- und AIDS-Prävention im Gefängnis durchgeführt. „Das Präventionsangebot bestand aus Informations- und Gruppenveranstaltungen, persönlichen Sprechstunden und der Abgabe von sterilen Spritzen mittels 1:1-Spritzentauschautomaten“ (Nelles et al. 1995, S. 1). Die Zielsetzung der von der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern durchgeführten Begleitevaluation war es, die Auswirkungen der Präventionsangebote zu untersuchen, um Empfehlungen zur AIDS- und Drogenprävention im Gefängnis zu ermöglichen. „Die Insassinnen wurden zu vier, das Personal zu zwei Meßzeitpunkten ausführlich in strukturierten Interviews befragt. Daneben wurde eine Reihe weiterer, u. a. medizinischer Daten erhoben.“ (Ebd., S. 1)

Der im September 1995 veröffentlichte Evaluationsbericht (Nelles et al. 1995) legt zusammenfassend folgende Ergebnisse dar:

- 1) Die Spritzenabgabe hat zu keinem Anstieg des Drogenkonsums geführt.
- 2) Die Spritzen wurden nicht mißbräuchlich benutzt.
- 3) Der Spritzentausch unter drogenabhängigen Insassinnen nahm im Laufe des Projekts markant ab.
- 4) Spritzenabszesse wurden nicht mehr beobachtet.
- 5) Das Risikoverhalten im Bereich der Sexualität blieb unverändert.
- 6) Neuinfektionen oder Serokonversionen mit HIV- oder Hepatitis-Viren wurden keine verzeichnet.

„Die Abgabe von Spritzen mittels Automaten hat sich bewährt. Es ergaben sich keine Gründe, die gegen die Weiterführung der Spritzenabgabe in den Anstalten in Hindelbank sprechen. Das Einführen einer Spritzenabgabe zur Prophylaxe von HIV- und Hepatitis-Infektionen auch in anderen Gefängnissen drängt sich auf.“ (Nelles et al. 1995, S. 1)

Da sich für das Hamburger Forschungsvorhaben eine positive Verwertung der Ergebnisse des Pilotprojekts von Hindelbank empfiehlt, sollte eine diesbezügliche Kooperation, zu deren

Zweck Reisekosten nach Hündelbank, Schweiz, eingeplant werden müssen (s. Pkt. 5. „Vorläufiger Entwurf zu einer Kostenaufstellung“), angestrebt werden.

3.2 Kooperation mit dem niedersächsischen Pilotprojekt

Die niedersächsische Justizministerin hat im November 1994 eine Expertenkommission mit dem Auftrag eingesetzt, die Möglichkeiten sowie die damit verbundenen Vor- und Nachteile der Abgabe von sterilen Injektionsbestecken an Gefangene im Justizvollzug zu untersuchen. Die Empfehlungen dieser Expertenkommission zur AIDS- und Hepatitis-Prävention im Strafvollzug Niedersachsen wurden in einem Abschlußbericht im Mai 1995 dargestellt. Die Kommission sprach sich für die Einführung eines Modellversuchs der Spritzenvergabe durch Automaten mit einer Laufzeit von zwei Jahren aus. „Während außerhalb des Strafvollzuges Maßnahmen zur Spritzenabgabe bereits praktiziert werden und entsprechende Versorgungsstrukturen aufgebaut wurden, fehlt dies im vollzuglichen Bereich noch vollständig. Ein realistisches Konzept zur Verhinderung der Infektionsgefahren muß deshalb vor allem darauf abzielen, durch präventive Maßnahmen den Gesundheitszustand der Drogenabhängigen zu verbessern.“ (Expertenkommission Niedersachsen 1995, S. 32, 33)

Vom 15.03.1994 an sollen zunächst in der Haftanstalt Vechta, und ab 15.09.1996 in der Haftanstalt Groß-Hesepe (Lingen I), sterile Spritzen ausgegeben werden. Die wissenschaftliche Evaluation des Modellversuchs wird vom Fachbereich 3 (Institut für Politikwissenschaft II) der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg durchgeführt. „Die wissenschaftliche Evaluation sollte prozeßorientiert konzipiert sein. Eine dynamische Vorgehensweise sichert, daß der Projektprozeß fortlaufend evaluiert wird. [...] Bei der Wahl der Erhebungsmethoden sollte der qualitativen Datensammlung die Herausarbeitung von Zusammenhängen überlassen werden, während die quantitativen Verfahren der Erhärtung der gefundenen Tendenzen dienen können.“ (Expertenkommission Niedersachsen 1995, S. 32, 33)

Die Zielrichtung der Modellversuche in beiden Bundesländern ist auf die Überprüfung der Umsetzbarkeit des Spritzentauschprogramms in weiteren Vollzugsanstalten gerichtet. Durch diese identische Zielsetzung und im besonderen durch die zeitlich parallel laufenden Pilotprojekte empfiehlt sich unbedingt eine Kooperation bis hin zur Phase der Datenauswertung.

In Vorgesprächen mit den für die Evaluation verantwortlichen wissenschaftlichen Mitarbeitern Herrn Dr. Heino Stöver und Frau Jutta Jakob wurden die Möglichkeiten einer Kooperation zwischen dem niedersächsischen und Hamburger Forschungsvorhaben erörtert und für unbedingt sinnvoll erachtet. Dabei wurde deutlich, daß eine Abstimmung über die Konzeption der Forschungsinstrumente für eine spätere Vergleichbarkeit der eruierten Ergebnisse notwendig ist. Darüber hinaus sollte ein ständiger Erfahrungsaustausch während der Laufzeit der Projekte gegeben sein.

4. Zeitplan

- **1. bis 4. Monat (evtl. bis Mitte des 4. Monats):**
Vorlaufphase, Methodenentwicklung, Konzeption der Erhebungsinstrumente
Durchführung der ersten Erhebung
- **5. Monat (evtl. Mitte des 4. Monats):**
Einführung des Spritzentauschs
- **5. bis 9. Monat:**
Erste Auswertung der ersten Erhebung
- **10. bis 12. Monat:**
Vorbereitung der zweiten Erhebung, Berücksichtigung und Einarbeitung neuerschiener Literatur und Forschungsergebnisse
- **13. bis 15. Monat:**
Durchführung der zweiten Erhebung
- **16. bis 20. Monat:**
Erste Auswertung der zweiten Erhebung
- **21. bis 24. Monat:**
Endgültige Auswertung und Interpretation aller Daten
- **25. bis 30. Monat:**
Erstellung eines Abschlußberichtes

5. Kostenaufstellung

- zusätzlich zu einer halben BAT IIa-Stelle -

Evaluationsdauer: 2 ½ Jahre

Durchführungskosten:

I Personalkosten:

1 geprüfte wissenschaftliche Hilfskraft (23 Monate) (83 Std./Monat)	DM	61.950
1 ungeprüfte wissenschaftliche Hilfskraft (23 Monate) (83 Std./Monat)	DM	32.500

II Reisekosten:

Bahncard (2 x 110,- DM)	DM	220
Fahrten nach:		
Hannover - KFN - (ca. 3-4x monatlich)	DM	5.370
Vechta (ca 1 x)	DM	60
Lingen (ca. 1 x)	DM	90
Oldenburg (ca. 9 x)	DM	510
Hindelbank (3 x Fahrk. u. Unterbringung)	DM	2.250
Vollzugsanstalt - am Bsp. von Anstalt XII - (ca. 6 x monatlich bei 38 Pf/km)	DM	3.200

III Transkriptionskosten:

2 qualitative Erhebungen = 60 Interviews		
60 Interviews x 30 Seiten = 1800 Seiten		
1800 Seiten x 8,- DM =	DM	14.400

IV Materialkosten:

Cassetten / Disketten	DM	500
Literatur	DM	3.000
Programm zur qualitativen Textanalyse (Max)	DM	800

insgesamt: DM 124.850

Leistungen des KFN:

- I Nutzung aller Einrichtungen - einschließlich des Rechnernetzes mit Internet-Anschluß und der Bibliothek -
- II Insbesondere Nutzung des SPSS-Programms (Statistical Package for the Sozial Sciences) zur Auswertung der standardisiert erhobenen Daten
- III Interviewerschulung

Leistungen der Justizbehörde:

- I Bereitstellung eines Büros einschließlich Computerarbeitsplatz
- II Übernahme der Telefon-, Kopier- und Portokosten

6. Literaturverzeichnis

AIDS-Forum D.A.H. (1992): Band 9: AIDS und Drogen II, Evaluation AIDS-präventiver Botschaften. Berlin

Börner, D. et al. (1995): HIV / AIDS - Umgang mit einer schwierigen Krankheit in der Haft; in: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe Nr. 6: S. 327-334

Expertenkommission Niedersachsen (1995): Empfehlungen der Expertenkommission zur AIDS- und Hepatitisprävention im Strafvollzug Niedersachsen. Hannover

Goffman, E. (1972): Asyle. Frankfurt/M

Goffman, E. (1994): Stigma. Frankfurt/M

Heisler, I. (1995): Da kannst du nicht über AIDS nachdenken; in D.A.H. - aktuell Nr. 13: S. 20-23

Heudtlass, J.-H. / Stöver, H. / Winkler, P (Hg.) (1995): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt/M

Klee, J. / Stöver, H. (Hg.) (1994): Drogen und AIDS, Beratungsführer. Berlin

Kleiber, D. (1990): HIV-Prävalenzraten bei i. v. Drogenabhängigen. Ergebnisse einer differentiell-epidemiologischen Untersuchung; in Rosenbrock, R. / Salmen, A. (Hg.): AIDS-Prävention. Berlin

Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzeptes für den Hamburger Strafvollzug (1995): Abschlußbericht. Hamburg

Lamnek, S. (1988): Qualitative Sozialforschung Bd. 1: Methodologie, Bd. 2: Methoden und Techniken. München, Weinheim

Lesting, W. (1994): Warum eigentlich nicht? Die Abgabe von Einwegspritzen im Strafvollzug; in Stöver, H. (Hg.): Infektionsprophylaxe im Strafvollzug: S. 59-64

Mathiesen, T. (1989): Gefängnislogik. Berlin

Michels, I.I. (1990): Testfall Knast; in D.A.H. - aktuell Jan/Feb: S. 18

Müller, R et al. (1994): Imprisonment: a risk factor of HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users; in: AIDS Nr. 9: S. 183-190

Nelles, J. et al. (1995): Evaluationsbericht: Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hündelbank. Bern, CH

Pressestelle der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg (07.12.1995): Ausbau der Drogenhilfe und Gesundheitsprophylaxe in den Vollzugsanstalten

Schäfer, K.H. / Buchta, A.-M. (1995): AIDS im Justizvollzug; in: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe Nr. 6: S. 323-326

Schuller, K. / Stöver, H. (Hg.) (1991): Akzeptierende Drogenarbeit, ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg

Schwind, H.-D. / Blau, G. (Hg.) (1988): Strafvollzug in der Praxis. Berlin, New York

Stöver, H. (Hg.) (1994): Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. Berlin

Wieser, S. (1973): Isolation. Reinbek

Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt, New York