

Aus dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

**EVALUATION EINES SPRITZENTAUSCHPROGRAMMS ZUR
PRÄVENTION VON HIV, HEPATITIS B UND C IN DER
JUSTIZVOLLZUGSANSTALT II
AM HASENBERGE IN HAMBURG**

Dissertation

zur Erlangung eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität
Hamburg, vorgelegt von

Erik Glet
aus Hamburg

Hamburg 2008

Angenommen von der medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 11.05.2009

Veröffentlicht mit der Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität
Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. K. Püschel

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. H-P. Beck-Bornholdt

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof. Dr. Ch. Haasen

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	8
1.1 Methodik	8
1.2 Ergebnisse	8
1.3 Schlussfolgerung	11
2. Einleitung	12
2.1 Die Risikofaktoren	14
2.2 Das Gefängnis als „geschlossene“ Institution	15
2.3 Die Situation der Gefängnisse in Deutschland	16
2.4 Spritzentauschprojekte in näherer Betrachtung	17
2.5 Spritzentauschprojekt in der Justizvollzugsanstalt II, „Am Hasenberge“	18
2.6 Die europäische Entwicklung	19
2.7 Die politische Entscheidung zu einem Spritzentauschprojekt in der JVA II	20
3. Zielsetzung und Fragestellung der Dissertation	21
3.1 Erwartungshaltung	21
3.2 Akzeptanz	21
3.3 Effektivität	22
3.4 Unterpunkte	22
4. Methodik – Teil A: Insassen	23
4.1 Ablauf der Spritzenvergabe	23
4.2 Ausschlusskriterien zur Teilnahme	23
4.3 Rahmenbedingungen	23
4.4 Das Spritzenbesteck	23
4.5 Durchführung einer medizinischen Begleituntersuchung	24
4.6 Rekrutierung von Teilnehmern	25
4.7 Lokale Bedingungen	25
4.8 Zeitliche Rahmenbedingungen	26
4.9 Grundlagen der Erstbefragung/Erstkontakt zu dem Probanden (L1)	26
4.9.1 Basisfragen	26
4.9.2 Meinungsbilder	26
4.9.3 Kenntnisstand und Drogenerfahrungen	26
4.9.4 Spritzentausch vs. Substitutionsprogramm	27
4.9.5 Der intravenös konsumierende Insasse	27
4.9.6 Individuelle Aussichten und Perspektiven	28
4.9.7 Klinisch/neurologischer Untersuchungsbefund	28

4.9.8 Serologie	28
4.10 Follow-up nach acht Monaten (L2)	28
4.10.1 Durchführung der Folgebefragung	29
4.10.2 Probandenkollektiv der Follow-up Untersuchung	29
5. Methodik – Teil B: Mitarbeiterbefragung	30
5.1 Ablauf einer Mitarbeiterbefragung	30
5.2 Frageschwerpunkte	30
6. Ergebnisse der Insassenbefragung	32
6.1 Demographische Daten des Gesamtkollektivs L1	32
6.2 Erwartungshaltung der Insassen an das Spritzentauschprojekt	32
6.3 Akzeptanz des Spritzentauschprojekts	35
6.4 Effektivität des Spritzentauschprojekts	37
6.4.1 Effektivität: Auswirkungen auf das Needle Sharing und das allgemeine Risikobewusstsein	37
6.4.2 Effektivität: Veränderung des medizinischen Befundes	41
6.4.3 Effektivität des Projekts hinsichtlich einer Veränderung des Konsummusters bei dem Gesamtkollektiv	42
6.4.4 Effektivität des Spritzentauschprogramms: Prävalenzen und Inzidenzen von Hepatitis B, C und HIV sowie Serokonversionen im Gesamtkollektiv	47
6.4.5 Effektivität: Wissensstand zu HIV- und Hepatitis-Infektionen	54
6.5 Spritzentauschteilnehmer	56
6.5.1 Demographische Daten der Spritzentauschteilnehmer	56
6.5.2 Erwartungshaltung von Spritzentauschteilnehmern	57
6.5.3 Akzeptanz des Spritzentauschprojekts aus Sicht der Teilnehmer	58
6.5.4 Effektivität des Spritzentauschprojekts	59
6.5.4 Infektionsprävalenzen und Serokonversion	62
6.5.5 Veränderung des Risikoverhaltens / Risikobewusstseins im Rahmen des Projektverlaufs unter den Spritzentauschteilnehmern	63
6.5.6 Negative Begleiterscheinungen des Spritzentauschprojekts	66
6.5.7 Perspektivische Einschätzung der Spritzentauschteilnehmer	69
6.5.8 Analyse der Spritzenvergabe in der Praxis	70
6.6 Analyse von Insassen mit Methadonsubstitution	71
6.6.1 Grundlegende Daten – Methadon-Substitution in der JVA 2	71
6.6.2 Demographische Daten der Methadonsubstituenten	71
6.6.3 Analyse der Methadonvergabe und negative Begleiterscheinungen	72
6.6.4 Erwartungshaltung und Einstellung gegenüber dem Projekt	73

6.6.5	<i>Nachteilige Effekte durch das Projekt auf Methadon-substituierte Insassen</i>	75
6.6.6	<i>Effektivität des Projekts bei Methadonsubstituenten hinsichtlich der Drogenanamnese, Beikonsum und Konsummustern</i>	76
6.6.7	<i>Infektionsprävalenzen und Serokonversion von Methadonsubstituenten</i>	78
6.6.8	<i>Weitere Risikofaktoren und Risikobewusstsein der Methadonsubstituenten in der Kurzdarstellung</i>	79
6.6.9	<i>Kenntnisstand der Methadonsubstituenten</i>	80
7.	Ergebnisse Mitarbeiter	81
7.1	Demographische Daten	81
7.1.1	<i>Demographische Daten Mitarbeiter: Altersstruktur</i>	81
7.1.2	<i>Demographische Daten Mitarbeiter: Jahre im Vollzug</i>	81
7.1.3	<i>Demographische Daten Mitarbeiter: Tätigkeitsbereich</i>	82
7.1.4	<i>Demographische Daten Mitarbeiter: Hepatitis-B-Impfung</i>	82
7.2	Kenntnisstand	82
7.2.1	<i>Kenntnisstand: HIV/AIDS</i>	82
7.2.2	<i>Kenntnisstand: Hepatitis</i>	82
7.2.3	<i>Kenntnisstand: Spritzentauschprogramm</i>	83
7.3	Erwartungshaltung	83
7.3.1	<i>Erwartungshaltung: Ist das STP sinnvoll für die JVA 2 ?</i>	83
7.3.2	<i>Erwartungshaltung: Geschätzte Teilnehmerzahl</i>	83
7.3.3	<i>Erwartungshaltung: Potentielle Neueinsteiger</i>	84
7.4	Negative Begleiterscheinungen	84
7.4.1	<i>Negative Begleiterscheinungen: Besitz von Spritzen versus Spritzen mit Drogen</i>	84
7.4.2	<i>Negative Begleiterscheinungen: Umgang mit Spritzen</i>	85
7.4.3	<i>Negative Begleiterscheinungen: Potentielle Veränderung der Gefahrenlage</i>	85
7.5	Positive Begleiterscheinungen: Steigende Bereitschaft zu einem Methadon-Substitutionsprogramm	86
7.6	Risikobewusstsein: Schutz vor Verletzungen durch Spritzen	86
7.7	Akzeptanz	87
7.7.1	<i>Akzeptanz: Sind die anvisierten Ziele erreicht worden ?</i>	87
7.7.2	<i>Akzeptanz: Benotung des Spritzentauschprojekts</i>	87
8.	Diskussion	89
8.1	Drogenproblematik innerhalb der EU	89
8.2	Drogenproblematik innerhalb der Bundesrepublik Deutschland	91
8.3	Drogenproblematik innerhalb der Freien und Hansestadt Hamburg	93
8.4	Drogenkonsum innerhalb der JVA 2 vor Beginn des Spritzentauschprogramms	93

8.5 Soziale Situation und Demographie	95
8.6 Schadensminimierungsmaßnahmen als politische Strategie in Europa	95
Prävention, Information und Harm Reduction	95
8.7 Grundsätze	96
8.9 Schadensminimierungsmaßnahmen in Bezug auf i.v. Drogenkonsum in Deutschland	98
8.9.1 <i>Das Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger</i>	99
8.10 Spritzentauschprogramme in Europa	102
8.11 Risikominimierungsstrategien in der JVA 2 Hamburg-Fuhlsbüttel	103
8.12 Die Erwartungshaltung aller Insassen an das Spritzentauschprojekt in der JVA 2	104
8.13 Akzeptanz des Spritzentauschprojekts in der JVA 2	105
8.14 Effektivität des Spritzentauschprojekts	106
8.14.1 <i>Effektivität des Spritzentauschprojekts: Analyse und Darstellung von Veränderungen des Drogenkonsummusters</i>	106
8.14.2 <i>Effektivität des Spritzentauschprojekts: Infektiologisch-relevante Begleit- und Folgeerscheinungen bei dem gesamten Kollektiv</i>	110
8.14.3 <i>Effektivität des Spritzentauschprojekts: Wissenstand über HIV und Hepatitis, Verhaltenskonsequenzen</i>	111
8.15 Der i.v. Drogenkonsument (IVDA)	112
8.16 Bedeutung des intravenösen Drogenkonsums in einer Haftanstalt für die Verbreitung von Infektionskrankheiten	116
8.17 Intravenöser Drogenkonsum und Needle Sharing in der JVA 2	120
8.18 Virushepatitiden	124
8.18.1 <i>Hepatitis B in der deutschen und europäischen Allgemeinbevölkerung</i>	124
8.18.2 <i>Hepatitis B bei IVDA</i>	125
8.18.3 <i>Hepatitis-C in der deutschen und europäischen Allgemeinbevölkerung</i>	125
8.18.4 <i>Hepatitis-C bei IVDA</i>	127
8.19 HIV/AIDS	128
8.19.1 <i>HIV in der deutschen und europäischen Allgemeinbevölkerung</i>	128
8.19.2 <i>Prävalenz von HIV und AIDS in Hamburg</i>	128
8.19.3 <i>HIV-Prävalenz bei IVDA</i>	129
8.20 Seroprävalenzen von HIV, Hepatitis B- und C	130
8.20.1 <i>Seroprävalenz (HIV, Hepatitis B- und C) in internationalen Justizvollzugsanstalten</i>	130
8.20.2 <i>Seroprävalenz (HIV, Hepatitis-B und- C) in nationalen Justizvollzugsanstalten</i>	132
8.20.3 <i>Prävalenz und Serokonversion von HIV, Hepatitis B und C in der JVA 2</i>	133
8.21 Subgruppen	134
8.21.1 <i>Subgruppe I: Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz</i>	134
8.21.2 <i>Subgruppe II: Insassen mit intravenösem Konsum von harten Drogen</i>	135

8.21.3 Seroprävalenz und Serokonversion im Gesamtkollektiv	137
9. Einzelgruppenanalysen	139
9.1 Einzelgruppenanalyse (I): Der Spritzentauscheteilnehmer	139
9.2 Einzelgruppenanalyse (II): Der Methadonsubstituierte	142
9.3 Einzelgruppenanalyse (III): Der Mitarbeiter	146
10. Nachtrag: Besonderheiten einer wissenschaftliche Begleitstudie innerhalb einer Justizvollzugsanstalt	150
11. Schlussfolgerung	152
12. Anhang: Ergänzende Abbildungen	157
13. Anhang: Ergänzende Tabellen	199
14. Anhang: Auszüge des Insassenfragebogens	200
12.1 Fragebogen –L1-	200
12.2 Fragebogen –L2-	204
15. Anhang: Auszüge des Mitarbeiter-Fragebogens	219
13.1 Mitarbeiter-Fragebogen -A1-	219
13.2 Mitarbeiter-Fragebogen -A2-	224
16. Literaturverzeichnis	228
17. Abbildungsverzeichnis	242
18. Tabellenverzeichnis	243
19. Danksagung	244
20. Lebenslauf	245
21. Eidesstattliche Versicherung	247

1. Zusammenfassung

Spritzentauschprogramme gehören national wie auch international zu den anerkanntesten Schadensminimierungsmaßnahmen in der Auseinandersetzung mit dem problematischen Drogenkonsum. Weite Verbreitung finden Spritzentauschprogramme insbesondere in den Ländern der EU, wobei Spanien und die Schweiz besonders hervorzuheben sind. Während solche Programme außerhalb von Justizvollzugsanstalten problemlos über Apothekennetze oder Drogenkonsumräume abgewickelt werden, stellen sich Projekte innerhalb von Haftanstalten als besonders sensibel dar.

Diese vorliegende Studie evaluiert ein von der Hamburger Justizbehörde in der Hamburger Justizvollzugsanstalt 2 „Am Hasenberge“ initiiertes Spritzentauschprogramm, das nach langer Vorbereitung im Februar 2000 begonnen und aufgrund des politischen Drucks nach ca. einem Jahr wieder beendet wurde. Es beinhaltete eine Hand-zu-Hand-Vergabe von Injektionsmaterialien für i.v. Drogenkonsumenten.

1.1 Methodik

Methodik: Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation wurden eine zweizeitige Längsschnittuntersuchung (erste Erhebung zu Beginn der Spritzenvergabe, zweite Erhebung 8 Monate später) mit Interviewerhebung sowie eine Infektionsstatusbestimmung bei einer Stichprobe von insgesamt n= 145 Inhaftierten als auch eine parallele Mitarbeiterbefragung (n=72) durchgeführt. Die wesentlichen Fragestellungen bezogen sich auf die Erwartungshaltung, die Akzeptanz und die Effektivität des Projekts. Speziell interessierte die Auswirkung auf die Drogenkonsumgewohnheiten sowie auf die Inzidenz von HIV und Hepatitis-B und -C. Einzelgruppenanalysen bezogen sich auf bekannte intravenös-drogenkonsumierende Insassen und Personen mit negativer Lebenszeitprävalenz für Drogen und Insassen mit Methadonsubstitution.

1.2 Ergebnisse

Ergebnisse: Innerhalb des Insassenkollektivs zeigte sich eine überwiegend positive Erwartungshaltung an das Projekt. 53% der Insassen befanden eine Vergabe steriler Spritzen für sinnvoll. Mit steigender Tendenz im weiteren Beobachtungsverlauf wurde der Vorteil des sinkenden Infektionsrisikos für alle - nicht nur für i.v.

drogenkonsumierende - Insassen gesehen. Als Nachteil betrachteten 14% die Gefahr, die ausgegebenen Spritzen könnten zu Waffen umfunktioniert oder zumindest anderen gegenüber als Bedrohungsobjekt benutzt werden. Die Erwartung einer potentiellen Steigerung des Konsums von Drogen durch die Bereitstellung von Spritzen wurde im Gegensatz zu den meisten Mitarbeitern von 75% der Insassen verneint. Bestätigen ließ sich diese These im Verlauf des Projekts allerdings nicht. So konsumierten 23% aller Insassen Heroin in Freiheit. Zu Beginn des Projekts nahmen noch 7% mehrmals im Monat Heroin in der Haftanstalt ein, acht Monate später sank dieser Anteil auf 2%. Dagegen stieg jedoch der Anteil der intravenös konsumierenden Häftlinge im zeitlichen Verlaufe des Projekts leicht an: Während 56% der Heroinkonsumenten in Freiheit einem i.v. Konsum nachgegangen waren, taten dies vor der Spritzenvergabe in Haft noch 18%, acht Monate nach der Vergabe stieg der prozentuale Anteil leicht auf 26% an.

Vor Beginn des Projekts hatten 22% der Insassen *eine* und 8% mehr als eine Spritze zur Verfügung. Zum zweiten Befragungszeitpunkt hatten 27% mehr als eine Spritze zur Verfügung. Folglich zeigt sich eine mögliche Kausalität zwischen der Spritzenvergabe, der höheren Anzahl an Spritzen im Besitz der Insassen und dem prozentualen Anstieg des intravenösen Konsums.

Das so genannte „Needle Sharing“, also der Tausch von kontaminiertem Spritzenequipment untereinander, sank unter i.v. Konsumenten zwar von 41% auf 0% ab, dabei wurde eine Verlagerung auf seltenere Frequenzen beobachtet. Gemeinschaftliches „Fixen“ fand aufgrund empfundener mangelnder Anonymität und der Befürchtung vor Sanktionen statt.

Die Prävalenz für HIV bei allen untersuchten Insassen betrug 3% (chronische Hepatitis-B 2%, aktive Hepatitis-B 2%, Immunschutz gegen Hepatitis-B 2% und Hepatitis-C 32%). Intravenös drogenkonsumierende Insassen (IVDA) zeigten dagegen eine HCV-Prävalenz von 86%, eine Prävalenz für eine aktive Hepatitis B Infektion von 6% sowie eine HIV-Prävalenz von 16%, bei allerdings kleinen Teilnehmerzahlen in diesem Kollektiv.

Demgegenüber fand sich eine Hepatitis C-Prävalenz bei Personen mit negativer Lebenszeitprävalenz für Drogen (sogenannte „Abstinenzler“) hinsichtlich Hepatitis-C von 10%, kein Nachweis einer HIV- oder aktiven/akuten Hepatitis B-Prävalenz. Bei 4%

der Probanden in diesem Kollektiv konnte ein Immunschutz gegen Hepatitis-B nachgewiesen werden.

Die Inzidenzen bezogen sich auf die Zeiträume zwischen den Vorbefunden und dem Zeitpunkt L1 (zwischen 5 und 126 Personenjahren) und dem Zeitraum zwischen L1 und L2 (zwischen einem bis 75 Personenjahren). Im Wesentlichen konnte eine Hepatitis C-Inzidenz in dem Zeitraum zwischen Aktenbefund und L1 von 14,7% und zwischen L1 und L2 von 0% bei allen Getesteten festgestellt werden. Bei den intravenös-drogenabhängigen Insassen stellte sich eine Inzidenz für Hepatitis-C in dem Zeitraum zwischen Vorbefund und L1 von 21,6% dar. Eine Hepatitis-C und HIV-Inzidenz konnte bei den untersuchten Insassen innerhalb des 8-monatigen Untersuchungszeitraumes zwischen L1 und L2 ausgeschlossen werden.

Innerhalb des Untersuchungszeitraumes wurden keine Serokonversionen erfasst. Retrospektiv fanden sich jedoch zwei Hepatitis C-Transmissionen bei späteren Tauschteilnehmern, wobei sich eine innerhalb von zwei Monaten vor Projektbeginn ereignet haben muss. Darüber hinaus wurde bei einem Teilnehmer des Methadonprogramms eine Hepatitis B-Transmission im Vorfeld gefunden. Bei den untersuchten Methadonsubstituierten konnte bei 62% nach eigenen Angaben ein Beikonsum an illegalen Drogen registriert werden. Die Inanspruchnahme des Projekts lag deutlich unter den Erwartungen der Initiatoren (ca. 30 ausgegebene Spritzen pro Monat). Im Durchschnitt nahmen monatlich 15 häufig wechselnde Teilnehmer an dem Projekt teil.

Befürchtungen, das aggressive Klima im Vollzug, kombiniert mit einem freien Zugang zu Spritzen, führe dazu, eine Spritze als Waffe gegen Vollzugsbeamte respektive gegen Mithäftlinge zu nutzen, wurden durch einzelne Vorfälle nicht gemildert. Dass eine Spritzenvergabe die Gefährdungstufe innerhalb der Haftanstalt steigern, sahen im Vorfeld 61% der Mitarbeiter. Die negative Grundstimmung wurde durch den Widerspruch genährt, dass der Erwerb sauberer Spritzen zwar ermöglicht und geduldet, der Konsum von Drogen aber verboten blieb und mit Sanktionen bestraft wurde.

Die Akzeptanz des Projekts seitens der Mitarbeiter stieg zwar im Verlauf leicht an, war insgesamt gesehen jedoch schlecht: So kamen bei einer Bewertung in Schulnoten am Beginn des Projektes 48% zu dem Schluss, dass das Projekt als „ungenügend“ zu bewerten sei. Nach acht Monaten waren noch 17% dieser Meinung.

1.3 Schlussfolgerung

Schlussfolgerung: Zusammengefasst konnte gezeigt werden, dass das Spritzentauschprogramm nach seiner Einführung zwar weniger Konflikte als im Vorfeld befürchtet verursachte, seine Wirksamkeit aber aufgrund der niedrigen Inanspruchnahme durch die Gefängnisinsassen nicht nachgewiesen werden konnte. Weiterhin konnte zu keinem Zeitpunkt eine adäquate Akzeptanz durch die Mitarbeiter erreicht werden. Befürchtungen, Spritzen könnten als Waffen eingesetzt werden, bestätigten sich in relevantem Ausmaße nicht, Einzelfälle traten jedoch auf.

Die erhobenen Seroprävalenzen, insbesondere bei den intravenös drogenkonsumierenden Insassen mit Hepatitis C-Prävalenzen von 86%, decken eindrucksvoll die Handlungsnotwendigkeit zur Suche nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten auf.

Neue, mittlerweile positiv evaluierte Ansätze werden in der heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger verfolgt, die zumindest auch für intravenös drogenkonsumierende Insassen in Gefängnissen als Therapieoption der Zukunft gelten könnten.

2. Einleitung

Inhaftierte, drogenabhängige Personen gelten als eine Hochrisikogruppe für Infektionskrankheiten. Es zeigte sich, dass Drogenkonsumenten in Haftanstalten gegenüber dem Anteil in der Normalbevölkerung deutlich überrepräsentiert sind. Europaweit geht die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in ihrem Drogen- Jahresbericht (2006) von einem prozentualen Anteil drogenkonsumierender Gefängnisinsassen von 30 bis 60% aus. Im Durchschnitt wird ein Anteil von 50% als realistisch betrachtet. Stark schwankende Lebenszeitprävalenzen innerhalb europäischer Haftanstalten signalisierten dennoch einen deutlichen Trend: Cannabiskonsum-Prävalenzen von 4 bis 86% und Heroin-Prävalenzen von 4 bis 60% deuten die Bedingungen an, welche in einer Haftanstalt zu finden sind. Die EBDD geht weiterhin davon aus, dass 8 bis 73% der in Haft kommenden Konsumenten auch während der Haftzeit weiter Drogen konsumieren und es innerhalb des Häftlingsklientels insgesamt eine Lebenszeitprävalenz für den i.v. Drogenkonsum von immerhin 7 bis 38% europaweit gibt. 1 bis 5% setzten ihren i.v. Drogenkonsum auch innerhalb einer Haftanstalt fort (i.v. Drogenkonsumenten = IVDA). Doch während sich vielerorts zunächst die Frage herauskristallisierte, warum und auf welchen Wegen die Gefangenen an Drogen gelangen, wurde die Thematik der mit dem i.v. Konsum harter Drogen zwangsläufig verknüpften Gefahr einer Verbreitung von Infektionserkrankungen geradezu stiefmütterlich behandelt.

Zunächst sollte der Blick auf den Bereich außerhalb der Haftanstalt gewendet werden, denn dort lassen sich ähnliche Drogenkonsummuster und Drogenpraktiken wie in einer Justizvollzugsanstalt (JVA) erwarten. Aus medizinischer Sicht fokussiert sich der Blick auf den intravenösen Konsum harter Drogen, birgt dieser doch ein erhebliches gesundheitliches Gefahrenpotential in sich. Längst wissenschaftlich anerkannt ist, dass die Verbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis-B und insbesondere Hepatitis-C eng mit dem i.v. Konsum harter Drogen verknüpft ist. Diese Fakten werden anhand der Inzidenzen unter den IVDA bei HIV und den Virushepatitiden deutlich.

HIV-Inzidenzen bei i.v. Drogenabhängigen schwanken innerhalb der EU erheblich. Während in Frankreich 2005 eine Inzidenz von 2,4 Fällen pro 1 Mio. Einwohner verzeichnet werden konnte, welches einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr entsprach, waren es z. B. in Irland in demselben Evaluationsjahr 18,3 Fälle pro 1 Mio. Einwohner. Die Seroprävalenzen für das Jahr 2003/2004, sprich der prozentuale Anteil der HIV-

Infizierten in Stichproben von IVDA, wiesen für Deutschland einen prozentualen Anteil von 3,7 bis 3,9%, für Frankreich 12,2% und für Italien 13,9% auf.

Die Virushepatitiden spielen hinsichtlich ihres Vorkommens in diesem Kollektiv eine übergeordnete Rolle: In vielen europäischen Ländern (u. a. in Deutschland, Spanien, Irland und Italien) konnten neueste Erhebungen für das Jahr 2005 zeigen, dass eine Seroprävalenz von über 60% bezüglich eines Hepatitis C-Nachweises nicht ungewöhnlich ist. Im negativen Sinne führend ist hier Portugal zu erwähnen, wo eine HCV-Seroprävalenz bei den IVDA von 67% nachgewiesen werden konnte.

Die HBV-Seroprävalenzen unterliegen ebenfalls großen Schwankungen. Begründet sind diese zu einem Großteil in der differierenden Impfstrategie. Der Nachweis erfolgt über den Anti-HBC-Marker, welcher auf vergangene HBV-Infektionen hinweist. Die vorliegenden Daten (2003/2004) aus dem EU-Drogenbericht 2006 weisen aus, dass in Italien und Polen eine Seroprävalenz bei IVDA von über 60% zu konstatieren ist, demgegenüber aber auch Prävalenzen von weniger als 20% möglich erscheinen (Belgien, Irland, GB).

Insgesamt belegen die genannten Zahlen das erhebliche Gefährdungspotential durch „blood-bourne-virus-diseases“ bei den intravenös drogenkonsumierenden Personen. Dies beruht auf verschiedenen Ursachen, die nachfolgend noch Erwähnung finden werden.

Im Mittelpunkt stehen hierbei traditionelle Praktiken des Heroinkonsums, wie das so genannte „Needle Sharing“. Im engeren Sinne beinhaltet diese weit verbreitete „Nebenwirkung“ des i.v. Drogenkonsums die Weitergabe der benutzten Spritze sowie der Spritzenutensilien an den Mitkonsumenten. In dieser Form entstehen Infektionswege, die ohne weiteres mehrere Personen in kürzester Zeit mit hochinfektiösem Material in Kontakt bringen. Ebenso muss der gemeinsame Gebrauch von Löffeln und Filtern erwähnt werden, die aufgrund von verbreiteter Unwissenheit nur unzureichend oder - wie vielerorts berichtet - überhaupt nicht gereinigt werden bevor sie dem nächsten Konsumenten gereicht werden.

Für intravenös drogenkonsumierende Insassen (IVDA) in Freiheit konnten somit auf einfachem Wege die Infektionsrisiken gesenkt werden, denn seit mehren Jahren besitzen drogenabhängige Personen in Freiheit die Möglichkeit, so genannte Harm-Reduction-Maßnahmen zur Gefahrenreduktion beim Konsum harter Drogen in Anspruch zu nehmen. Dies beinhaltet in erster Linie einen Zugang zu sauberem,

unbenutztem Spritzenbesteck. In Freiheit ist es durch die Verbreitung von Konsumräumen, Drogenambulanzen und nicht zuletzt auch durch Apothekenausgaben für den IVDA nahezu jederzeit möglich, sich eine „saubere Pumpe“ zu besorgen. Folglich haben sich in der EU öffentlich zugängliche Spritzentauschprogramme durchgesetzt. Diese werden grundsätzlich mit Informations- und Beratungsterminen ergänzt, welche sich aufgrund der guten Erreichbarkeit besonders an Klienten von Behandlungsprogrammen richten.

2.1 Die Risikofaktoren

Doch zurück zu der Situation in (scheinbar) isolierten Milieus. In Gefängnissen potenzieren sich die Risikofaktoren für Infektionserkrankungen in erheblichem Maße.

Die Mehrzahl der drogenabhängigen Insassen (30 bis 60%) konsumiert bei Aufnahme in das Gefängnis eine nahezu unveränderte Menge Drogen im Vergleich zu den Konsumgewohnheiten in Freiheit. Nur kommen in der JVA diverse Faktoren hinzu, die den IVDA dazu verleiten, sein Risikoverhalten spürbar zu ändern. Ein offener Markt existiert nicht mehr, jegliche Entdeckung der Droge bzw. des Konsums durch den Vollzug muss gefürchtet werden, weil diese Sanktionen nach sich ziehen würden. Die Beschaffung und im Besonderen die Bezahlung der Droge, häufig durch Dienstleistungen, sexuelle Gefälligkeiten und Gewaltmaßnahmen gegen andere, rücken in den Mittelpunkt. Dabei stellt sich häufig heraus, dass die Erlangung der Droge in einer JVA eine geringere Schwierigkeit darstellt als das Beziehen sauberer Spritzen- und Spritzenutensilien. Der Druck zur Verheimlichung des eigenen Konsums sowie die Schwierigkeit, saubere Spritzen zu erlangen, ohne den Konsum zu offenbaren, zwingen den IVDA zur unkritischen Handhabung mit dem Spritzenbesteck. Teilweise werden Kugelschreiberminen oder auch alte und verrostete Kanülen benutzt, um die Droge zu applizieren.

Reinigungsmaßnahmen sind praktisch ausgeschlossen, weil entweder das Wissen um die Gefahr von „blood-borne-virus-infections“ insuffizient ist, oder/und die notwendigen Mittel zur minimalen Desinfektion nicht zur Verfügung stehen, denn alkoholische Desinfektionsmittel sind in einer JVA wegen möglichen Konsums derselben streng verboten. So reinigen die IVDA ihr Spritzenbesteck nur mit Wasser oder lassen es für einige Stunden am offenen Fenster in dem Irrglauben liegen, eine suffiziente desinfizierende Maßnahme durchgeführt zu haben.

Uneingedenk des eingegangenen Risikos wird die Spritze unter den Insassen weitergereicht oder sogar verkauft bzw. gegen Dienstleistungen eingetauscht.

Dies geschieht vor dem Hintergrundwissen des Einzelnen, dass es ein deutlich höheres Vorkommen von positiven HIV-, Hepatitis-B- und -C-Befunden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und besonders im Vergleich zu Drogenkonsumenten und anderen Risikogruppen in Freiheit gibt.

2.2 Das Gefängnis als „geschlossene“ Institution

Gefängnisse sind im Grunde „offene“ Institutionen; eine vollständige Isolation abhängiger Insassen ist nicht möglich. Im Rahmen von Hafterleichterungsmaßnahmen sind durchaus Freigänge und Urlaubstage an der Tagesordnung. Eine Einfuhr von Drogen ist durch diese Erleichterungen nicht zwingend möglich, weil strenge Kontrollen durch die Justizbeamten dies weitestgehend verhindern können. Jedoch ist ein „Zugang“ infektöser Insassen nicht kontrollierbar, wodurch die Haftanstalt ein Ballungsraum von hochinfektösen IVDA wird.

Weitere Ursachen für eine hohe Durchseuchung der Anstalt muss man in risikoreichen Praktiken suchen, die unabhängig von einem intravenösen Drogenkonsum in einer Vollzugsanstalt üblich sind und ebenso zu einer Verbreitung des „eingeführten“ viralen Materials führen. Hierbei stehen die Tätowierungen im Mittelpunkt, da ein Tattoo heutzutage in nahezu allen gesellschaftlichen Schichten als „Schmuck“ gilt und nicht, wie traditionell verankert, Hinweise auf vergangene Haftaufenthalte gibt. Dies bedeutet in der Konsequenz, dass sich Tätowierungen nicht auf die Personen im Drogenmilieu beschränken, sondern vielmehr in allen Teilen der Gesellschaft zu finden sind. Eine legale Möglichkeit zur Tätowierung wird dem Haftinsassen jedoch nicht gegeben: So ist jeglicher Besitz einer Tätowier-Maschine verboten, sie wird konfisziert und der Insasse sanktioniert.

Hier offenbaren sich nun die Probleme eines solchen Umganges durch die Justiz, denn ähnlich dem Umgang mit Spritzen werden auch Tätowier-Maschinen im Verborgenen gehalten und praktisch nicht gereinigt. Die Nachfrage nach Tätowierungen ist auch bei Insassen, die keine Drogenkarriere und keinen Drogenkonsum vorzuweisen haben nach wie vor beachtlich. So besteht ein Transmissionsrisiko zwischen infektösen Abhängigen und bislang nicht infizierten und größtenteils gesunden Insassen. Für diese Problematik finden sich auch international noch keine Lösungsansätze.

Demgegenüber kann man bei Piercings hinsichtlich der Infektionsgefahr schon fast von einer untergeordneten Rolle sprechen. Nur eine geringe Anzahl von Insassen besitzen Piercings, wobei sehr wenige Insassen diese während eines Haftaufenthaltes bekommen haben. Bislang noch unbewiesen müsste man bei Piercings eher von bakteriellen Infektionen als von Virusinfektionen ausgehen.

Meist verschwiegen wird das Risiko durch sexuellen Verkehr. Grundlegend darf nicht davon ausgegangen werden, dass ausschließlich Homosexuelle entsprechenden Verkehr durchführen. Gerade die starke drogenmarktbedingte Spannungssituation in einer Haftanstalt bedingt Abhängigkeitsverhältnisse. Dementsprechend fühlen sich einige Insassen zur Prostitution gezwungen, um ihren Konsum finanzieren zu können. Daraus entsteht, besonders im Hinblick auf ungeschützten Analverkehr, ein sehr großes Infektionsrisiko. In den meisten Justizvollzugsanstalten werden Kondome ausgegeben, jedoch übersteigt das ausgeprägte Schamgefühl und die Angst vor Entdeckung des Abhängigkeitsverhältnisses das Risikobewusstsein.

Die Folge ist sowohl die Verbreitung von den Infektionserkrankungen Hepatitis und HIV als auch von Geschlechtskrankheiten wie Syphilis, Gonorrhoe und Mykosen.

2.3 Die Situation der Gefängnisse in Deutschland

Eine Untersuchung der Universität Greifswald von Dünkel et al. im Jahr 2001 zeigte die Insassenstruktur der nationalen Gefängnisse in den neuen und alten Bundesländern auf dem Stand vom 30.06.2000. Insgesamt wurden 75.333 Gefangene ermittelt, 64.782 davon in den alten Bundesländern. Diese verteilen sich bundesweit auf 222 Vollzugsanstalten, davon 179 in den alten und 43 in den neuen Bundesländern (Tab. 1).

Tab. 1: Anzahl der Haftplätze, Deutschland 2000

Insgesamt	75.333
Einzelhaftplätze	45.540
Gemeinschaftshaftplätze	29.793
tatsächliche Belegung	
Einzelhaftplätze	36.060
Gemeinschaftshaftplätze	41.107

Die Zahlen von Strafgefangenen erfasste das statistische Bundesamt (Zeitpunkt 11.06.2006) für die Jahre 2003 bis 2005 (Tab. 2).

Tab. 2: Anzahl der Strafgefangenen in Deutschland, Stand 11.06.2006

	2003	2004	2005
Strafgefangene	62.594	63.677	63.533
ins			
Gesamt			
Anteil Männer	59.819	60.566	60.527
Anteil Frauen	2.775	3.111	3.006
im geschlossenen Vollzug	51.118	52.539	52.806

Zu unterscheiden sind die Strafgefangenen insgesamt, verglichen mit der Gesamtzahl der Haftplätze. Die Anzahl der Strafgefangenen erhöhte sich, wie das Statistische Bundesamt feststellte, zwischen 1992 und 2000 um mehr als 50%. Aus der oben abgebildeten Tabelle wird ersichtlich, dass sich diese Zahl bis 2005 auf insgesamt 63.533 Insassen steigerte.

2.4 Spritzentauschprojekte in näherer Betrachtung

Im Allgemeinen haben sich EU-weit Nadel- und Spritzentauschprogramme durchgesetzt. Außerhalb einer Haftanstalt haben sich diese Projekte über Apothekennetze, Drogenkonsumräume und Behandlungs- und Substitutionsinstitutionen etabliert. Insgesamt wird die Zahl von automatenbasierten Spritzentauschprojekten in Deutschland im Jahr 2005 auf ca. 200 geschätzt. Spritzentauschprogramme in einer Haftanstalt sind in Spanien noch verhältnismäßig verbreitet, in Deutschland existierte zum Zeitpunkt 2005 noch ein Projekt in einem Berliner Frauengefängnis.

Die Einführung von Spritztauschprojekten setzt die Anerkennung des Drogenkonsums in Haftanstalten voraus. Früher wurde jedoch von Seiten des Vollzuges ein Konsum harter Drogen in der JVA nahezu ausgeschlossen. Die Gründe dafür liegen auf der

Hand: So deckt der Konsum von Drogen in einer geschlossenen Anstalt doch in gewisser Weise mögliche Sicherheitslücken auf. In zunehmendem Maße musste anerkannt werden, dass die Drogenproblematik innerhalb einer JVA immens war. Frühzeitig wurde ihr mit der Einführung von Methadon-Programmen begegnet, doch konnte der i.v. Konsum nur unzureichend bekämpft werden, obwohl es strenge Sanktionen zur Folge hatte, wenn im Besitz oder in der Zelle der Inhaftierten Drogen sichergestellt wurden. Da die Einfuhrwege für Drogen nicht vollständig kontrolliert werden konnten, entschloss man sich, national wie auch international in einzelnen Regionen bzw. Gefängnissen die Infektionsrisiken zu minimieren und infolgedessen eine Reduzierung von Prävalenzen zu erreichen.

Bereits erfolgreiche Projekte in der Schweiz, Spanien, Irland, Moldawien und Kanada ermutigten den Vollzug in Anlehnung an das Äquivalenzprinzip der WHO zu der Einführung einer Spritzenvergabe. In diesem heißt es, dass die Gesundheitsfürsorge so wie in der Öffentlichkeit auch innerhalb einer Justizvollzugsanstalt zu gelten habe.

Die Spritzenvergabe stellt aus infektionsepidemiologischer Sicht einen großen Schritt in puncto Risikominimierung dar, nur musste sehr bald erkannt werden, dass das Äquivalenzprinzip nicht uneingeschränkt für den Vollzug geltend gemacht werden kann. Im Folgenden wird die Situation in den Gefängnissen im Jahr 2000 näher beleuchtet werden:

In der Bundesrepublik Deutschland gab es im Jahr 2000 insgesamt 75.333 Insassen, davon waren 60.000 Strafgefangene und rund 17.000 in einem Untersuchungsgefängnis untergebracht. Bei der Betrachtung der Zahlen der Haftplätze (Einzelhaft- und Gemeinschaftsplätze) in Gegenüberstellung zur tatsächlichen Belegung wird deutlich, dass eine erhebliche Überbelegung, insbesondere bei den sogenannten Gemeinschaftshaftplätzen vor liegt.(Tab. 1).

2.5 Sprizentauschprojekt in der Justizvollzugsanstalt II, „Am Hasenberge“

In der hier als Beispiel erfassten JVA II „Am Hasenberge“ befinden sich 550 Insassen auf engstem Raum. Bereits im Vorfeld dieser Untersuchung konnte aufgrund einer Studie von Heinemann et. al. (1997) erkannt werden, dass der Anteil der i.v. Drogenkonsumenten am Gesamtkollektiv der ca. 550 Personen bei etwa 12% lag. Daraus resultiert eine ständig spannungsgeladene Situation, denn die Beschaffung der

Drogen stellt für viele Insassen einen Lebensmittelpunkt dar. Eine Marktsituation mit Angebot und Nachfrage entwickelt sich und der drogenabhängige Insasse hat häufig keine andere Möglichkeit als sich in diese Strukturen einbinden zu lassen. Repressalien, Gewalt und Misshandlungen unter den Insassen sind an der Tagesordnung. Viele Personen erkranken unter dem Eindruck des Haftaufenthaltes und des Drogenkonsums psychisch und bekommen über einen legalen Weg, wie z. B. den Anstaltsarzt, Psychopharmaka.

Die Kombination aus überfüllten Räumlichkeiten, Situationen starker psychischer Belastung, dem Einfluss von Drogen und Psychopharmaka und dem Druck, jeden Tag die nötige Menge einer Drogensubstanz, die offiziell nicht zu haben ist, zu bekommen, stellt ein hohes Gefahrenpotential dar. Die Befürchtung vieler Beamten, die Spritzen könnten als Waffen eingesetzt werden, scheint für diese im Vorfeld eines angekündigten Spritzentauschprojekts real. Allerdings gab es dokumentierte Fälle im Jahr 2000 auch aus Vorerfahrungen nicht. Aus diesen gefängnispezifischen Gegebenheiten wird deutlich, warum die Einführung eines Spritzentauschangebotes, besonders innerhalb einer Haftanstalt, auf Widerstand stößt.

2.6 Die europäische Entwicklung

Auf internationaler Ebene wurde in der Schweiz (Beginn: 1992), in Spanien (Beginn: 1997), aber auch auf nationaler Ebene (Vierlande, Beginn: 1996) den Infektionsgefahren mit Einführung eines Spritzenangebotes begegnet. Hamburg führte eine anonymisierte Vergabemethode ein: Spritzenautomaten geben den Insassen die Möglichkeit, unabhängig vom Vollzugspersonal und - zumindest scheinbar - anonym gebrauchte Spritzen gegen neue einzutauschen.

Als problematisch erwies sich schnell die Funktionalität der Geräte, denn durch Manipulation oder einfache Fehlfunktion kam es in wiederholten Fällen zu Totalausfällen der Automaten. Die Reparatur erstreckte sich meist über längere Zeiträume und beeinträchtigte den Spritzentausch in massivem Umfang.

Im Rahmen nationaler Behandlungskonzepte findet sich außerhalb von Haftanstalten eine Vielzahl von Nadel- oder Spritzentauschprogrammen. Diese sind Teil einer europaweiten, aber auch nationalen gesundheitspolitischen Strategie.

2.7 Die politische Entscheidung zu einem Spritzentauschprojekt in der JVA II

Der rot-grüne Hamburger Senat beschloss im Jahr 1999, eine Hand-zu-Hand Vergabe von Spritzen in der Hamburger Justizvollzugsanstalt II „Am Hasenberge“ einzuführen.

Trotz überwiegender Ablehnung seitens der beteiligten Stationsbeamten wurde die Einführung des Spritzentauschprojekts dennoch zum 15.02.2000 beschlossen.

Die Dissertation wird sich an dem konkreten Beispiel der Justizvollzugsanstalt in Hamburg-Fuhlsbüttel orientieren. Im Folgenden sollen die Zielsetzungen der Arbeit skizziert werden.

3. Zielsetzung und Fragestellung der Dissertation

Die Schwerpunkte dieser Arbeit konzentrieren sich auf die Erwartungshaltung, die Akzeptanz und die Effektivität eines Spritzentauschprojekts in einer Haftanstalt. Untersucht wurde ein Kollektiv aus insgesamt n=145 Insassen plus n=72 Mitarbeitern der Strafjustizvollzugsanstalt 2 in Hamburg-Fuhlsbüttel.

3.1 Erwartungshaltung

Zunächst sollte die *Erwartungshaltung* der Insassen und Mitarbeiter an das Spritzentauschprojekt in den Mittelpunkt gerückt werden, die sich aus mehreren Unterpunkten zusammensetzt. So bezogen die befragten Insassen/Mitarbeiter Stellung zu Vor- und Nachteilen des Projekts und wurden gebeten, ihre Einschätzung abzugeben, inwiefern sich das Projekt negativ wie positiv auf den Alltag in der JVA 2 auswirken werde.

Dies ist ein wesentlicher Bestandteil der ersten Querschnittsuntersuchung vor Beginn des Spritzentauschprojekts, im Folgenden „L1“ genannt. In der zweiten Untersuchung nach Beginn des Projekts („L2“) wird ein Vergleich gezogen, inwiefern die Erwartungshaltung bestätigt bzw. widerlegt werden konnte.

3.2 Akzeptanz

In diesem Zusammenhang wird herausgearbeitet, ob sich eine Veränderung der Akzeptanz bei Mitarbeitern und Insassen vom Beginn des Projekts an bis zu der Follow-up-Untersuchung nach acht Monaten ergab. Die Akzeptanz findet sich besonders in den realen Spritzentauschzahlen, aber auch in einer potentiellen Veränderung des Konsumverhaltens und der erneuten Einschätzung des Projekts nach dessen Beginn wieder. Darüber hinaus sollen indirekte Indikatoren der Akzeptanz erfasst werden. Hier steht beispielhaft die Fluktuation von Nichtkonsumenten hin zu i.v. Konsumenten. Im Rahmen eines untergeordneten Aspektes werden Abbrecher einer Methadon-Substitution (welche parallel zum Spritzentauschprojekt weiter stattfand), die das Ziel der Aufnahme in das Projekt hatten, charakterisiert.

3.3 Effektivität

Der dritte und herausragende Kernpunkt ist die im Rahmen dieser achtmonatigen Untersuchung erhobene *Effektivität* des Projekts.

Diese bezieht sich auf verschiedene Unterpunkte: Gibt es einen Anstieg an Neuinfektionen durch eine Zunahme des intravenösen Drogenkonsums von Hepatitis-B, -C oder HIV oder einen Rückgang an Infektionen gerade durch die Vergabe steriler Spritzenbestecke? Zudem wird der klinische Status gemessen. Hier ist als Beispiel eine Veränderung des körperlichen Allgemeinzustandes mit Hinweisen auf einen stattgefundenen oder noch aktuellen Konsum von Drogen zu erwähnen.

Außerdem wird unter dem Aspekt der Effektivität dargestellt, ob sich das Risikobewusstsein der Insassen durch das Projekt und die damit verbundene Aufklärung über Infektionserkrankungen verbessern kann.

3.4 Unterpunkte

- Demographische Analyse des Kollektivs
- Einzelbetrachtungen des Konsumverhaltens verschiedener Untergruppen
- Darstellung der Ausgangsprävalenz von Hepatitis-B und -C sowie HIV
- Ausmaß möglicher als negativ eingeschätzter Begleiterscheinungen, z. B. Anstieg des (intravenösen) Drogenkonsums, erhöhte Neueinsteigerrate in den intravenösen Drogenkonsum, Bedrohungssituationen von Mitarbeitern und Insassen durch Spritzen (direkt oder indirekt)
- Kenntnisstand der Insassen über die relevanten Infektionserkrankungen
- Analytische Betrachtung des Verhaltens von Methadonsubstituierten innerhalb der Anstalt. Gibt es eine Fluktuation weg vom Substitutionsprogramm und hin zum Spritzentauschprojekt?

4. Methodik – Teil A: Insassen

4.1 Ablauf der Spritzenvergabe

Es fand eine Hand-zu-Hand-Vergabe bzw. ein Tausch von Spritzen/Spritzenbesteck statt. Dies geschah innerhalb des so genannten Gesundheitsreviers, einer ambulanten Krankenabteilung innerhalb der Anstalt II, die für jeden der Insassen zu bestimmten Sprechzeiten zugänglich war.

Mit der Durchführung wurde das dort ansässige Personal beauftragt, wobei die Revierpfleger für die praktische Durchführung zuständig waren, nachdem vom Anstaltsarzt ein erläuterndes Aufklärungsgespräch geführt wurde, in dem Risiken und etwaige Sanktionen bei Regelverstoß dargestellt wurden.

4.2 Ausschlusskriterien zur Teilnahme

Am Spritzentausch durfte grundsätzlich jeder Insasse teilnehmen, der sich nicht auf einer von drei Sicherheitsstationen befand, um die Sicherheit auf diesen „Isolationsstationen“ nicht zu gefährden. Ein weiterer Ausschlussgrund war eine Teilnahme am anstaltsinternen Methadon-Substitutionsprogramm, denn ein Nebenkonsum ist Methadon-Patienten ausdrücklich verboten und wird mit Sanktionen belegt.

4.3 Rahmenbedingungen

Die Ausgabezeiten lagen ausschließlich Montag bis Freitag zwischen 16:30 bis 18:00 Uhr.

Dies sind die „normalen“ Revierzeiten, an denen auch Medikamentenausgabe und sonstige pflegerische/ärztliche Tätigkeiten durchgeführt werden. Hiermit sollte eine größtmögliche Anonymität gewährleistet werden, weil für Bedienstete im Vollzug und auch andere Insassen ein möglicher Spritzentausch und somit ein Verdacht auf intravenösen Drogenkonsum nicht ersichtlich werden sollte.

4.4 Das Spritzenbesteck

Das ausgegebene sterile Spritzenbesteck besteht aus einer Insulinspritze, einer wahlweise nach Größe auszuhändigenden Kanüle, einem Alkoholtupfer und Ascorbinsäure. Diese Gegenstände wurden in einem gut verschlossenen, transparenten Kunststoffröhrchen ausgegeben.

Die Aufbewahrung des Spritzenequipments war an besondere, unbedingt einzuhaltende Verhaltensmaßnahmen gekoppelt. So war es strafbar und das Equipment sofort zu konfiszieren, wenn sich augenscheinlich Drogenrestbestände im Spritzenkonus befanden. Weiterhin war es ausschließlich zum Eigengebrauch zugelassen, was durch eine Etikettierung des Röhrchens mit dem Namen des Besitzers sicherzustellen versucht wurde, d. h. ein Fund des Röhrchens bei einem „falschen“ Besitzer führte ebenfalls zu Sanktionen. Das Spritzenbesteck durfte nicht zu Besuchen (Langzeit-, Sonder- oder Regelbesuche) in den Verwaltungsflügel der Anstalt, zu den Werks- und Arbeitsbetrieben und beim Verlassen der JVA II mitgeführt werden.

Der Tausch des Spritzenbehälters (mit kontaminierter Spritze und Kanüle) fand nur 1:1 statt. Sollte ein Insasse eine Spritze als verloren, gestohlen oder in anderer Weise abhanden gekommen angeben, war ein Aufklärungsgespräch durch das Revierpersonal vorgesehen. Dieses wurde dokumentiert und bis zu dreimal toleriert, dann führte dieses Fehlverhalten zum Ausschluss aus dem Spritzentauschprogramm.

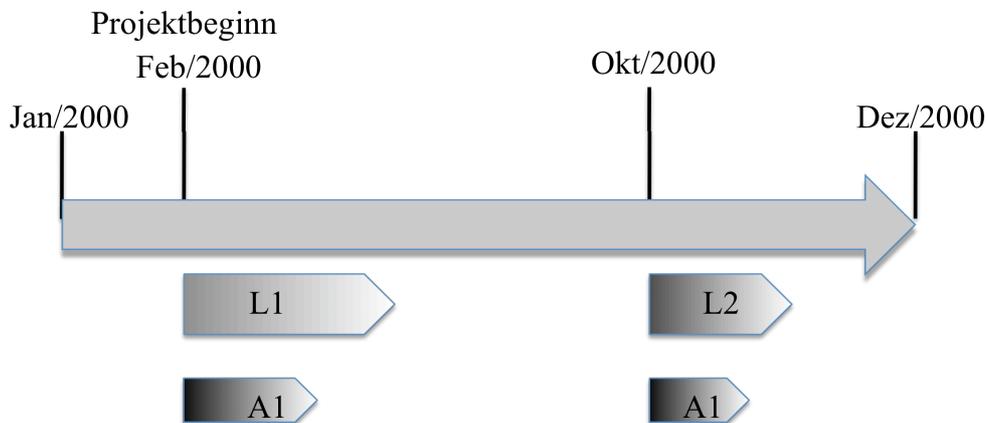
4.5 Durchführung einer medizinischen Begleituntersuchung

Eines der methodischen Ziele der wissenschaftlichen Evaluation dieses Projekts sollte das möglichst breite Spektrum an Befragungsteilnehmern sein. Es wurden demzufolge nicht nur bekennende Drogenkonsumenten gesucht und befragt, sondern vielmehr auch kritische Insassen rekrutiert, die jeglichen Konsum ablehnen. Die Längsschnittuntersuchung wurde mit zwei Messzeitpunkten (L1 und L2, in achtmonatigem Abstand), mit Interviewerhebung sowie Infektionsstatusbestimmung (HIV, Hepatitis-B/C) bei einer Stichprobe zum Zeitpunkt L1 (= bei Projektbeginn) n= 131 Inhaftierten zum Zeitpunkt L1 (aus einem Gesamtkollektiv von 550 Insassen) durchgeführt. Von diesen 131 konnten noch 59 Befragte für die zweite Erhebung (L2) gewonnen werden. Weitere Insassen nahmen wegen Haftverlegung, mangelnder Kooperationsbereitschaft oder auch wegen Verlegung auf eine Sicherheitsstation an der zweiten Befragung nicht mehr teil (Abb. 1).

Darüber hinaus wurden weitere 14 Probanden für die L2-Untersuchung rekrutiert, welche nicht an der ersten Untersuchung teilgenommen hatten. Dieses Kollektiv wurde in die Interviewauswertung mit einbezogen, konnte aber nicht für die Inzidenzanalyse herangezogen werden, da anamnestische Daten somit fehlten und in der

Ergebnisanalyse keine valide Auswertung hätte erfolgen können. Diese Probanden konnten zu einem großen Anteil in den Insassenwerkstätten angetroffen werden.

Abb. 1: Zeitlicher Ablauf der wissenschaftlichen Begleitstudie



L1+2 = Insassenbefragung; A1+2 = Mitarbeiterbefragung

4.6 Rekrutierung von Teilnehmern

Die Rekrutierung erfolgte in mehreren unterschiedlichen Phasen. Zunächst wurden die Insassen in Rundschreiben und Aushängen an „schwarzen Brettern“ darauf aufmerksam gemacht, dass es eine Begleitevaluation des Projekts in Form einer freiwilligen Befragung durch die Mitarbeiter des Institutes für Rechtsmedizin geben werde. Bereits in diesem Rahmen wurde auch auf eine Aufwandsentschädigung hingewiesen, die potentielle Teilnehmer erhalten würden. Weiterhin wurde den Studienmitarbeitern seitens der Anstaltsleitung und den Beamten auf den verschiedenen Stationen ermöglicht, die Insassen persönlich auf ihren Stationen anzusprechen und somit Vorurteile und die zweifellos vorhandene Skepsis externen Personen gegenüber bezüglich der Begleituntersuchung einzudämmen. Mit diesem Verfahren konnte der Großteil der späteren Teilnehmer für die wissenschaftliche Mitarbeit gewonnen werden.

4.7 Lokale Bedingungen

Das medizinische Personal aus dem anstaltsinternen „Gesundheitsrevier“ konnte den wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Rechtsmedizin die notwendigen zeitlichen wie auch räumlichen Ressourcen bereitstellen. Der Befragungsraum war dem

Gesundheitsrevier direkt angegliedert, sodass es eine Kontaktmöglichkeit zum medizinischen Personal gab.

4.8 Zeitliche Rahmenbedingungen

Die Studie sollte zwei Zeiträume erfassen, die eng an das Spritzentauschprojekt gekoppelt waren. Die erste Befragung (L1) begann parallel zum Beginn des Spritzentausches und dauerte ca. vier Wochen an. Hier war es bedeutsam, eine Ausgangs-/Grundmeinung zu erfassen, um etwaige Veränderungen im Stimmungsbild als auch in den eventuell vorhandenen Konsummustern von illegalen Substanzen später im Verlauf zu erkennen und darzustellen.

Ein Interview dauerte ca. 30 Minuten und beinhaltete 80 Fragen an den Probanden.

4.9 Grundlagen der Erstbefragung/Erstkontakt zu dem Probanden (L1)

4.9.1 Basisfragen

Die Fragen sollten auf verschiedene Schwerpunkte fokussieren. Grundlegend waren die allgemeinen soziodemographischen Daten wie Alter, Bildungsstand und Dauer der Haftstrafe.

4.9.2 Meinungsbilder

In weiteren Fragekomplexen wurden subjektive Meinungsbilder erfasst. Diese bezogen sich bevorzugt sowohl direkt auf den Spritzentausch als auch auf das Gesamtstimmungsbild des Anstaltsinsassen und seine Position den Stationsbeamten gegenüber. Hiermit wurde versucht, ein Bild vom anstaltsinternen Klima zu zeichnen.

4.9.3 Kenntnisstand und Drogenerfahrungen

Da die Prävention von HIV- und Hepatitis-Infektionen die medizinische Basis für die Einführung des Spritzentauschprojekts darstellte, war es bedeutsam, den subjektiven Informationsgrad des einzelnen Insassen zu ermitteln. Es ergab sich im Anschluss meist deutlicher Aufklärungsbedarf bezüglich Risiken, Prophylaxen, Symptomen und Krankheitsbildern.

In diesem Zusammenhang fragten wir nach bisherigen Drogenerfahrungen in Freiheit und nach einem vorherigen Aufenthalt in einer Haftanstalt. Außerdem spielte nicht nur

die infektionsepidemiologisch bedeutsame Art der Drogenapplikationsform eine Rolle, sondern auch weitere risikorelevante Verhaltensmuster des Probanden in Freiheit bzw. in bisherigen Haftaufenthalten. Hier sind Tätowierungen, Piercings und ungeschützter hetero- als auch homosexueller Geschlechtsverkehr zu nennen.

Mittelpunkt des Fragebogens war eine Bestandsaufnahme möglicher Drogenkonsummuster, sowohl in Freiheit als auch in der Justizvollzugsanstalt/Untersuchungshaftanstalt, insbesondere in dem Zeitraum der letzten sechs Monate.

Die Fragen richteten sich nach den einzelnen Substanzen, wobei nicht nur illegale Drogen genannt wurden, sondern auch Alkohol und verschiedene Benzodiazepinderivate. Bei der jeweiligen Substanz wurde die Frequenz der Applikation erfragt (täglich Konsum, Konsum mehrmals in der Woche, mehrmals im Monat oder generell kein Konsum dieser Substanz). Bei gängigen Drogen, die inhalativ, per os oder intravenös konsumiert werden können, wurde nach der entsprechenden Art der Applikation gefragt.

4.9.4 Spritzentausch vs. Substitutionsprogramm

Um einen Vergleich zwischen Methadonvergabe-Programmen und dem praktizierten Spritzentausch zu ermöglichen, wurden die Probanden gesondert gebeten, sich zu etwaigen aktuellen und vergangenen Teilnahmen in Methadon-Substitutionsprogrammen, der Frequenz der Methadonaufnahme, der Dauer des Substitutionsprogramms insgesamt und Menge des konsumierten Methadons zu äußern.

Im Verlauf der Erhebung sollte sich ein Bild der Akzeptanz von IVDA-Insassen im Vergleich zu Methadonsubstituierten und Teilnehmern wie Nicht-Teilnehmern am Spritzentauschprogramm erstellen lassen.

4.9.5 Der intravenös konsumierende Insasse

Ein weiterer wesentlicher Fragenkomplex konzentrierte sich ausschließlich auf IVDA und sollte die Infektionsrisiken des intravenösen Drogenkonsums durch riskante Verhaltensmuster eruieren. Hier spielt das so genannte „Needle Sharing“ eine herausragende Rolle. Es war folglich von Interesse, ob der Proband bereits mit mehreren anderen Konsumenten Spritzenutensilien geteilt hatte und somit ein direkter

Kontakt von kontaminierten Gegenständen zustande gekommen ist. In der Konsequenz eines praktizierten Needle Sharings war die Art der Reinigungsmaßnahmen von Spritzenbesteck seitens des Drogenkonsumenten zu eruieren.

4.9.6 Individuelle Aussichten und Perspektiven

Am Ende des Interviews sollte der Proband in Kürze seine Zukunftsperspektiven darstellen, inwieweit er sich ein drogenfreies Leben vorstellen könne und ob er es als sinnvoll erachte, als supportive Maßnahme eine Drogenberatungsstelle in der Haftanstalt, später auch in Freiheit zu besuchen.

4.9.7 Klinisch/neurologischer Untersuchungsbefund

Darauf folgend wurde ein kurzer, objektiver körperlicher und neurologischer Status erhoben, um mögliche Intoxikationszeichen erkennen zu können. Neben neurologischen Anzeichen einer Drogenproblematik war der dermatologische Befund von großem Interesse, um Abszessnarben, Spritzenstraßen oder frische Punktionsstellen als Gegenbeweis eines eventuell zuvor negierten Drogenkonsums erfassen zu können.

4.9.8 Serologie

Bei weiterem Einverständnis des Probanden wurde eine Blutprobe entnommen, um diese im Institut für Mikrobiologie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf auf Hepatitis-B, Hepatitis-C und HIV untersuchen zu lassen.

Insassen, die gemäß Aktenlage in einer vorherigen serologischen Testung als HIV- oder Hepatitis B/C-positiv erkannt worden waren, wurden aus Kostengründen nicht erneut getestet, sondern entsprechend ihrem bekannten Status dokumentiert.

4.10 Follow-up nach acht Monaten (L2)

Eine zweite Befragung wurde acht Monate später im Oktober 2000 durchgeführt, die viele der in L1 gestellten Fragen wieder aufnahm.

Zunächst wurde versucht, dieselben Probanden, die bereits bei der ersten Befragung im Februar 2000 teilgenommen hatten, zu rekrutieren.

4.10.1 Durchführung der Folgebefragung

Dazu war es notwendig, die entsprechenden Insassen persönlich anzuschreiben und ihnen Terminvorschläge für die Befragung anzubieten. Ein Großteil der Probanden konnte erneut gewonnen werden. Um die Teilnehmerzahlen in einem aussagekräftigen Bereich zu halten, wurde erneut auf den Stationen und den unterschiedlichen anstaltsinternen Arbeitsbereichen nach Teilnehmern gesucht. Hier konnten mehrere Insassen für die Studie gewonnen werden, die sich bis zu diesem Zeitpunkt entweder nicht angesprochen fühlten oder die von der Begleitforschung bislang nichts wussten. Problematisch stellte sich hierbei die Tatsache heraus, dass einige Insassen sich nur schwer zu einer Studie zum Thema „Spritzentausch“ überreden ließen. Diverse mögliche Teilnehmer betrachteten sich als sehr distanziert zu einer Drogenthematik in der JVA II, sodass es nicht möglich war, sie von einer Teilnahme zu überzeugen. Diese Gruppe bestand hauptsächlich aus älteren Strafgefangenen, die jegliche Art des Drogenkonsums kategorisch ablehnte, aber auch aus sportlichen Gefangenen, die ihre Einstellung, Drogenkonsum ruiniere ihre Gesundheit, sehr massiv verdeutlichten; insofern wünschten sie auch mit einer Studie, welche sie in Zusammenhang mit der Spritzenvergabe brächte, keinen Kontakt.

4.10.2 Probandenkollektiv der Follow-up Untersuchung

Es konnten somit insgesamt 145 Insassen für die Studie gewonnen werden.

Diese unterteilten sich wie folgt:

- 131 Insassen, die nur an der ersten Längsschnittuntersuchung teilnahmen
- 59 Insassen von den obigen 131, die an beiden Längsschnittuntersuchungen beteiligt waren
- und 14 zusätzliche Insassen, die ausschließlich L2-Teilnehmer waren

5. Methodik – Teil B: Mitarbeiterbefragung

5.1 Ablauf einer Mitarbeiterbefragung

Parallel zu der Insassenbefragung wurde eine anonymisierte Befragung unter den Anstaltsmitarbeitern durchgeführt. Im Februar und Oktober 2000, im Folgenden A1 und A2 genannt, wurden Fragebögen an die Mitarbeiter verteilt, welche die ausgefüllten Bögen in einen Briefkasten einwerfen konnten. Diese Bögen wurden dann den wissenschaftlichen Mitarbeitern zwecks Analyse zur Verfügung gestellt.

Die Zeitabschnitte wurden wie oben beschrieben mit A1 und A2 bezeichnet, sodass parallel zu den Insassen eine Befragung der Mitarbeiter zu Beginn des Spriztentauschprojekts und acht Monate später durchgeführt wurde. Die Beteiligung war insgesamt mit jeweils 72 befragten Mitarbeitern aus verschiedenen Teilbereichen der Anstalt gering. In informellen Einzelgesprächen kristallisierte sich die skeptische Haltung gegenüber einer Befragung heraus. Insbesondere die Wahrung der Anonymität wurde dabei in Frage gestellt. Bei den Mitarbeitern war ein individueller Längsschnitt nicht möglich.

5.2 Frageschwerpunkte

Gleichzeitig zur Untersuchung des Insassenkollektivs wurden die Mitarbeiter zu den Schwerpunkten der Erwartungshaltung, der Akzeptanz und der Effektivität des Spriztentauschprojekts befragt. Weiterhin bezogen sich die Fragen auf soziodemographische Schwerpunkte, das Meinungsbild über das Spriztentauschprojekt und gezielte Fragen zu im Vorfeld vielfach geäußerten Befürchtungen bezüglich Spritzen als Waffen, höherer Durchseuchung von Infektionskrankheiten sowie stärkerem Konsum von illegalen Drogen.

Der Querschnitt der Arbeitsbereiche, aus denen die Mitarbeiter rekrutiert werden konnten, erwies sich bei der ersten und zweiten Befragung als heterogen.

Statistische Analyse

Die statistische Analyse erfolgte deskriptiv unter Verwendung des Statistikprogrammes SPSS 11.0. Es wurden nicht parametrische Tests für Vergleichsgruppen mit Signifikanzniveau $\alpha=0.05$ durchgeführt. Eine Korrektur für multiples Testen wurde nicht wahrgenommen.

Datenschutz

Das Datenschutzkonzept wurde vom Strafvollzugsamt der Justizbehörde geprüft und auf Basis einer Pseudoanonymisierung der Insassenbefragung genehmigt. Zur Wiedererreichung des in L1 befragten Untersuchungskollektivs in der zweiten Befragung wurde eine Namenscode-Liste geführt und nach Abschluss des Längsschnitts vernichtet.

6. Ergebnisse der Insassenbefragung

6.1 Demographische Daten des Gesamtkollektivs L1

In der Kategorie 18 bis 29 Jahre befanden sich 25% der Befragten, ganz ähnlich wie bei den 30- bis 34-jährigen (22%). Die 35- bis 39-jährigen stellten wiederum 25% und die 40 bis 64 Jahre alten Insassen 28% unter den Befragten dar (Abb. 30 im Anhang).

Insbesondere in den letzten Jahren zeigte sich nach Angaben der Anstaltsleitung eine Veränderung in der Gesamtinsassencharakteristik. Wurde bis vor einigen Jahren die Anstalt 2 nahezu ausnahmslos für Straftäter von Kapitalverbrechen genutzt, ist die JVA 2 nun auch in großem Maße ein Auffangbecken für Delikte im Betäubungsmittelbereich und Abschiebehäftlinge. Dies spiegelt sich in der Nationalität der 131 (L1) Befragten wieder:

Über zwei Drittel sind deutscher Nationalität, 18% gaben ihre Nationalität als europäisch an, 12 % waren nicht-europäischer Herkunft. Die nicht-europäischen Herkunftsländer sind überwiegend im afrikanischen und asiatischen Raum beheimatet.

Die JVA 2 „Am Hasenberge“ ist grundsätzlich für Langzeitstrafen ausgelegt.

60% der Insassen haben bereits mehr als fünf Jahre in einer Haftanstalt verbracht. Nur rund 11% sind Kurzzeithäftlinge (Abb. 31 im Anhang). Im Rahmen der Kurzzeitstrafen finden sich in der Regel die Betäubungsmitteldelikte wieder.

Um die Bildungsqualität der Befragten zu prüfen, wurden sie nach einem abgeschlossenen Schulabschluss sowie einer abgeschlossenen Berufsausbildung befragt. 61% der Probanden hatten zum Zeitpunkt der Befragung eine abgeschlossene Berufsausbildung, während 38% dies verneinten (Abb. 32 im Anhang).

6.2 Erwartungshaltung der Insassen an das Spritzentauschprojekt

Im Einzelnen sollten die Probanden beantworten, ob das Projekt für sie persönlich wie für die JVA 2 sinnvoll wäre. Außerdem sollten sie Vor- und Nachteile, Argumente und Kritikvorschläge benennen. Weiterhin sollte sowohl in L1 als auch L2 abgeschätzt werden, wie hoch die Anzahl derjenigen sein könnte, die zum Drogenkonsum verleitet werden würden bzw. die vom nicht-intravenösen Konsum zum i.v. Konsum fluktuierten.

In L1 erachteten 53% der Befragten das Projekt vor Beginn als sinnvoll für die JVA 2 (Abb. 33 im Anhang).

In L2 sahen dies noch 33%. Vor Beginn betrachten 35% konkret den Spritzentausch als nicht oder wenig sinnvoll für die Anstalt. Acht Monate später sank diese Zahl auf 20 % ab. Demzufolge näherten sich die Meinungen einer Neutralposition an, denn sowohl Zustimmung, als auch Ablehnung nahmen ab.

Wie sieht der einzelne Proband den Spritzentausch in Bezug auf die eigene Situation in der JVA 2? Eine deutliche Mehrheit, nämlich 63%, bewerten das Projekt für sich persönlich nicht als sinnvoll. 32 Insassen (24%) sehen einen Sinn für sich persönlich, wobei es sich hierbei nicht zwangsläufig um aktive Tauschteilnehmer handelt. In der Follow-up-Untersuchung kehrt sich das Bild um: 44% befinden das Projekt als für sich persönlich sinnvoll, 47% bewerten dieses gegenteilig (Abb. 34 im Anhang).

So hat sich die zum Teil negative individuelle Erwartungshaltung teilweise in eine Akzeptanz oder gar in eine positive Einstellung gekehrt. Folglich kam es fast zu einer prozentualen Verdoppelung der positiv bewertenden Insassen bei allerdings wesentlich kleinerem Kollektiv als in L1. Die positiven Argumente galten in L1 hauptsächlich dem sinkenden Infektionsrisiko. Dies sahen 26% als größten Vorteil an. In L2 stieg diese Anzahl deutlich und 43% sahen darin den größten Vorteil des Projekts, gefolgt von der Tatsache, dass von nun an kein Needle Sharing mehr nötig sein würde.

Kritisch wurde unter anderem die Befürchtung geäußert, eine Spritze könne als Waffe/Bedrohungsmaterial verwendet werden (14%). Die übrigen Teilnehmer sahen eine steigende Infektionsgefahr auch für andere Personen (8%) und fühlten sich seit der Spritzenvergabe häufiger Sanktionen und Zellendurchsuchungen ausgesetzt (6% in L1). Interessanterweise stieg die Anzahl der wahrgenommenen Sanktionen im Laufe des Projekts trotz gegenteiliger Bekundungen seitens der Justiz signifikant an. In L2 äußerten mehr als doppelt so viele Insassen, dass die Frequenz der Sanktionen subjektiv seit Beginn der Spritzenvergabe anstieg (Abb. 37 im Anhang).

Die geäußerten Anregungen und Kritiken behandelten einige wenige Kerngebiete. So sehen einige die Vergabe von sauberen Spritzen als „längst überfällig“ an, während andere deutlich die automatengestützte Vergabe befürworten und den Konsum unter

ärztlicher/medizinischer Aufsicht, zumindest aber die Installation von separaten Fixerräumen fordern (Abb. 36 im Anhang).

Die „projektkritischen“ Äußerungen beinhalten wiederum hauptsächlich die „Gefahr von Spritzen“ als Waffen und sprechen offen den Konflikt zwischen Spritzenvergabe und restriktiver Drogenpolitik an.

Zur Objektivierung der Erwartung, ob der Konsum von Drogen (intravenös oder anderweitig) steigen könnte, respektive es eine Mehrzahl an Neueinsteigern geben könnte, sollte geschätzt werden, wie viele von 100 Insassen beim Spritzentausch teilnehmen, wie viele von 100 Insassen Drogen konsumieren und wie viele von diesen i.v. Drogen konsumieren würden.

In L1 schätzten 52%, die Teilnehmerzahl könnte ca. 25 von 100 betragen. 24% wählten die Kategorie „ca. 50 von 100 Teilnehmern“ und 24% gaben an, mit ca. 75% der Teilnehmer zu rechnen. Acht Monate später vermuteten 64%, die Anzahl könnte bei ca. 25% liegen, 36% hielten 50 von 100 Teilnehmern für realistisch. Bei einer realen durchschnittlichen Anzahl von 39 Teilnehmern pro Monat (entsprechend ca. 7,1%) lag die Ausgangserwartung der Probanden also sehr hoch.

Eine häufig geäußerte Erwartung/Befürchtung war, dass auch Nichtkonsumenten zum i.v. Konsum verleitet werden könnten. Vor Projektbeginn hielten dies 42 % für wahrscheinlich, 53% verneinten dies dagegen eindeutig. Nach acht Monaten schlossen 42% eine Fluktuation von der Abstinenz hin zum i.v. Konsum aus. 42% sahen es in L2 als gegeben oder zumindest möglich an, dass bisherige Abstinenzler nun zum Nichtkonsum verleitet werden könnten (Abb. 38+39 im Anhang).

Das würde eine im Vorfeld geäußerte Argumentation der Projekt-Gegner bestätigen.

Noch eindeutiger fällt die Einschätzung aus, ob bisherige Sniefer/Blehraucher/Nicht-i.v.-Konsumenten nun zum intravenösen Konsum verleitet werden könnten. Ein Drittel schloss dies aus, während dies bei beiden Befragungen rund 40% (41 und 47%) als eindeutig möglich ansahen.

Könnte sich der persönliche Drogenkonsum verstärken oder erwartet der Proband eine Gefahr, zum intravenösen Konsum verleitet werden zu können? 15 Probanden (11%) schätzten dies als möglich ein, 4% immer noch als eventuelle Möglichkeit. Nahezu identisch ist das Ergebnis in L2. 11% könnten sich noch immer vorstellen, jetzt zum

intravenösen Konsum verleitet zu werden. Eindeutig „nein“ („ich befürchte nicht, zum i.v. Konsum verleitet zu werden“) antworteten 75% (L 1) bzw. 70% (L 2). Es ergibt sich keine wesentliche Änderung (Abb. 40 im Anhang).

6.3 Akzeptanz des Spritzentauschprojekts

Die Akzeptanz eines Spritzentauschprojekts setzt im Wesentlichen eine Erfahrung mit diesen oder ähnlichen Projekten voraus.

So konnte in der L1-Untersuchung zunächst nur hypothetisch nach der Sinnhaftigkeit des Spritzentausches für den Insassen gefragt werden. 24% befanden den Tausch als persönlich sinnvoll, die Mehrheit hält das Projekt jedoch für irrelevant (63%).

In L2 sollte zunächst in Erfahrung gebracht werden, ob sich das Projekt bereits herumgesprochen hatte („von dem Projekt bereits gehört“). 99% antworteten mit „ja“, entsprechend hatten sie persönlich Kontakt mit dem Projekt oder hatten davon gehört.

Zur näheren Betrachtung der Akzeptanz wurde nach der Stimmung unter den Insassen der JVA 2 in Bezug auf das Projekt gefragt. 33% sahen die Stimmung als „gut“, 20% als schlecht an. Daran angelehnt sollte in Erfahrung gebracht werden, ob sich das Verhältnis zu den Beamten während der vergangenen acht Monate des Projekts (Frage zum Zeitpunkt L2) geändert habe. Drei Viertel sahen keinen Unterschied, 13% sogar eine Besserung des Verhältnisses und nur 6% befanden, die Situation zwischen Insassen und Beamten habe sich signifikant verschlechtert (Abb. 42 im Anhang).

Die wohl relevanteste Frage bezüglich der Akzeptanz bezieht sich auf die Wahrscheinlichkeit, dass der untersuchte Proband selbst erwägt, an dem Projekt teilzunehmen.

Erwartungsgemäß äußerte die Mehrheit in L1, sie könnten es sich nicht vorstellen (78%), jedoch fanden sich 14 Personen - somit sechs mehr als die bereits enthaltenden neun Teilnehmer, die sich gut vorstellen könnten, in Zukunft an einem Spritzentauschprojekt teilzunehmen (20%). Ein Prozent erachtet es als „möglich“ (Abb. 35 im Anhang).

In einigen Justizvollzugsanstalten wurde der Spritzentausch zeitweise über eine anonymisierte Automatenvergabe realisiert (als Beispiel: Hamburg-Vierlande). Diejenigen, die sich nicht vorstellen konnten, an dem in der JVA 2 praktizierten Verfahren teilzunehmen, wurden gefragt, ob eine Vergabe per Automat besser sei. 17%

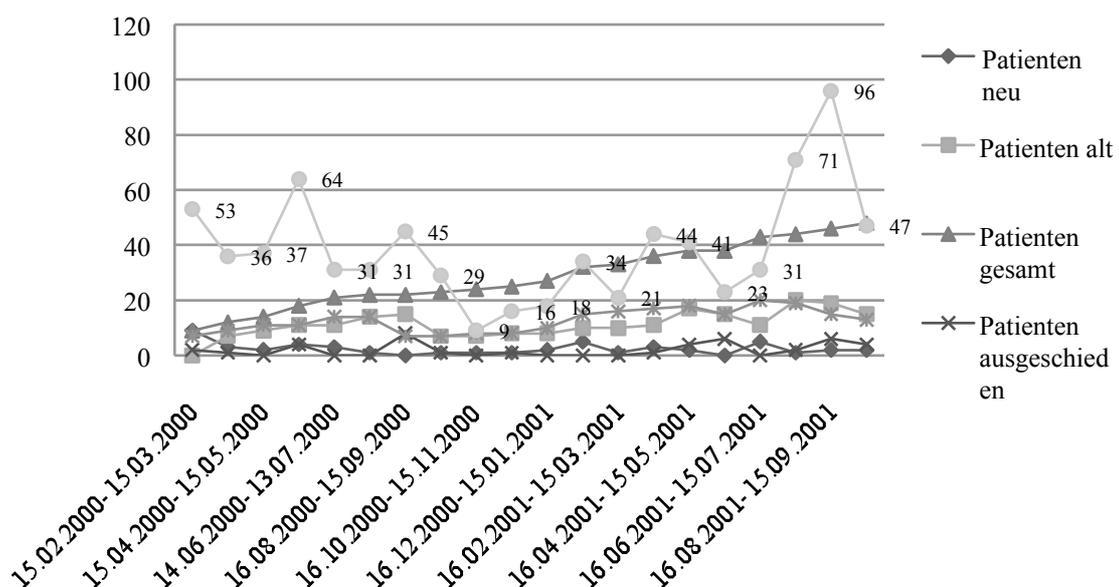
hielten dies für besser, 66% lehnen auch diese Art der Vergabep Praxis vehement ab (Abb. 43 im Anhang).

In der L2-Untersuchung wurde unter Betrachtung der Akzeptanz dem Probanden der Freiraum belassen, freie Anregungen oder Kritik zu formulieren. Diese wurden dann mit Schlagwörtern kategorisiert. 24 Teilnehmer machten hier Angaben: Zehn Insassen folgten der These: „Automaten besser, da anonymer“. Weitere zehn befanden das Projekt für gut, forderten aber ebenfalls mehr Anonymität ein. Drei forderten die sofortige Einstellung des Spritzentausches, einer erklärte, er wäre eher für psychische Betreuung der Insassen anstatt der Förderung des Drogenkonsums mit Spritzen.

Am effektivsten lässt sich die Akzeptanz mit der Anzahl der ausgegebenen Spritzen bzw. der Anzahl der Spritzentauschteilnehmer verdeutlichen.

Die folgende Grafik (Abb. 2) stellt die Anzahl der Neuzugänge, die aktuelle Anzahl der Tauschteilnehmer sowie die Anzahl neu hinzugekommener Insassen dar. Der Erfassungszeitraum beinhaltet den Februar 2000 bis zum September 2001. Der Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitstudie bezieht sich jedoch auf den Abstand vom Februar 2000 bis zum Oktober 2000. Zur weiteren Verdeutlichung der Akzeptanz wird in dieser Grafik der gesamte Zeitraum des Projekts betrachtet.

Abb. 2: Spritzenvergabeanalyse im Evaluationszeitraum



Wie aus der Grafik ablesbar begannen im Februar 2000 neun Insassen aktiv mit dem Spritzenaustausch. Dabei wurden insgesamt 53 Spritzen ausgegeben. In den Folgemonaten belief sich die Anzahl der ausgegebenen Spritzen auf einen Mittelwert von 39 Spritzen. Durchschnittlich 13 Insassen beteiligten sich monatlich am Projekt und im Schnitt zwei Insassen wurden jeden Monat als Neueinsteiger in das Spritzenaustauschprogramm registriert.

6.4 Effektivität des Spritzenaustauschprojekts

Die Effektivität des Spritzenaustauschprojekts würde sich insbesondere durch eine Verringerung der Infektionsprävalenzen, eine Veränderung der Konsummuster, der Unterdrückung der anstaltsinternen Dealerszene sowie der Reduktion der applikationsbedingten Komplikationen, wie Abszessen, Infektionen und Vernarbungen und weiterer negativer Begleiterscheinungen, darstellen.

6.4.1 Effektivität: Auswirkungen auf das Needle Sharing und das allgemeine Risikobewusstsein

Zur genaueren Betrachtung des „Needle Sharing“ wurden Fragen hinsichtlich des Spritzenbesitzes und der Weitergabe der Spritze(n) an andere Insassen näher beleuchtet. Dabei bezog sich die Fragestellung vorrangig auf intravenös-drogenkonsumierende Insassen.

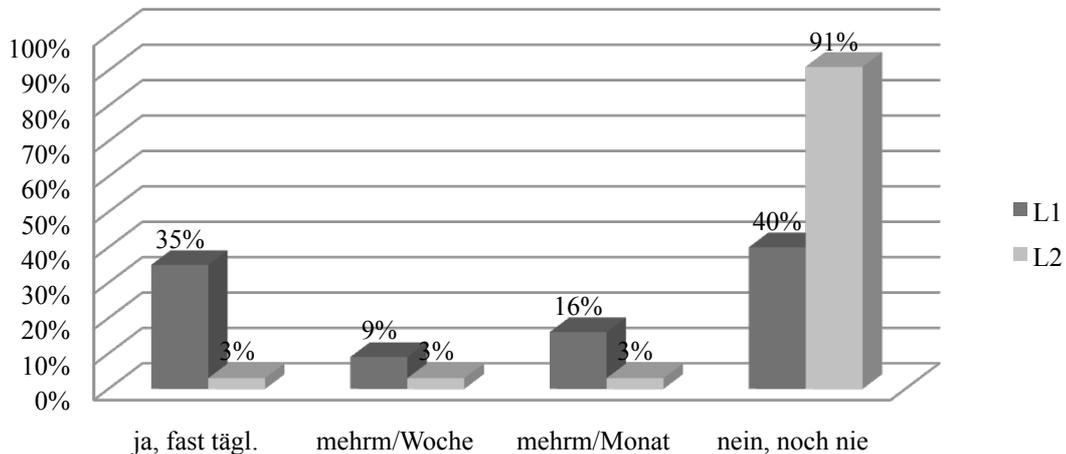
Wie viele Spritzen stehen dem Insassen zur Verfügung? Zu Beginn gaben zehn Personen an (8%,) derzeit über mehr als eine Spritze zu verfügen; 22% hätten „meist“ eine Spritze zur Verfügung. Bei 70% der Befragten befinde sich keine Spritze im eigenen Besitz (Abb. 47 im Anhang).

Acht Monate nach Beginn des Projekts verfügten 23% über eine Spritze und 27% (sechs Teilnehmer) über mehr als eine.

Das relevanteste Kriterium für das Gelingen und somit auch die langfristige Akzeptanz des Projekts erschließt sich aus der Tatsache des sinkenden Needle Sharing. Es zeigte sich in der Verlaufsbeobachtung eine Reduktion der Benutzung von fremden/kontaminierten Spritzen. Während in L1 noch 35% angaben, sie würden fast täglich die Spritze anderer Insassen (mit-) benutzen, waren es im Verlauf des Projekts

noch 3%. Gaben in L1 40% an, sie hätten (noch) keine Spritze anderer Insassen benutzt, so waren es in der zweiten Erhebung fast 91% (Abb. 3).

Abb. 3: Haben Sie bereits einmal eine kontaminierte Spritze benutzt? L1 vs. L2



(L1 n=35; L2 n=17)

Die obigen Daten konnten mit der Frage nach der Weitergabe der eigenen Spritze weiter verifiziert werden. Zu Beginn des Projekts gaben 56% ihre eigene Spritze an andere Insassen weiter. In L2 bestätigten noch 17% eine Weitergabe, jedoch allenfalls mehrmals pro Woche und nicht täglich.

Die Anzahl der beteiligten Personen pro Spritze lag in der L2-Befragung bei durchschnittlich zwei Personen (29%). Im primären Studienabschnitt gab noch jeder Zweite an, dass mehr als drei Personen an einer Spritze beteiligt wären, wobei sowohl in L1 als auch in L2 die meisten Mitbenutzer persönlich bekannt seien.

Fasst man Angaben sowohl zur Weitergabe der eigenen Spritze als auch zur Benutzung fremder Spritzen und die Anzahl der pro Spritze beteiligten Personen zusammen, konnte im Verlauf eine augenscheinliche Reduktion des anstaltsinternen Needle Sharing unter Betrachtung des Gesamtkollektivs ausgemacht werden.

Als Begründung für die Benutzung verunreinigter und benutzter Spritzen gaben primär 16% an, sie würden dies tun, weil keine sterilen Spritzen in ausreichender Menge zur

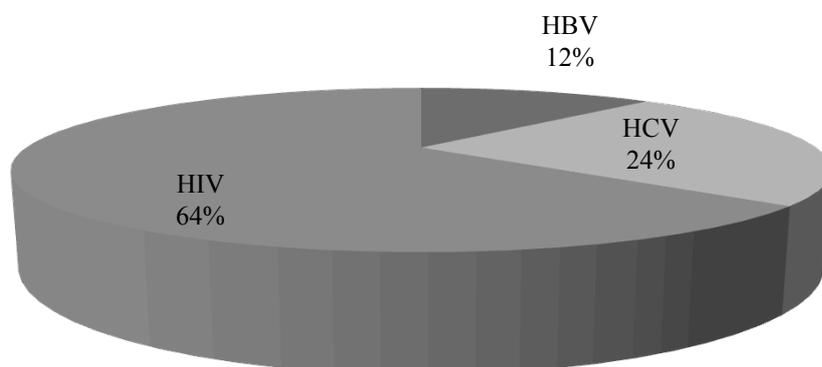
Verfügung ständen (Abb. 53 im Anhang). Diese Antwort gab zum Zeitpunkt des aktiven Projekts nur noch eine Person an. Zwei Personen sagten in L1 aus, sie würden gebrauchte Spritzen benutzen, weil man relativ leicht „dran kommen könne“. Ein Insasse erklärte, dass das Ritual des gemeinsamen „Fixens“ die Motivation zum Needle Sharing erkläre. Zwei weitere Inhaftierte hatten soviel Vertrauen zu den Mitbenutzern, dass aus ihrer Sicht eine Mitbenutzung keinen kritischen Punkt darstelle.

Die kontaminierte Spritze wurde in L2 von 50% der betroffenen Insassen immer noch häufiger als dreimal benutzt. Ferner ergab sich, trotz anstaltsinterner Regelung, dass es Insassen gab, die andere Insassen mit fraglichem Abhängigkeitsverhältnis zur Spritzenvergabe geschickt haben, um selbst weiterhin anonym zu bleiben und dennoch in den Besitz einer sterilen Spritze zu gelangen. Obwohl versucht wurde mit einer exakten Dokumentation diese Fälle zu vermeiden, beantworteten 58% der Insassen die Nachfrage positiv, ob sie andere Insassen stellvertretend für sich zu der Spritzenaustauschvergabe geschickt hätten.

In Anlehnung an den subjektiven Wissensstand über die gängigen Infektionskrankheiten sollte der konsumierende Insasse zu den zwei Befragungszeitpunkten bewerten, ob nicht eine erhöhte Gefahr bei der Benutzung kontaminierter Spritzen zu erkennen sei. In L1 bestätigten 59% diese Befürchtung, wogegen 7% „eher weniger“ und 11% sogar keine erhöhte Gefährdung sahen (Abb. 56 im Anhang). Nach Acht Monaten erschien das Risikoverhalten problematischer: 12% befanden noch eine erhöhte Gefahr beim Austausch kontaminierter Spritzen, drei Personen gaben an, innerhalb der Haftanstalt keine Angst vor einer Ansteckung zu haben.

Doch welche Infektion wurde am meisten befürchtet? 12% (L1) sahen Hepatitis-B als wesentliche Erkrankung an, 24% fürchten sich am meisten vor einer Hepatitis C-Infektion und 64% hielten eine HIV-Infektion für die größte Gefahr (Abb. 4). Dies korreliert mit den Kenntnisständen über diese Infektionskrankheiten.

Abb. 4: Welche Infektionskrankheiten befürchten Sie am meisten bei der Benutzung kontaminierter Spritzen? Zeitraum L1



(n=35)

Nachdem geäußert wurde, von welchen Infektionen die meiste Gefahr oder auch Angst ausgehe, wurde in Anlehnung an das Risikobewusstsein erfasst, ob der intravenös konsumierende Insasse bereits eine Spritze mit bekanntermaßen Hepatitis-B/C- oder HIV-positiven Insassen geteilt hatte.

Primär gaben 17 Personen der Gruppe der IVDA (41%) an, „es wäre bereits vorgekommen“, dass sie mit einem Hepatitis-positiven die Spritze geteilt hätten. 11% sagten: „Es könnte sein“. 38% beteuerten: „mit Sicherheit nicht.“ Acht Monate nach der Erstbefragung machten prozentual weniger Insassen die Aussage, sie hätten bereits mit einem HCV-Positiven eine Spritze geteilt und prozentual mehr Insassen gaben an, dies sei mit Sicherheit nicht vorgekommen.

Trotz suffizienten Kenntnisstandes über HIV gaben immerhin 17% an, bereits einmal eine Spritze mit einem sicher HIV-positiven Menschen geteilt zu haben. 6% erklärten, „es könnte sein“ und 67% schlossen dies mit Sicherheit aus. Ein halbes Jahr später und die letzten drei Monate betreffend gab keiner mehr an, mit einem HIV-positiven Insassen eine Spritze geteilt zu haben. 14 Personen schlossen dies sogar rigoros aus (Abb. 57 im Anhang).

Weitere Beachtung sollte auch dem Umgang mit der Spritze und den Spritzenutensilien geschenkt werden. Die Reinigung der Spritzen nach Konsum ist trotz der Möglichkeit zum Tausch bei 81% der betroffenen Insassen durchgeführt worden. Auf Nachfrage wurde erklärt, dass die subjektiv mangelhafte Anonymität bei der Spritzenvergabe

weiterhin oftmals dazu führen würde, Spritzen nach Gebrauch zu reinigen, statt diese gegen eine neue Spritze einzutauschen. Von einzelnen Probanden wurde subjektiv diese Art der Hygiene als ausreichend zum Schutz vor Infektionskrankheiten dargestellt. Hinsichtlich der weiteren Utensilien konnte in L2 erhoben werden, dass eigene Filter von 14% mehr als dreimal und noch von 36% durchschnittlich zweimal benutzt werden würden. Die Weitergabe verschmutzter Filter stellt sich in L2 vergleichsweise selten heraus. 14% gaben an, dies häufiger zu tun. 7% benutzten auch kontaminierte Filter anderer Personen. Die Weitergabe von kontaminierten Löffeln erfolgte in L2 deutlich häufiger: 23% taten dies „häufiger“, weitere 23% immerhin noch „manchmal“ (Abb. 59-63 im Anhang).

Zu den Applikationsformen wird in Kapitel 6.4.3 Stellung genommen.

6.4.2 Effektivität: Veränderung des medizinischen Befundes

Wirkt sich die erhoffte Effizienz des Spritzentauschprojekts auch in Bezug auf den zu beiden Querschnittsuntersuchungen erhobenen körperlichen Befund aus? Gibt es weniger Hautkomplikationen, weniger Intoxikationserscheinungen und Entzündungsreaktionen?

9% der 131 Insassen aus L1 wurden bereits mindestens einmal ärztlich wegen einer akuten Entzugssymptomatik behandelt. 30% mussten „manchmal“ medizinisch betreut werden.

Im Einzelnen bezogen auf den körperlichen Befund fanden sich in der primären Untersuchung insgesamt 2% mit vereinzelt, frischen und 13% mit multiplen, frischen Nadeleinstichstellen. Diese befanden sich zu einem Großteil im Bereich beider Arme/Unterarme (16 Pers.), die weiteren hauptsächlich an den Unterschenkeln (3), im Leistenbereich (2) und einmal als frische Einstichstellen am Hals.

In der zweiten Untersuchung fanden sich bei 4% der Insassen vereinzelt, frische und bei 7% multiple, frische Nadeleinstichstellen. Demnach konnte festgestellt werden, dass selbst unter Berücksichtigung eines reduzierten Kollektivs in L2 eine Senkung von frischen Injektionsstellen vorlag. Chronische Einstichstellen fanden sich bei 3% im Rahmen der zweiten Untersuchung. Demgegenüber standen 27% mit multiplen, alten bzw. chronischen Nadeleinstichstellen in der ersten Untersuchung.

Abszesse fanden sich primär nur bei zwei Insassen, wobei anzumerken ist, dass einige von ihnen die Inspektion der Leistengegend verweigerten. In der Folgeuntersuchung fanden sich keine Personen mit Abszessbildungen, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass ebenfalls häufig die Inspektion verweigert wurde.

Vernarbungen im Sinne alter, verheilter oder chirurgisch behandelter Abszesse fanden sich in beiden Untersuchungen bei 18 Personen.

Abschließend sollte nach dem medizinischen Eindruck bewertet werden, ob der Proband intoxikiert sein könnte bzw. entsprechend wirkte.

21% machten in der ersten Querschnittsuntersuchung eindeutig einen intoxikierten Eindruck, 19% einen fraglich intoxikierten, wobei nicht genauer spezifiziert werden konnte, welche Substanzen hierfür ursächlich sein könnten. In der zweiten Befragung wirkten 15% deutlich intoxikiert, 18% zumindest fraglich intoxikiert.

6.4.3 Effektivität des Projekts hinsichtlich einer Veränderung des Konsummusters bei dem Gesamtkollektiv

Grundsätzlich wurden hinsichtlich der Drogen- und Alkoholanamnese verschiedene Zeiträume erfasst. Zunächst erfolgte eine Darstellung der Konsumgewohnheiten in Freiheit. Diese wurden daraufhin mit den Gewohnheiten in der Haftanstalt zum Zeitpunkt L1 verglichen. Im Rahmen der L2-Befragung wurden die Aussagen hinsichtlich der letzten acht Monate, bei Alkohol der letzten 30 Tage verglichen.

Alkohol:

28% der Testpersonen gaben an, in Freiheit täglich Alkohol konsumiert zu haben, jeweils 27% mehrmals in der Woche bzw. mehrmals im Monat. 17% verneinten den regelmäßigen Konsum von Alkohol. Die Quantität sollte anhand von Trinkeinheiten (TE) erfasst werden. Eine TE entspricht 60g Alkohol pro Tag (1,5 l Bier).

18% konsumierten fünf bis zehn Trinkeinheiten pro Tag, welches 7,5 bis 15 Litern Bier entsprechen würde. In der bisherigen Haftzeit gaben 28% an, täglich innerhalb der JVA Alkohol zu konsumieren, 9% noch mehrmals im Monat. Zum Untersuchungszeitpunkt L2 schwächte sich das Bild ab und 2% konsumierten Alkohol mehrmals im Monat, jedoch nicht mehr täglich oder wöchentlich. 91% verneinten in L2 jeglichen Konsum von Alkohol (Abb. 65 im Anhang).

Es ist deutlich zu erkennen, dass der Alkoholkonsum naturgemäß in der Anstalt 2 gegenüber den Konsumgewohnheiten in Freizeit zurückgegangen ist. Ein Konsum illegalen Alkohols kann allerdings nicht ausgeschlossen werden.

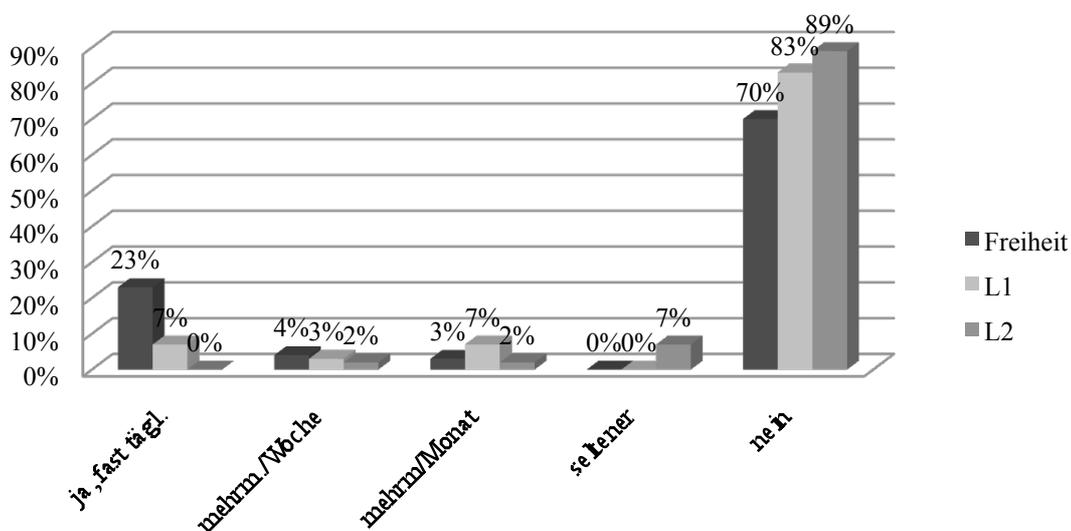
Cannabis:

Bezüglich des Cannabiskonsums, häufig als Einstiegsdroge bewertet, gaben 29% an, täglich Marihuana in Freiheit konsumiert zu haben. 36% verneinte den Konsum von Cannabispräparaten in Freiheit. Zum Erstinterview offenbarten noch 22% einen täglichen Konsum der Droge in der JVA, sodass es hier keine relevante Reduzierung des Konsums gegenüber den Verhältnissen in Freiheit gab. In der L2-Untersuchung konsumierten immerhin 23% täglich Cannabis, sodass auch hier im täglichen Konsum kein Rückgang zu verzeichnen ist. 8% sagten in L2 aus, ihr Cannabiskonsum sei gesunken. Je 43% verneinten innerhalb der Haftanstalt den Konsum von Cannabispräparaten (Abb. 66 im Anhang).

Heroin:

Der Konsum von Heroin ist bekanntermaßen auf diverse Arten der Applikation möglich. Die Anzahl der Heroinkonsumenten im Gesamtkollektiv zeigte sich in Freiheit mit 23% mit täglichem Konsum und 4% mit wöchentlichem Konsum. Während der Zeit in der JVA verringerte sich die Anzahl der täglichen Heroinkonsumenten erwartungsgemäß auf 7% in L1 und nunmehr 7% mit mehrmaligem Konsum pro Monat. . Zu beobachten war weiterhin, dass sich im Laufe der Erhebungszeit diese Zahlen weiter verringerten: Pro Bei der zweiten Befragung fanden sich keine täglichen Heroinkonsumierenden, 2% hatten wöchentlichen und 2% monatlichen Konsum. Interessanterweise sagten nun aber 7% aus, sie würden seit Beginn des Projekts seltener Heroin konsumieren. Wie aus der Abbildung (Abb. 5) ersichtlich wird, verneinten 70% der Insassen in Freiheit, 83% in der L1-Phase und 89% in der L2- Phase jeglichen Heroinkonsum.

Abb. 5: Heroinkonsum, Freiheit-L1-L2

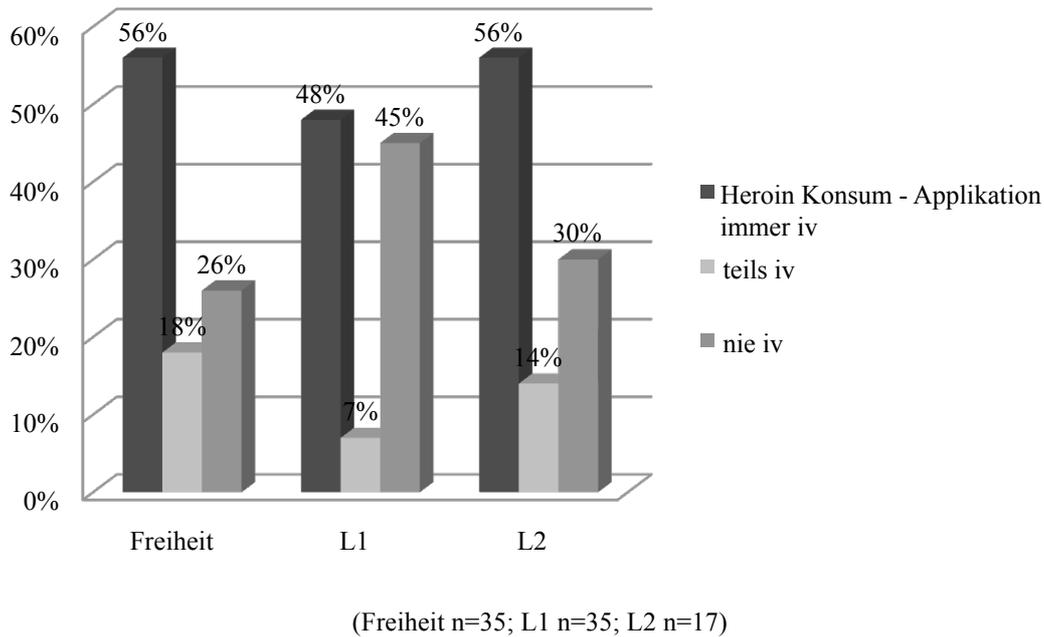


(Freiheit n=131; L1 n=131; L2 n=73)

Viele Insassen waren vor ihrem Aufenthalt in der JVA 2 in einer anderen Haftanstalt untergebracht. Welche Unterschiede hinsichtlich des Konsums von Heroin konnten beim Wechseln festgestellt werden? 4% sagten aus, sie hätten zuvor mehr Heroin konsumiert (2% mit i.v. Konsum). Dieselbe Anzahl gab an, weniger häufig Heroin verwendet zu haben. Dazu ist festzustellen, dass es sich in der vorherigen Haftanstalt meist um ein Untersuchungsgefängnis mit erhöhten Sicherheitskontrollen und entsprechenden Schwierigkeiten, Spritzen in die Anstalt einzuschleusen, gehandelt hat. In Freiheit verfolgten dagegen 56% der Heroinkonsumenten den intravenösen Konsum, davon noch 48% bei Haftbeginn bzw. in der JVA 2. Nach acht Monaten des Spritzentausches gaben 56% der Heroinkonsumenten an, einen intravenösen Konsum zu praktizieren (Abb. 6).

Dies entspricht einer Anzahl von vier Personen, wobei die Plausibilitätskontrolle zeigt, dass nicht alle Spritzentauschteilnehmer adäquat geantwortet haben können.

Abb. 6: Applikationsform von Heroin, Freiheit-L1-L2



Kokain:

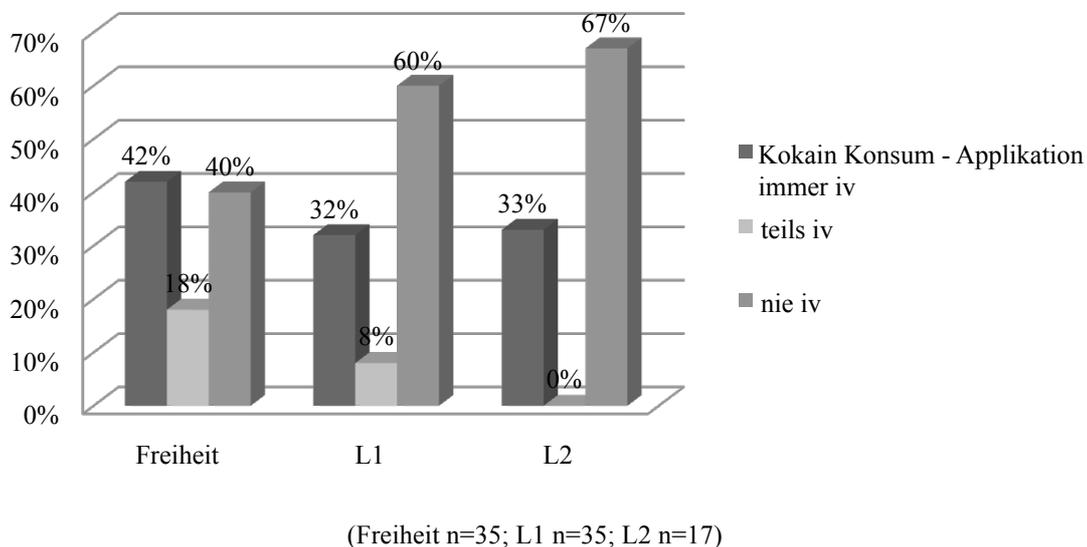
Kokain zählt sowohl in Freiheit als auch innerhalb einer Haftanstalt zu den teuersten Drogen. Nach Einschätzung der Probanden sind in der JVA Preise zwischen 75 und 150 Euro pro Gramm Kokain einzukalkulieren.

In Freiheit konsumierten 33% nahezu täglich Kokain, wobei 42% intravenös konsumierten. 40% gaben an, nie i.v. konsumiert zu haben, wobei dann das so genannte „Sniefen“ im Vordergrund stand. In der JVA hatten nur noch 1% täglichen Kokainkonsum, wobei nach individuellen Angaben der Preis der ausschlaggebende Faktor sei. Für den Zeitraum außerhalb der Haftanstalt verneinten lediglich 43%, dass sie Kokain konsumiert hätten (Abb. 67 im Anhang).

Zum Zeitpunkt L2 stieg die Zahl der Personen mit seltenerem Kokainkonsum auf 9% an, wovon immerhin noch drei Personen i.v. Konsum, vier Personen nasale Aufnahme äußerten.

Hinsichtlich der Applikationsform lässt sich konstatieren, dass insbesondere in Freiheit von 42% der Befragten ein regelmäßiger intravenöser Konsum durchgeführt wurde. Innerhalb der JVA sank diese Rate auf 32% (L1) und stieg schließlich auf 33% (L2) minimal an (Abb. 7).

Abb. 7: Applikationsform von Kokain, Freiheit-L1-L2



Crack:

Crack gilt als sehr aggressive Droge und ist chemisch eine Zusammensetzung aus Kokainsalz und Natriumhydrogencarbonat. Der Anflutungseffekt ist sehr kurz, die Wirkung intensiv und der ständige Bedarf bzw. der Suchtfaktor deutlich höher als bei anderen Drogensubstanzen. Im Vergleich zu den zuvor genannten Drogen ist der Crackkonsum weniger unter den Befragten verbreitet. In Freiheit waren 3% vom täglichen Crackkonsum abhängig, 8% konsumierten mehrmals in der Woche und 3% immerhin noch mehrmals im Monat. In der JVA spielt Crack jedoch nur eine untergeordnete Rolle. Gaben in L1 noch einzelne Insassen gelegentlichen Konsum an, konnte in L2 kein Crackkonsument mehr ermittelt werden.

Aktuelle Modedrogen, wie zum Beispiel das Ecstasy, spielen in der JVA 2 ebenfalls nur eine untergeordnete Rolle. So sagten beim zweiten Interview ein halbes Jahr nach Projektbeginn noch drei Insassen aus, sie würden sehr selten Ecstasy konsumieren. In den Gesprächen kristallisierte sich heraus, dass stimulierende Drogen mit euphorisierendem Wirkungsspektrum und nicht selten halluzinatorischen Komponenten nicht den Bedürfnissen der konsumierenden Insassen nach eher beruhigenden Effekten entsprachen.

6.4.4 Effektivität des Spritzentauschprogramms: Prävalenzen und Inzidenzen von Hepatitis B, C und HIV sowie Serokonversionen im Gesamtkollektiv

Als Quelle für die Recherche diente zum einen die Aussagen der Insassen zu den Befragungszeitpunkten L1 und L2, darüber hinaus auch der bewilligte Einblick in die Gesundheitsakten der Inhaftierten. Entsprechend konnten einige der individuellen Angaben der Insassen durch das Aktenstudium verifiziert werden.

Die Einteilung erfolgte bei Hepatitis-B in das Akut-Stadium mit aktiver Infektiosität, stattgehabte (alte) Hepatitis B-Infektion, Vorliegen eines wahrscheinlichen Immunschutzes oder die chronifizierte Verlaufsform der Hepatitis-B. Weiterhin wurden der positive Nachweis von Hepatitis C-Antikörpern und abschließend der Nachweis von HIV-Antikörpern klassifiziert.

Einleitend sollte retrospektiv erfasst werden, ob der einzelne Insasse, unabhängig vom potentiellen Drogenkonsum, seinen serologischen Status kenne.

Hinsichtlich einer HIV-Untersuchung wussten 19% nicht, welchen Status sie haben. 4% sagten aus, sie seien bekannt HIV-positiv, 76% seien bekannt HIV-negativ getestet worden.

Hepatitis wurden aus Verständnisgründen in „Hepatitis allgemein“ zusammengefasst. Dort zeigte sich eine weit deutlichere Unwissenheit über mögliche Erkrankungen. 24% kennen ihren Status nicht, 7% hätten Hepatitis „mal“ gehabt, 33% seien chronisch oder akut erkrankt. Die übrigen Insassen gaben diesbezüglich keine Antwort ab.

Zur Ermittlung der Prävalenzraten wurde der Erfassungszeitraum zwischen dem ermittelten Aktenbefund von HIV, Hepatitis-B und -C bei den 3 Gruppen „Gesamtkollektiv“, sowie die Untergruppen „Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz“ und „intravenös-drogenkonsumierende Insassen“ angenommen. Dabei wurden die Aktenbefunde sowie die neu hinzugekommenen Befunde zu einer Gruppe zusammengefasst. In weiteren Kapiteln werden die Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C bei den 3 Gruppen zu beiden Befragungszeitpunkten betrachtet.

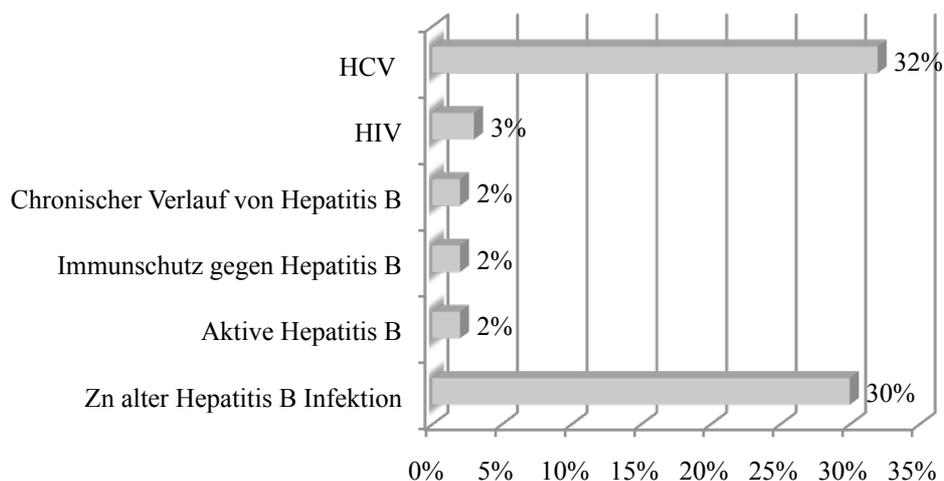
6.4.4.1 HIV, Hepatitis-B und Hepatitis-C Prävalenz im Gesamtkollektiv

Die Analysen der Prävalenzraten ergaben für das Gesamtkollektiv eine Prävalenz von Hepatitis-C von 32%. Desweiteren konnte die Prävalenz von HIV bei 3% ermittelt werden.

Innerhalb des hier zu Grunde gelegten Erfassungszeitraumes für die Prävalenz zeigte sich für eine stattgehabte Hepatitis-B eine Rate von 30%.

Abschließend konnte eine Prävalenz für die akut verlaufende Form der Hepatitis von 2% aus den Daten ermittelt werden (Abb. 8).

Abb. 8: Sero-Prävalenz, Gesamtkollektiv, L1



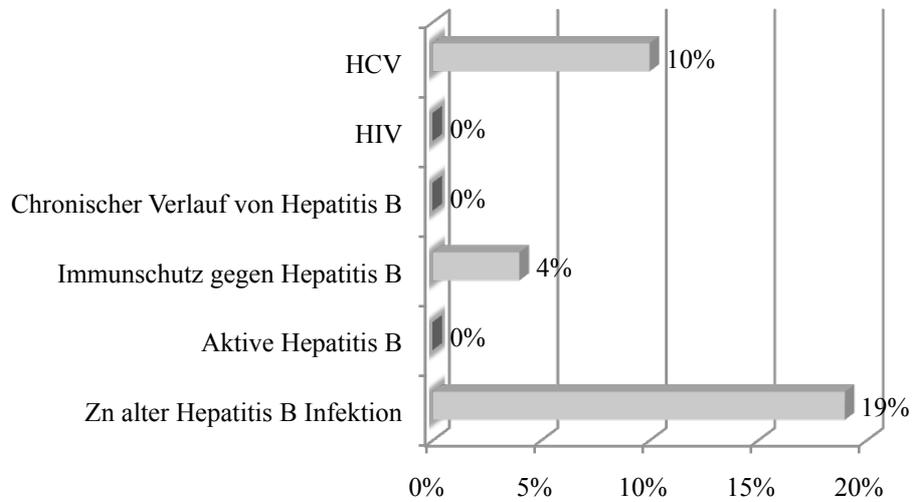
6.4.4.2 HIV, Hepatitis-B und Hepatitis-C Prävalenz bei Insassen mit negativer Konsum-Lebenszeitprävalenz

Als erste Untergruppe des Gesamtkollektivs wurden die Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz für Drogen betrachtet: Hier zeigten sich erwartungsgemäß geringere Prävalenzraten. Im Einzelnen fand sich eine Prävalenz für Hepatitis-C von knapp 10%.

Eine HIV-Prävalenz in dem Erfassungszeitraum konnte nicht erkannt werden. Ebenfalls fielen die Prävalenzen für die akut verlaufende Hepatitis-B und der chronischen Verlaufsform negativ aus.

Höhere Prävalenzen fanden sich lediglich für einen nachgewiesenen Hepatitis-B Immunschutz mit 4% und dem Bild einer alten Hepatitis-B Infektion mit 19% (Abb. 9).

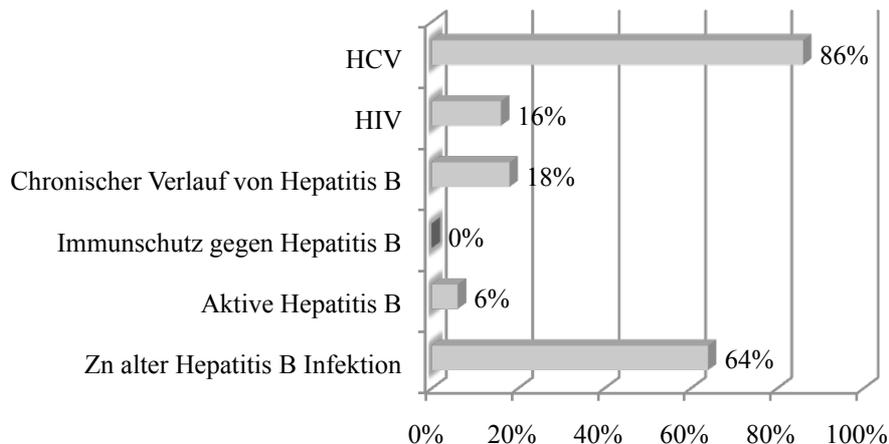
Abb. 9: Sero-Prävalenz, Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz, L1



6.4.4.3 HIV, Hepatitis B und Hepatitis C -Prävalenz bei intravenös-drogenkonsumierenden Insassen

In der Hochrisikogruppe der intravenös-drogenkonsumierenden Insassen fand sich insbesondere eine erhebliche Hepatitis C-Prävalenz. Diese konnte fiel mit 86% auch erwartungsgemäß hoch aus. Darauf folgte eine Hepatitis-B Prävalenz für die akut verlaufende Form von knapp 6% und einer Prävalenz bei chronischer Hepatitis-B von 18%. Eine Antikörper-Konstellation wie bei Immunschutz gegen Hepatitis-B konnte bei keinem der untersuchten IVDA nachgewiesen werden. Deutlich zeigte sich die Prävalenz von HIV. Es konnte hier eine Sero-Prävalenz von 16% analysiert werden (Abb. 10). Insbesondere bei diesem Kollektiv muss einschränend auf die kleine Teilnehmerzahl von unter 30 Personen hingewiesen werden.

Abb. 10: Sero-Prävalenz bei IVDA, L1



6.4.4.4 HIV, Hepatitis-B und Hepatitis-C Inzidenzen im Gesamtkollektiv. L1 und L2

Die Inzidenzen der Infektionskrankheiten HIV, Hepatitis-B und -C wurden sowohl für beide Zeiträume vom Vorbefund (Aktenbefund) bis L1 und von L1 bis L2 sowie für die jeweiligen Gruppen, bzw. Subgruppen betrachtet. Bei der Analyse der Inzidenzraten wurde die Summe der Personenjahre innerhalb der hier untersuchten Untergruppen zugrunde gelegt. Innerhalb des Gesamtkollektivs differierten die Personenjahre beiden einzelnen Serologien zwischen zwischen 86 und 126 Personenjahre.

Die Inzidenz von Hepatitis-C lag in dem Erfassungszeitraum vom Vorbefund bis L1 bei 14,7% (95 Personenjahre), und konnte acht Monate später nicht erneut nachgewiesen werden (0% bei 43 Personenjahren). Geringer fiel die Hepatitis B-Inzidenz aus. Hier wurde in Bezug auf die aktive Form eine Inzidenz von 2,3% (86 Personenjahre), für die chronische Form eine Inzidenzrate von 4,6% (86 Personenjahre) festgestellt.

Hinsichtlich einer stattgehabten Hepatitis B-Infektion zwischen den Untersuchungszeitpunkten des Vorbefundes und der Untersuchung L1 stellte sich bei allen untersuchten Insassen eine Inzidenzrate von 9,3% (86 Personenjahre) dar.

Die Folgeuntersuchung L2 zeigte dann für den achtmonatigen Erfassungszeitraum bei einer stattgehabten Hepatitis B-Variante eine Inzidenz von 6,4% (47 Personenjahre) und sowohl für eine stattgehabte Immunisierung, als auch für eine wahrscheinlich chronisch verlaufende Form eine Inzidenzrate von knapp 9% (62 Personenjahre). Neuerkrankungen bei der akuten Verlaufsform der Hepatitis-B konnten zum Zeitpunkt

L2 nicht nachgewiesen werden. Die HIV-Inzidenz lag bei beiden Erfassungen bei 0% (126 und 74 Personenjahre). (Abb. 11+Abb. 12).

Abb. 11: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C, Gesamtkollektiv, L1

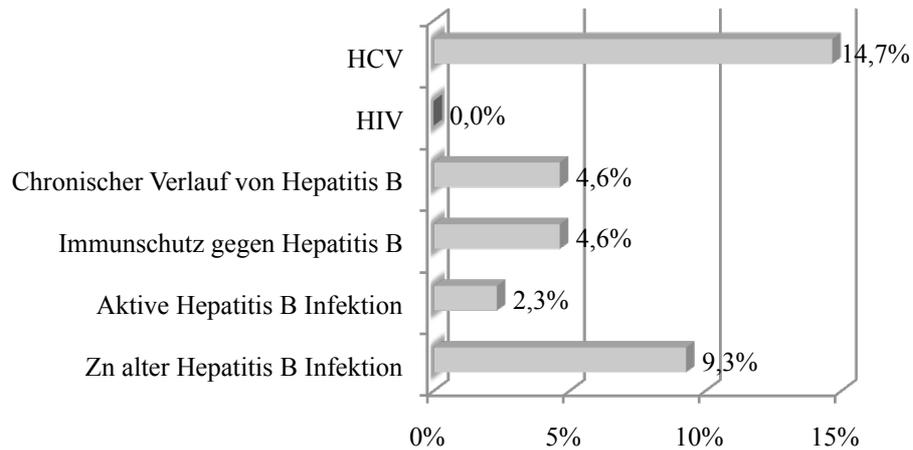
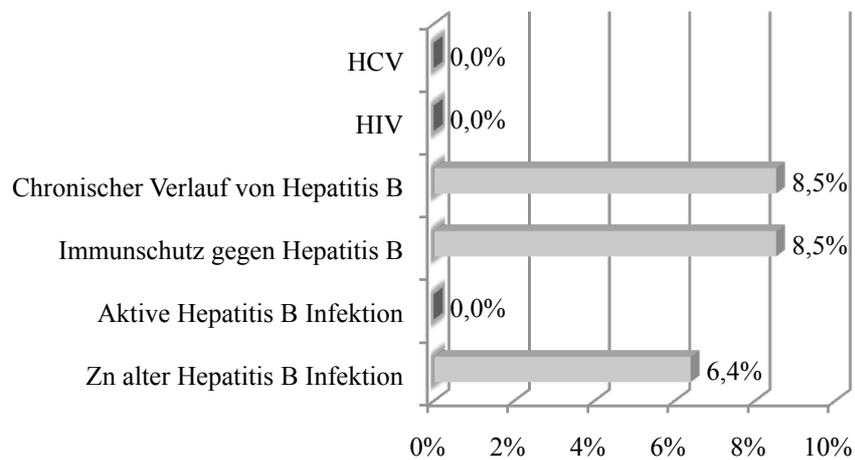


Abb. 12: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C, Gesamtkollektiv, L2



6.4.4.5 HIV, Hepatitis-B und Hepatitis-C Inzidenzen bei Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz. L1 und L2

Naturgemäß zeigte die Analyse der Daten aus beiden Untersuchungen hier vergleichsweise geringe Inzidenzen.

Für eine stattgehabte Hepatitis B-Infektion konnte eine Inzidenzrate von 2% (50 Personenjahre) nachgewiesen werden. Ebenfalls bezüglich einer Hepatitis B-Immunsisierung fand sich zum Zeitpunkt L1 eine Inzidenzrate von 2% (50 Personenjahre). Sowohl für Hepatitis C, als auch HIV,- oder bei der akuten Hepatitis-B wurden keinerlei Neuerkrankungen registriert. Dies galt ebenso für die Nachuntersuchung L2. Auch hier konnte nur eine Inzidenzrate bei der stattgehabten Hepatitis B-Immunsisierung mit 7,5% (13 Personenjahre) nachgewiesen werden. Alle weiteren serologischen Untersuchungen hinsichtlich Neuerkrankungen in dem Zeitraum zwischen L1 und L2 fielen negativ aus. (Abb. 13+Abb. 14).

Abb. 13: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C, negative Lebenszeitprävalenz für Drogen, L1

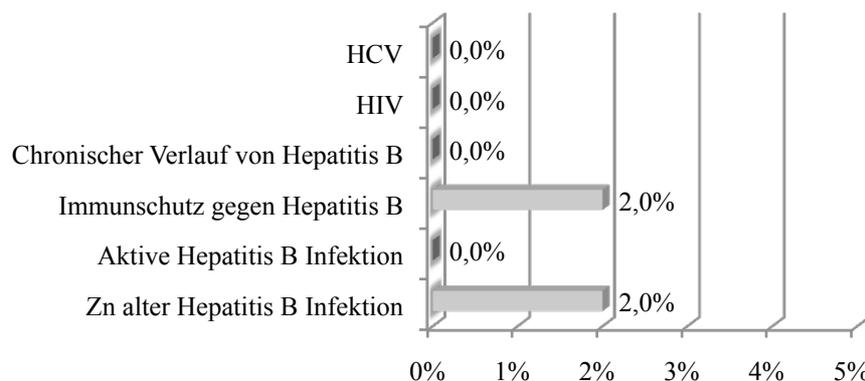
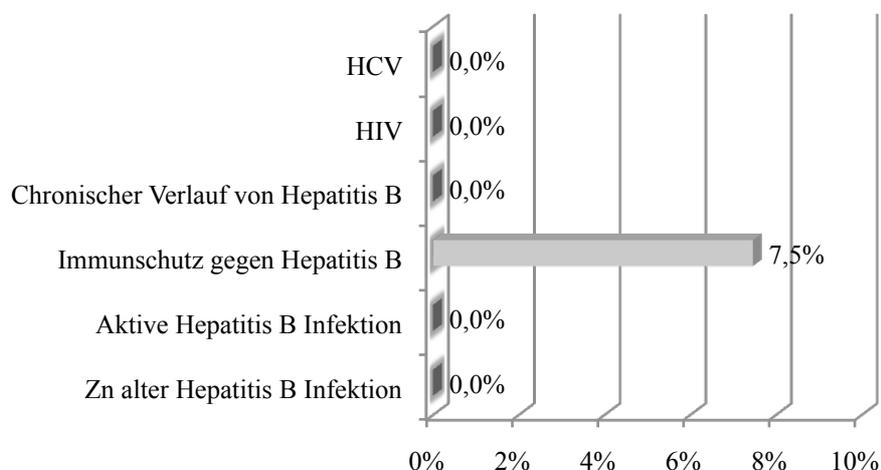


Abb. 14: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C, negative Lebenszeitprävalenz für Drogen, L2



6.4.4.6 HIV, Hepatitis-B und Hepatitis-C Inzidenz bei intravenös-drogenkonsumierenden Insassen. L1 und L2.

Bei der Analyse der Inzidenzraten in der Gruppe der intravenös-drogenkonsumierenden Insassen muss darauf hingewiesen werden, dass es sich um eine sehr kleine Teilnehmerzahl handelte. Dies kommt auch in den geringen Personenjahren zum Ausdruck.

Die Inzidenz der Hepatitis C-Erkrankung in dieser Untergruppe konnte in L1 erwartungsgemäß zweistellig ermittelt werden. Die Inzidenz lag bei 21,6% (5 Personenjahre) und somit in Äquivalenz zu anderen Erhebungen.

Die Inzidenzrate für die stattgehabte Hepatitis-B fiel mit 71,8% deutlich aus, wobei auch hier wieder auf die geringe Anzahl der Personenjahre von 7 hingewiesen werden sollte. Eine Immunisierung zwischen den Untersuchungszeitpunkten konnte nicht nachgewiesen werden.

Bei zwei Teilnehmern dieser Gruppe stellte sich eine akute Hepatitis B-Erkrankung in dem Zeitraum zwischen Vorbefund und L1 heraus. Folglich konnte eine Inzidenzrate von 28,7% (7 Personenjahre) analysiert werden. Positiv stellte sich dar, dass es zu keinen Neuerkrankungen mit dem HI-Virus innerhalb des analysierten Zeitraums kam (0% bei 16 Personenjahren).

Ebenfalls erfreulich konnte zum Zeitpunkt L2 nachgewiesen werden, dass es bei keiner der hier untersuchten Infektionskrankheiten einen Inzidenzanstieg innerhalb der

Subgruppe von intravenös-drogenkonsumierenden Insassen gab. Sämtliche Serologien hinsichtlich einer möglichen Neuerkrankung fielen negativ aus.

Dies schloss allerdings auch die Immunisierung gegen Hepatitis-B mit ein (Abb. 15+Abb. 16).

Abb. 15: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C bei IVDA, L1

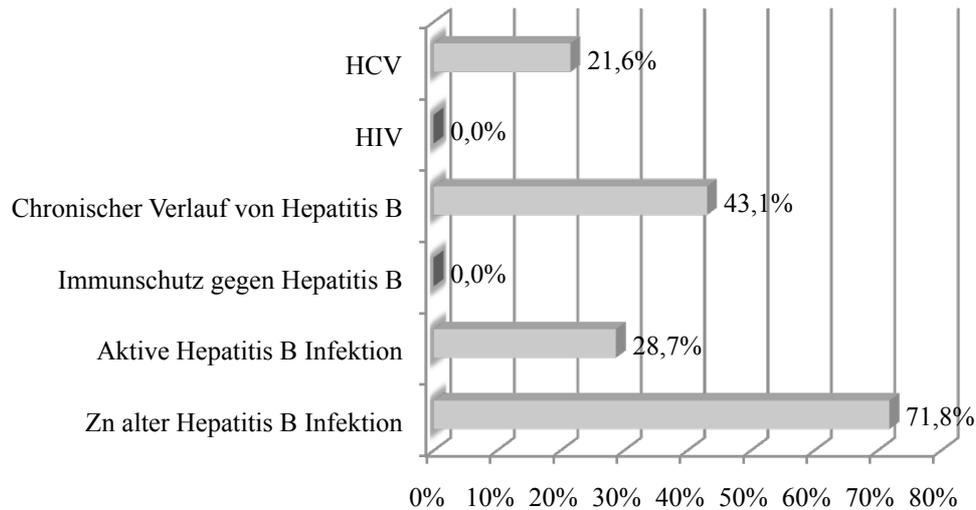
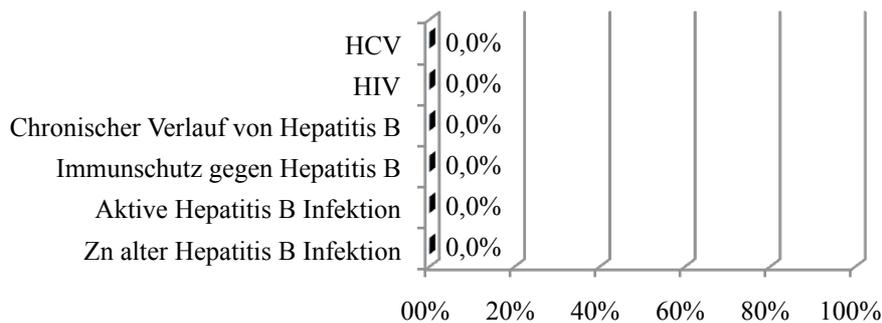


Abb. 16: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C bei IVDA, L2



6.4.5 Effektivität: Wissensstand zu HIV- und Hepatitis-Infektionen

Im Dialog mit den Probanden zeigte sich nicht nur in Einzelfällen teilweise erhebliche Unkenntnis in Bezug auf Hepatitis-B-, -C- und HIV-Infektionen, beziehungsweise die AIDS-Erkrankung. Die Insassen sollten ihren subjektiven Eindruck schildern, ob sie sich über die genannten Erkrankungen „gut“ informiert fühlten. Eine detaillierte

„Wissensabfrage“ wurde nicht durchgeführt. In diesem Zusammenhang sollte auch erfragt werden, ob sich der Proband durch Hepatitis B/C oder HIV „bedroht“ fühle.

In der L1-Befragung äußerten 65 Personen (50%), dass sie sich durch Hepatitis bedroht fühlten, 9% gaben „geht so“ an, 33 (26%) sagten aus, sie würden sich nicht durch Hepatitis bedroht fühlen. Nach acht Monaten Spriztentauscherfahrung sagten noch 34 (51%), sie würden sich eindeutig durch Hepatitis bedroht fühlen, 9% äußerten „geht so“ und 20 (30%) fühlten sich nicht bedroht. Die prozentualen Anteile änderten sich folglich nur unwesentlich.

Wie fühlten sich die Probanden über Hepatitis informiert? In L1 sagten 35% aus, sie würden sich „gut“ über Hepatitis informiert fühlen, immerhin noch 18% äußerten „geht so“. Knapp ein Viertel (24%) fühlen sich nicht „gut“ über diese Erkrankung informiert.

In L2 lässt sich eine darstellbare Verbesserung der Informationslage erkennen:

50% sagten nun aus, sie fühlten sich eindeutig „gut“ über Hepatitis informiert, 16% immerhin noch „geht so“. Nur 14% (gegenüber 24% in L1) gaben an, sie würden sich nicht gut über Hepatitis informiert fühlen (Abb. 76 im Anhang).

Hinsichtlich einer möglichen Risikowahrnehmung äußerten in L1 44% der Probanden, sie fühlten sich durch HIV bedroht, 8% gaben „geht so“ an. Ein ähnliches Bild ergab sich in L2: 45% fühlen sich bedroht, 5% kreuzten ein „geht so“ an. In der Summe entsteht ein nahezu identisches Stimmungsbild (Abb. 77 im Anhang).

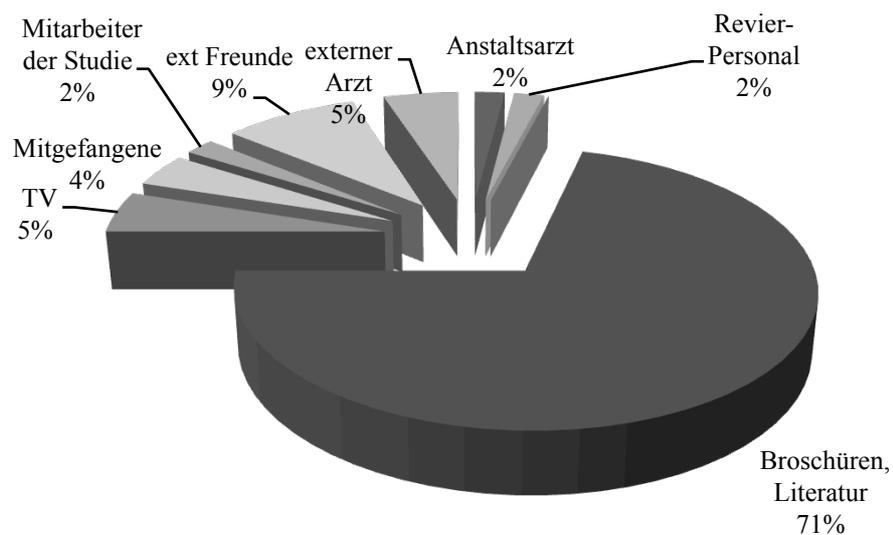
Eindeutig nicht bedroht fühlten sich in L1 33%, in L2 43% der Teilnehmer. Hier zeigte sich ein leichter Trend zur „Verbesserung“.

„Gut“ über HIV informiert empfanden sich 57% in L1, 22% gaben „geht so“ an. In L2 waren 61% der Meinung, „gut“ über HIV informiert zu sein, immer noch 20% sahen sich als einigermaßen gut informiert, sodass nahezu 80% sich positiv hinsichtlich ihres Informationsstandes äußerten. Nur 2 % fühlten sich in L1 als nicht „gut“ informiert, in L2 sogar deutlich mehr mit 19% (Abb. 78 im Anhang). Zusammenfassend muss im Hinblick auf den Kenntnisstand über HIV gefolgert werden, dass sowohl die positive Meinung über den Wissensstand als auch die Zahl derjenigen, die sich als nicht gut informiert sahen, gestiegen ist, es insgesamt also zu einer stärkeren Polarisierung kam.

Abschließend war in L2 zu prüfen, woher bei den Insassen das mehr oder weniger vorhandene Wissen stammte.

Hier gab es eine interessante Verteilung: 34 Probanden (71%) entnahmen ihr Wissen Broschüren, Literatur und Flyern. 5% wurden durch das Fernsehen informiert, 2% durch den Anstaltsarzt, 2% bzw. 9% durch die Mitarbeiter dieser wissenschaftlichen Untersuchung oder durch Freunde und 5% wurden durch einen externen Arzt, meist den Hausarzt, aufgeklärt (Abb. 17).

Abb. 17: Woher bezogen Sie Ihre Informationen über Hepatitis und HIV? Zeitraum L2



(n=73)

6.5 Sprizentauschteilnehmer

Hinsichtlich beider Querschnittsuntersuchungen konnten neun zukünftige Sprizentauschteilnehmer in der ersten Querschnittsuntersuchung und davon noch acht Teilnehmer in der zweiten Befragung für diese wissenschaftliche Studie gewonnen werden.

6.5.1 Demographische Daten der Sprizentauschteilnehmer

Die Altersverteilung der Teilnehmer ergab sich wie folgt: Drei Teilnehmer waren 18 bis 29 Jahre alt, einer befand sich in der Altersgruppe 30 bis 34 Jahre, drei Probanden waren 35 bis 39 und zwei 40 bis 46 Jahre alt. Sieben Personen waren deutscher Nationalität, einer war einem europäischen Land zugehörig, ein Insasse kam aus einem nicht-europäischem Land.

Von den erfassten Teilnehmern sind drei als Langzeithäftlinge mit einer Haftzeit von über zehn Jahren einzustufen, drei befinden sich seit mehr als fünf Jahren, zwei seit mehr als zwei Jahren in Haft. Ein Teilnehmer verbringt weniger als zwei Jahre in Haft. Bezüglich des Bildungsstandes zeigte sich das folgende Bild: Sieben Probanden verfügten über einen Schulabschluss und fünf Personen konnten eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen.

6.5.2 Erwartungshaltung von Sprizentauschteilnehmern

Von den neun befragten Teilnehmern gaben vor Beginn des Projekts acht an, sie befänden das Projekt als sinnvoll für die JVA 2. Zur Verlaufsbeurteilung sollte acht Monate später angegeben werden, wie sich die Stimmung in der JVA 2 seit Beginn des Projekts entwickelt habe. Vier Teilnehmer sagten aus, die Stimmung sei insgesamt „gut“, einer beurteilte die Stimmung als „schlecht“ und zwei äußerten „geht so“.

Auf sich persönlich bezogen räumten vor Beginn des Projekts sieben Teilnehmer ein, es sei für sie ein sinnvolles Projekt, nach acht Monaten stieg die Zahl derer, die den Sprizentausch für sich persönlich als sinnvoll erachteten, um eine Person an.

Zu Beginn des Projekts betonten die Teilnehmer insbesondere die Reduktion des Infektionsrisikos als wesentlichen Vorteil (4 von 9). Eine Person sagte aus, dass dann kein Needle Sharing mehr nötig sei. Ähnlich wurde in L2 geantwortet. Fünf sahen den Kernpunkt in der Reduktion des Infektionsrisikos und weiterhin einer diesen in der Chance, kein Needle Sharing mehr praktizieren zu müssen.

Nachteile wurden vor Beginn besonders im Hinblick auf die mangelnde Anonymität und die Gefahr des steigenden Konsums gesehen. Eine Gefahr im Sinne von Spritzen als Waffenersatz wurde tendenziell nicht ins Auge gefasst. Nach einem halben Jahr sah nur ein Proband den Nachteil des eventuell steigenden Konsums. Die übrigen Befragten sahen keine persönlichen Nachteile mehr.

Drei Personen machten bereits vor Beginn des Projekts konkrete Vorschläge: Demnach wurde von zwei Personen mehr Anonymität eingefordert, eine Person verlangte eine räumlich getrennte Unterbringung von intravenös konsumierenden Insassen und Nichtkonsumenten innerhalb der JVA 2. In der Folgebefragung verlangte nur noch ein Proband mehr Anonymität bei gleichen Ausgabeprozeduren, während zwei Probanden die Ausgabe über einen Spritzenautomaten verlangten.

In Parallelität zum Gesamtkollektiv wurden auch die Spriztentschteilnehmer nach ihrer Einschätzung bezüglich der Anzahl von Konsumenten harter Drogen von 100 Insassen befragt. Sechs Teilnehmer sahen 70 bis 90 Personen von 100 insgesamt in Kontakt mit (harten) Drogen. Drei Teilnehmer glaubten, die Anzahl der i.v. konsumierenden Häftlinge würde bei ca. 10 bis 30 von 100 liegen.

Insbesondere unter Nichtkonsumenten besteht eine große Befürchtung vor Infektionserkrankungen. Unter den Teilnehmern stellte sich dies zum Teil ähnlich dar. Vier von acht gaben zu Beginn an, sie würden eine Infektion von Hepatitis B oder C befürchten, dies zeigte sich in der Folgebefragung nur marginal gemindert (4 von 9). Von HIV fühlten sich drei bedroht, zwei gaben die Option „geht so“ an. Ein identisches Ergebnis spiegelte sich in der Folgebefragung wider.

Da sich in diesem Punkt wesentliche Contraargumente vereinen, sollte anschließend beantwortet werden, ob das Spriztentschprojekt zu einem Anstieg des eigenen Konsums harter Drogen führen könnte. Drei der sieben Spriztentschteilnehmer verneinte dies eindeutig. Zwei Teilnehmer gaben dagegen an, dass dies die Folge sein könne.

6.5.3 Akzeptanz des Spriztentschprojekts aus Sicht der Teilnehmer

Die Stimmungslage zwischen Beamten und Insassen wurde nach Angaben der Teilnehmer durch das Projekt nicht negativ beeinflusst. Vier von neun bewerten die Stimmung als nachhaltig gut, nur eine Person als schlecht. Demgegenüber steht die Einschätzung, dass Informationen über Teilnehmer von dem medizinischen Personal zu den Wachbeamten auf der Station gelangen könnten. Sieben von acht sahen dies als sicher und gegeben an. Ein hohes Misstrauen besteht folglich nach wie vor.

Betrachtet man die dokumentierten Ergebnisse und die Eindrücke aus den Gesprächen, sehen die Teilnehmer den größten Vorteil des Projekts im sinkenden Infektionsrisiko. Entgegen der allgemeinen Erwartung würde die Akzeptanz auch bei höherer Anonymität nicht bedeutsam steigen, wie es z. B. durch eine automatengestützte Vergabe der Fall sein würde.

Dem bestehenden Modell kann folglich eine hohe Akzeptanz unter den Teilnehmern bescheinigt werden. Sieben von acht Spritzentauschteilnehmern gaben an, auch in Zukunft an einem Spritzentauschprojekt teilnehmen zu wollen.

6.5.4 Effektivität des Spritzentauschprojekts

Die Effektivität des Projekts sollte sich besonders durch eine signifikante Reduktion des Risikoverhaltens unter den i.v. konsumierenden Insassen bemerkbar machen. Dies erfordert eine deutliche Teilnahmebereitschaft.

Im Vorfeld wurden die Teilnehmer befragt, wie hoch sie die Anzahl der zukünftigen Teilnehmer am Projekt einschätzen würden. Hier zeigten sich größtenteils realistische Einschätzungen. Vier gaben an, die Anzahl könne bei ca. 25 Personen liegen. Zwei sagten, es könnten ca. 50 werden. Jeweils einer gab an, es würden kein Insasse bzw. mehr als 75 teilnehmen. Nach acht Monaten ergab sich eine der Realität angepasste Einschätzung. Diesmal schätzten fünf Insassen die Anzahl der Gesamtteilnehmer auf 25 von 100, während zwei Befragte die Anzahl auf 50 von 100 Personen schätzten.

6.5.4.1 Effektivität des Spritzentauschprojekts: Potentielle Veränderung des Spritzengebrauchs von Spritzentauschteilnehmern zwischen L1 und L2

Vor der Vergabe hatten drei Teilnehmer meist eine Spritze zur Verfügung. Im Verlauf der Vergabe schien es möglich, dass trotz Sanktionen mehr als eine Spritze in den Besitz gebracht werden konnte. In L2 gaben vier Teilnehmer an, sie hätten mehr als eine Spritze zur Verfügung. In L1 waren drei Teilnehmer im Besitz von „nur“ einer Spritze, in L2 waren es zwei. Auf das damit zusammenhängende so genannte Needle Sharing wird im Verlauf des Kapitels noch näher eingegangen werden.

6.5.4.2 Effektivität des Spritzentauschprojekts

Veränderungen des Konsumverhaltens der Spritzentauschteilnehmer durch die Spritzenvergabe (Freiheit versus L1 versus L2):

Alkohol:

Vier der neun Befragten konsumierten in Freiheit täglich Alkohol. Hinsichtlich der Menge wurden überwiegend drei bis vier Trinkeinheiten pro Tag angegeben, wobei eine Trinkeinheit ca. 60 g Alkohol entspricht. Zwei Insassen konsumierten unregelmäßig Alkohol in Freiheit. Rückblickend auf die letzten acht Monate innerhalb der Anstalt

verneinten zwei Teilnehmer jeglichen Alkoholkonsum innerhalb der Vollzugsanstalt und sieben gaben an, noch nie Alkohol konsumiert zu haben. Keine Veränderung stellte sich diesbezüglich in der zweiten Befragung heraus. Alle acht Teilnehmer verneinten Alkoholkonsum in den letzten Monaten vor dem Interview.

Cannabis:

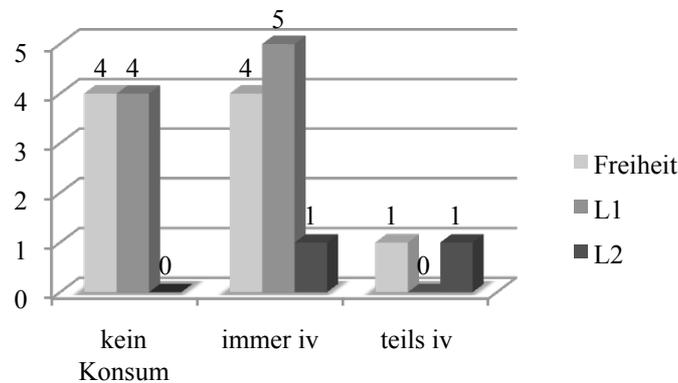
In Freiheit nahmen sieben von neun Befragten regelmäßig Cannabis ein. Davon konsumierten vier täglich die Droge. Innerhalb der JVA 2 konsumierten sogar sechs von neun täglich Cannabis.

Hier ergab sich nach acht Monaten nur eine nicht-signifikante Reduktion auf vier Personen, die täglich Cannabis konsumierten. Jedoch gab es auch zwei Insassen, welche zumindest mehrmals in der Woche Cannabis zu sich nahmen.

Heroin:

Heroin ist die bevorzugte Substanz unter den so genannten „harten Drogen“. Unter den neun Befragten in L1 gaben fünf an, in Freiheit täglich Heroin konsumiert zu haben; vier hatten dies noch nicht getan. Von den fünf Konsumenten gaben dann vier an, sie hätten das Heroin immer i.v. konsumiert, einer äußerte, er konsumiere nicht-intravenös. In der Haftanstalt sank der Konsum erwartungsgemäß ab. Ein Insasse gab einen täglichen Konsum an, drei noch mehrmals wöchentlich und einer mehrmals im Monat. In L2 zeigte sich ein erstaunliches Bild unter den befragten Tauschteilnehmern. Demnach würde von den Tauschteilnehmern nur eine Person mehrmals im Monat Heroin konsumieren, ein weiterer sagte, es sei noch viel seltener. Sechs von acht verneinten den Konsum von Heroin in der JVA 2. Eine Person äußerte hinsichtlich der Applikationsform „immer i.v.“, der zweite Proband gab „manchmal i.v. Konsum“ an (Abb. 18).

Abb. 18: Applikationsform bei Heroinkonsum, STP-Teilnehmer, Freiheit-L1-L2

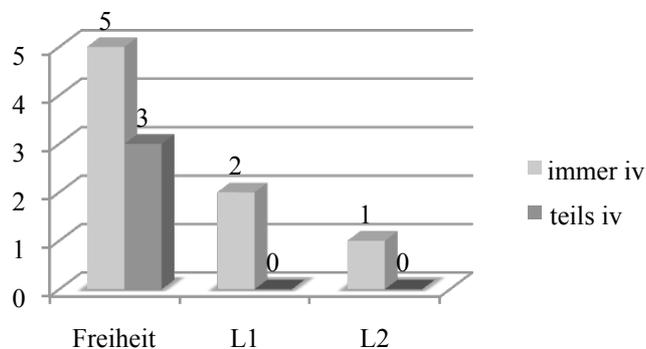


(n=9)

Kokain:

Ähnlich dem Heroinkonsum gaben sechs von sieben Teilnehmern in L1 an, sie hätten in Freiheit täglich bis mehrmals pro Woche Kokain konsumiert. Von den sechs Konsumenten bejahten fünf einen intravenösen Konsum zum Zeitpunkt L1 (Abb. 19). Während der Haft gaben dann noch zwei einen regelmäßigen Kokainkonsum an. Die übrigen hätten kein Kokain innerhalb der Haft konsumiert. In L2 konnte dann noch ein Kokainkonsument (Konsum innerhalb der letzten sechs Monate vor der Befragung) identifiziert werden. Dieser gab zudem einen i.v. Konsum an.

Abb. 19: Applikationsform bei Kokainkonsum, STP-Teilnehmer, Freiheit-L1-L2



(n=9)

Crack:

Crack (grundsätzlich geraucht) wurde von zwei Insassen in Freiheit regelmäßig eingenommen. Unter Haftbedingungen wurde von keinem der Befragten ein Crackkonsum angegeben.

Illegales Methadon:

In Freiheit nahmen drei der neun Teilnehmer illegal Methadon zu sich. Drei befanden sich in einem staatlich-legalem Substitutionsprogramm.

Obwohl dies ein Ausschlusskriterium für Sprizentauschteilnehmer darstellte, nahmen zum Untersuchungszeitraum L1 zwei Teilnehmer auch Methadon (mehrmals pro Woche) zu sich. In L2 wurde mit dem Argument des Ausschlusskriteriums, Spritzenvergabe und Methadonkonsum waren laut Anordnung nicht zu vereinen, geantwortet und infolge dessen ein Methadonkonsum von allen verneint.

Codein, Benzodiazepine, Ecstasy:

Ein Befragter in L1 gab den Konsum von Codein und Benzodiazepinen in der JVA an. Ecstasy wurde nicht konsumiert. In Freiheit gab es einen Teilnehmer, der regelmäßig Ecstasy einnahm und je sechs Teilnehmer, die mehrmals die Woche Benzodiazepine, und drei Insassen, die regelmäßig Codein in Freiheit ohne ärztliches Rezeptieren einnahmen.

Acht Monate später fand sich in L2 kein weiterer Ecstasykonsument, zwei Insassen nahmen weiterhin regelmäßig Codein und Benzodiazepine (illegal) zu sich.

6.5.4 Infektionsprävalenzen und Serokonversion

Acht der neun untersuchten Sprizentauschteilnehmer waren sich nach eigenen Angaben sicher, bislang einen negativen HIV-Titer vorweisen zu können, eine Person konnte keine Angaben machen. Hinsichtlich einer eventuell erlittenen Hepatitis-B-Infektion hatten vier von neun bereits eine akute oder chronische Entzündung in der Vergangenheit gehabt, eine Person wusste von einer durchgemachten Hepatitis, konnte aber keine genaueren Angaben machen. Zwei Personen verneinten eine Hepatitisinfektion.

Innerhalb der ersten Untersuchung prüften wir demnach die serologischen Titer der Insassen und somit auch der Tauschteilnehmer.

Zwei der fünf Spritzentauschteilnehmer wurden nach Aktenlage als Hepatitis B-positiv identifiziert. Akut-Fälle wurden nicht dokumentiert.

Als Hepatitis-C-positiv fanden sich nach Aktenstudium drei von sechs Teilnehmern, in der L1 Untersuchung wurde die Serologie von drei anamnestisch-seronegativen oder vom Serostatus her unbekanntem Teilnehmern geprüft. Hier fanden sich die bereits erwähnten zwei Neuinfektionen von HCV. In L2 wurden dann noch ein Teilnehmer auf Hepatitis-C untersucht, diese Testung fiel negativ aus.

Bei sieben nach Aktenlage bekannten und acht nochmals in L1 untersuchten Teilnehmern konnten keine HIV-positiven Befunde festgestellt werden. Auch in der Folgeuntersuchung L2 wurden keine HIV-positiven Insassen unter den Teilnehmern identifiziert.

6.5.5 Veränderung des Risikoverhaltens / Risikobewusstseins im Rahmen des Projektverlaufs unter den Spritzentauschteilnehmern

Hierbei stehen die Auswirkungen des Programms auf das sogenannte „Needle Sharing“ im Mittelpunkt.

Drei Insassen praktizierten zum primären Erfassungszeitraum immerhin täglich den Austausch von Spritzenutensilien mit weiteren Insassen, ein anderer tat dies noch mehrmals im Monat, einer mehrmals die Woche. Eine Spritze wurde im Durchschnitt mehr als dreimal von drei Teilnehmern und von weiteren drei Teilnehmern ca. zweimal gebraucht. Im Laufe der Zeit kam es zu einer zeitlichen Fluktuation, denn eine aktive Weitergabe der kontaminierten Spritze erfolgte in L2 nun mehrmals in der Woche und nicht, wie in L1, fast täglich.

Jedoch zeigte sich, dass die Teilnehmer einen Tausch untereinander förderten. Vier Insassen sagten in L2 aus, sie würden die Spritze aus dem offiziellen Tausch in der Regel mehrmals in der Woche an andere Konsumenten weitergeben.

Die Anzahl der beteiligten Insassen pro Spritze sank tendenziell im Verlauf des Projekts. In L1 waren bei drei Teilnehmern noch durchschnittlich mehr als drei weitere Konsumenten an einer Spritze beteiligt, in L2 sagte noch ein Teilnehmer aus, es würden

durchschnittlich drei Personen eine gemeinsame Spritze gebrauchen. Die weiteren gaben die Spritze meist an einen anderen Insassen zum Gebrauch weiter.

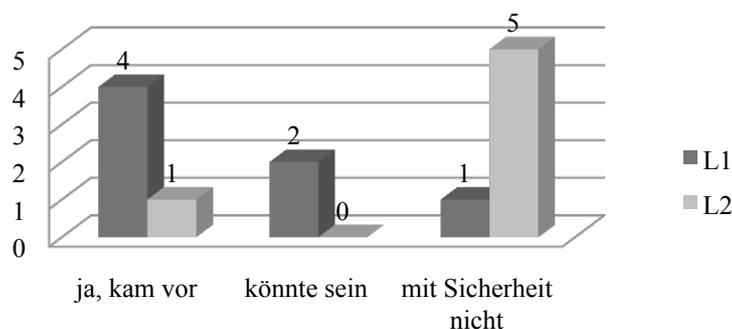
Wesentlicher Punkt ist, dass in L2 bei drei Teilnehmern keine weiteren Personen an deren Spritze beteiligt sein sollten. Von da her zeigte sich zwar eine geringe Reduktion von Mitkonsumenten mit direkten Kontakt zur kontaminierten Spritze, jedoch auch die Bestätigung, dass die offiziell ausgegebenen Spritzen zur illegalen Weitergabe und somit dem illegalen Drogenkonsum dienten. Eine Ergänzungsfrage in L2 förderte zudem zutage, dass zwei der acht Befragten ihre Spritzen nahezu immer stellvertretend durch Dritte tauschen ließen.

6.5.5.1 Risikobewusstsein

Ein Risikobewusstsein war jedoch bei der überwiegenden Zahl der Untersuchten vorhanden. So sahen fünf von sieben Teilnehmern durchaus eine erhöhte Infektionsgefahr bei der Praxis des Needle Sharing. Alle Teilnehmer befürchteten die Infektion mit dem HI-Virus. Acht Monate später zeigte sich diesbezüglich ein nahezu identisches Ergebnis: Erneut gaben fünf von sieben Personen an, eine Infektion durch das praktizierte Verhalten zu riskieren.

Als Grundlage der Befürchtungen dienten die folgenden Fakten: Vier Insassen sagten in L1 aus, sie hätten in der Vergangenheit bereits sicher mit Hepatitis-positiven Insassen Needle Sharing betrieben, bei zwei Teilnehmern könnte es eventuell vorgekommen sein (Abb. 20). Wissentlich hatte in L2 aber keiner mit einem bekannt HIV-infizierten Insassen Spritzenutensilien geteilt. Jedoch gab ein Teilnehmer in L1 an, dies könnte geschehen sein.

Abb. 20: Haben Sie Ihre Spritze bereits einmal mit sicher Hepatitis-positiven Insassen geteilt? L1 vs. L2



Eine Reinigung der Spritze wurde von fünf Personen regelmäßig nach Gebrauch durchgeführt (L1). Ähnlich unbedarft wie bei der Weitergabe der Spritzen verhält es sich mit dem Austausch weiterer Fixerutensilien, wie z. B. der Löffel. Innerhalb der JVA gibt es offiziell nur „gelöcherte“ Löffel, welche einen Missbrauch als Spritzenequipment unmöglich machen.

Initial gab in L1 ein Teilnehmer an, seinen Löffel an andere Insassen weiter zu reichen, zwei Teilnehmer gaben manchmal ihren kontaminierten Löffel an andere Insassen weiter. In der L2-Befragung sagten zwei aus, sie hätten ihren Löffel innerhalb der letzten Monate bereits an andere Insassen weitergegeben.

6.5.5.2 Weitere Risikofaktoren bei Spritzentauschteilnehmern

Tätowiert waren fünf der neun befragten Teilnehmer, wobei drei Teilnehmer mindestens drei Tätowierungen aufwiesen. Alle Fünf hatten sich die Tätowierung im Rahmen des Aufenthaltes in Anstalt 2 stechen lassen. In der L2-Befragung sollte herausgefunden werden, ob innerhalb der letzten acht Monate eine weitere Tätowierung erfolgte. Dies konnte allerdings verneint werden.

Piercings konnten bei einem der untersuchten Spritzentauschteilnehmer festgestellt werden. Dieses Piercing erhielt jener nach seinen Angaben innerhalb der Haftanstalt. Zum Zeitpunkt L2 fanden sich keine neu hinzugekommenen Piercings.

Geschlechtsverkehr in den letzten acht Monaten wurde durch einen Teilnehmer bestätigt. Dieser soll mit Kondom und nicht im Rahmen eines homosexuellen Kontaktes entstanden sein. Über die retrospektive Zeitspanne von acht Monaten hinaus gaben noch drei Teilnehmer Geschlechtsverkehr innerhalb der JVA 2 an. Fünf erklärten, dass der letzte Geschlechtsverkehr außerhalb der Anstalt erfolgt sei (dies bezieht Hafturlaub mit ein).

Bei der Kontrollbefragung L2 wurde kein GV im letzten halben Jahr angegeben (Tab. 3).

Tab. 3: Weitere Risikofaktoren bei STP-Teilnehmern (n in Klammern), Zeitraum L1

Anzahl der Tätowierungen	1 Tattoo (0)	2 Tattoo (0)	3 Tattoo (2)	Mehr als 3 Tattoo (3)
Ort der Tätowierung	JVA 2 (5)	Vorherige Anstalt (0)	-	-
Tätowierung in den letzten 6 Mon.	keine	-	-	-
Piercing in Haft	Ja (1)	Nein (8)	-	-
Piercing in den letzten 6 Monaten	Ja (0)	Nein (9)	-	-
GV in den letzten 6 Monaten	Ja (1)	Nein (7)	-	-
GV in welcher Anstalt	JVA 2 (3)	Außerhalb(5)	-	-
Homosex. GV in den letzten 6 Mo.	Nein	Nein (6)	-	-
Kondoms beim GV	Ja (2)	Niemals (6)	-	-

6.5.6 Negative Begleiterscheinungen des Spritzentauschprojekts

„Könnten Nichtkonsumenten durch den Spritzentausch zum intravenösen Konsum motiviert werden?“, wurden die Teilnehmer gefragt. Vor Einführung sagten von den acht Befragten sechs aus, dies werde nicht erfolgen, zwei hielten es für möglich. Nach acht Monaten schätzten drei Teilnehmer, dass das Projekt einen Einstieg erleichtern würde und nur noch vier Teilnehmer hielten dies für unmöglich.

Noch zurückhaltender war die Einschätzung, ob eventuell nichtintravenös konsumierende Insassen von harten Drogen nun intravenös konsumieren würden. Sieben von neun verneinten dies primär. Etwas gedämpfter war das Meinungsbild acht Monate später: Noch drei Insassen waren dieser Meinung. Vier sagten diesmal „ja, Blehraucher würden zum i.v. Konsum verleitet werden.“

Wesentlich diffiziler war die Einschätzung der Tauschteilnehmer, ob das Projekt (unerwünscht) den persönlichen Konsum harter Drogen vorangetrieben habe. Drei Insassen gaben an, dass dies sicher oder aber eventuell der Fall gewesen sei. Demgegenüber verneinten drei Teilnehmer diese These und hielten eine Konsumsteigerung durch die Spritzenvergabe für nicht möglich.

Insbesondere bei den Nichtkonsumenten und Mitarbeitern zeigte sich im Vorfeld die Befürchtung, mit der Einführung von nahezu frei zugänglichen Spritzen könnten diese als Waffen umfunktioniert werden. Unter den Sprizentauschteilnehmern kalkulierten zwei Personen eindeutig und zwei weitere im Sinne eines „geht so“ die Möglichkeit ein, dass Spritzen innerhalb der JVA verstärkt auch als Waffen gebraucht werden könnten.

Bei der zweiten Befragung konnte der erste realistische Eindruck gewonnen werden. Ein Insasse sah auch acht Monate später noch die Gefahr der Bedrohungssituation durch Spritzen, alle anderen befragten Teilnehmer sahen dies als weniger oder auch gar nicht gegeben an. Konkrete Bedrohungssituationen wurden nicht geschildert.

6.5.6.1 Veränderung des medizinischen Befundes

Zur weiteren Beurteilung negativer Begleiterscheinungen wird im Folgenden der erhobene ärztliche Untersuchungsbefund hinzugezogen. Dieser Befund wurde in beiden Querschnittsuntersuchungen erstellt.

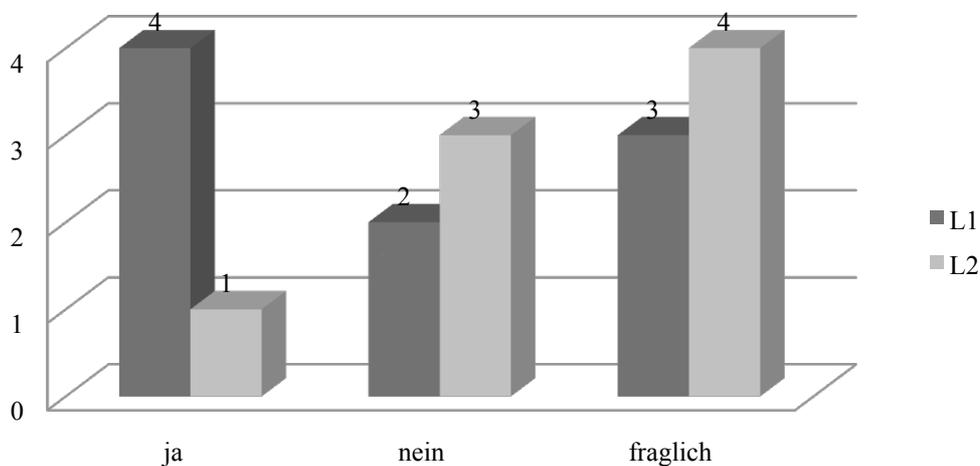
Hinsichtlich frischer Nadeleinstichstellen konnten - wie erwartet - in L1 bei allen Teilnehmern einzelne (ein Teilnehmer) bis zu multiplen (fünf Teilnehmer), zum Teil frische Injektionsstellen nachgewiesen werden. Diese fanden sich überwiegend im Cubitalbereich, jedoch auch vereinzelt im Bereich beider Leisten (bei zwei Teilnehmern). Zwei Insassen verweigerten die körperliche Untersuchung, bei einem fanden sich keine Nadeleinstichstellen. In der L2-Untersuchung ließen sich acht Teilnehmer mit multiplen, frischen Injektionsstellen finden. Die Lokalisationen stimmten mit der Erstuntersuchung überein.

Hinsichtlich chronischer (alter) Nadeleinstichstellen konnten primär sieben Teilnehmer mit entsprechenden Mustern untersucht werden: Zwei Teilnehmer wiesen keine chronischen oder alten Stichstellen auf. Auch in diesem Bereich kam es zu einer leichten Zunahme der negativen Begleiterscheinungen. Zum späteren Untersuchungszeitpunkt konnten bei allen acht untersuchten Teilnehmern ebenfalls ältere/chronische Nadeleinstichstellen und Narben diagnostiziert werden.

Frische Abszesse an multiplen Lokalisationen fanden sich bei zwei Teilnehmern, Abszessnarben bei einem Insassen. Acht Monate später konnte bei keinem der Spritzentauscheteilnehmer ein frischer Abszess im Rahmen der körperlichen Untersuchung festgestellt werden. Die Abszessnarben konnten bei einem Probanden im Rahmen der klinischen Untersuchung erkannt werden.

Anhand des klinischen Eindrucks und einer orientierend neurologischen Untersuchung sollte seitens des Arztes festgestellt werden, inwiefern eine aktuelle Intoxikation erkennbar sei (Abb. 21).

Abb. 21: Wirkt der Proband intoxikiert? STP-Teilnehmer, L1 vs L2



Dieser kurze Test setzte sich aus dem Gesamteindruck, der Sprachmotorik, der Pupillenreaktion, dem Romberg-Stehversuch, der Finger-Nase-Probe und der vegetativen Begleitsymptomatik zusammen. Dabei wirkten vier von neun untersuchten Teilnehmer in L1 akut, drei Teilnehmer fraglich intoxikiert. In L2 wirkte ein Insasse deutlich intoxikiert, vier Teilnehmer fraglich und bei drei Teilnehmern ergaben sich klinisch keine Hinweise auf eine akute Intoxikation.

Im Einzelnen zeigte sich bei vier (L1) bzw. fünf Teilnehmern (L2) eine verwaschene Sprache; jeweils fünf (L1 und L2) Teilnehmer hatten eine auffallende Pupillenreaktion (enggestellte Pupillen ohne Lichtreaktion). Weiterhin ließen sich bei jeweils zwei Personen erheblich gerötete Bindehäute feststellen, nur bei jeweils einem Teilnehmer in L1 und L2 eine auffällige Schleimhautsekretion (Tab. 4).

Tab. 4: Klinische Untersuchungsbefunde, STP-Teilnehmer, L1 vs. L2

Befund	L1	L2
Pupillenweite	Eng (5)	Eng (5)
	Mittel (1)	Mittel (3)
Romberg	Auffällig (1)	Auffällig (0)
Stehversuch	Unauffällig (8)	Unauffällig (8)
Fingerprobe	Auffällig (1)	Auffällig (0)
	Unauffällig (8)	Unauffällig (8)
Verwaschene Sprache	Ja (4)	Ja (5)
	Nein (5)	Nein (3)
Auffällige Bindehäute	Gerötet (2)	Gerötet (2)
	Unauffällig (5)	Unauffällig (6)
Auffällige Schleimhaut-Sekret.	Ja (1)	Ja (1)
	Nein (8)	Nein (7)

6.5.7 Perspektivische Einschätzung der Spritzentauschteilnehmer

Initial sollte beantwortet werden, ob jemals ein Kontakt zu einer Drogenberatungsstelle bestand. Dies bestätigte sich bei sieben von neun befragten Teilnehmern. Der letzte Kontakt bestand bei drei Insassen innerhalb der letzten zwölf Monate, fünf weitere Insassen hatten in den vorangegangenen 24 Monaten Kontakt zu einer Beratungsstelle. Es zeigte sich außerdem, dass sechs Teilnehmer (34%) regelmäßigen Kontakt zu einer Beratungsstelle in Freiheit hielten. Fünf Teilnehmer (60%) waren auch innerhalb der JVA 2 zum Zeitpunkt L1 in stetigem Kontakt zur medizinischen Drogenberatung. Zum Zeitpunkt L2 stieg die Anzahl derjenigen Teilnehmer, die sich innerhalb der JVA 2 zwar nicht regelmäßig an die Drogenberatungsstelle richteten, jedoch zumindest häufiger, auf sechs Teilnehmer (75%) an.

Darüber hinaus blickend könnten sich drei Teilnehmer (42%) vorstellen, sich auch in Zukunft einer Drogenberatungsstelle zuzuwenden. Vier (58%) sagten eindeutig aus, dass sie sich auch in Zukunft nicht an eine Beratungsstelle wenden würden.

Dagegen spricht die Aussage, dass fünf von sieben Teilnehmern die Beratung innerhalb der JVA 2 als Unterstützung empfanden.

Zukunftsweisend wurde im Rahmen der zweiten Querschnittsuntersuchung die Frage gestellt, ob die Möglichkeit eines Endes des Konsums realistisch sei. Drei Teilnehmer (60%) hielten das Ende eines Drogenkonsums für denkbar, ein weiterer Insasse sah dies als eventuell möglich an (20%). Falls ja, wann wäre dies realistisch betrachtet möglich? Nur ein Teilnehmer (25%) sah innerhalb der Haft eine reelle Chance zum Ausstieg. Drei Teilnehmer (50%) sahen, wenn überhaupt, erst nach Entlassung eine Möglichkeit. Eine identische Frage wurde auch in der L1-Befragung gestellt. Es zeigte sich dasselbe Ergebnis.

Abschließend sollte die inzwischen bundesweit verlaufende, heroingestützte Behandlung opiatabhängiger Patienten beurteilt werden. In der ersten Befragung gab es eine zurückhaltende Resonanz. Je drei Teilnehmer befürworteten die Behandlung (50%), drei Teilnehmer lehnten sie ab. Ein anderes Bild zeigte sich acht Monate später. Fünf Teilnehmer (75%) hielten die Idee für sehr gut und praktikabel, einer urteilte mit „mittelmäßig“ und ein weiterer Proband fand die Idee „schlecht“.

6.5.8 Analyse der Spritzenvergabe in der Praxis

Bezüglich der Analyse der Vergabe und Tauschpraxis konnten acht Teilnehmer des Programms herangezogen werden. Der Erfassungszeitraum betrug ein halbes Jahr.

Zunächst sollte herausgefunden werden, wann nach Beginn des Projekts der aktive Tausch stattgefunden habe. Vier Befragte begannen sofort zum offiziellen Beginn mit dem Spritzenaustausch, zwei einen Monat später, ein weiterer Insasse führte den ersten aktiven Tausch nach acht Monaten durch. Eine Unterbrechung der Teilnahme konnte nur bei einem Konsumenten verzeichnet werden.. Die Gründe für die viermonatige Unterbrechung sind nicht bekannt.

Des Weiteren wurde die Anzahl der Tauschereignisse pro Insasse dokumentiert.

Bei vier Insassen konnte aufgrund fehlender Aussagen keine statistische Auswertung erbracht werden. Bei einem Teilnehmer sind drei Ereignisse dokumentiert, ein anderer tauschte insgesamt 15-, ein Insasse 16- und ein weiterer 20-mal seine Spritze.

Mehrfachtauschereignisse, also das Abholen mehrerer Spritzenbehältnisse, bei lediglich Rückgabe von einer kontaminierten Spritze, wurde einmal registriert, wobei dieses Vorgehen jedoch grundsätzlich eine Sanktionierung zur Folge hätte haben müssen.

Behauptungen des Spritzenverlustes wurden bei je zwei Teilnehmern einmalig registriert und ein Teilnehmer behauptete viermal, die Spritze sei abhanden gekommen bzw. gestohlen worden.

6.6 Analyse von Insassen mit Methadonsubstitution

6.6.1 Grundlegende Daten – Methadon-Substitution in der JVA 2

Insgesamt konnten 13 Insassen, die sich über die acht Monate des Betrachtungszeitraumes in dem anstaltsinternen Methadon-Substitutionsprogramm befanden, beobachtet werden.

6.6.2 Demographische Daten der Methadonsubstituenten

Das Altersverteilungsmuster gestaltete sich wie folgt: sechs Insassen waren zwischen 18 und 29 Jahren alt, jeweils zwei zwischen 30 und 34, 59 bis 39 und drei Insassen waren 40 bis 64 Jahre alt. Sieben der 13 erfassten befanden sich bereits seit über zehn Jahren in Haft und gelten somit als Langzeithäftlinge.

Bezüglich des Bildungsniveaus können zwölf einen Schulabschluss vorweisen, jedoch nur sechs eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Tab. 5: Demographische Daten der erfassten Methadonsubstituierten (n in Klammern)

Nationalität	Deutsch (13)	internationale Herkunft (0)
Anzahl der Haftjahre	>5 Jahre (6)	>10 Jahre (7)
Erfolgreicher Schulabschluss	Ja (12)	Nein (1)
Erfolgreiche Berufsausbildung	Ja (6)	Nein (7)

In einem Methadon-Programm befanden sich fünf Befragte bereits seit mehr als fünf Jahren. Dagegen waren vier Personen erst seit einem bis acht Monaten in einem solchen Programm, wobei es belanglos war, ob der Insasse bereits anstaltsextern in einem Programm eingeschrieben war.

6.6.3 Analyse der Methadonvergabe und negative Begleiterscheinungen

Die Vergabe von Methadon in der JVA 2 erfolgte täglich. Dies wurde von zwölf der 13 Personen in Anspruch genommen. Ein Insasse bezog mehrmals in der Woche, aber nicht täglich Methadon. Die Methadonmenge variierte zwischen 8 bis 25 ml. Die Portionierung erfolgte automatisiert und das Methadon musste in Gegenwart einer Pflegekraft eingenommen werden.

Im Vergleich zur (eventuell) vorherigen JVA sollten Angaben erfolgen, inwiefern sich eine Änderung der verschriebenen Methadonmenge und der Frequenz ergeben hatte. Dazu sagte ein Substituent, er habe in der vorherigen Anstalt häufiger und mehr Methadon konsumiert, bei einem weiteren Insassen zeigte sich keine Veränderung und vier hätten in der vorherigen JVA bzw. in Freiheit kein Methadon zu sich genommen.

Vor Haftbeginn war bereits der größte Teil der in dieser Analyse befragten Insassen in einem Methadon-Programm, brachen dieses aber häufig ab.

Die Gründe für den Abbruch gestalteten sich vielfältig: Eine Person wurde wegen intravenösem Beikonsum suspendiert. Dass der „kick“ des Methadons nicht ausreiche und deshalb bevorzugt Heroin konsumiert werden würde, gab keiner der Befragten an.

In einer vorangegangenen Haftanstalt, häufig der Untersuchungshaft mit strengeren Auflagen, waren vier Insassen nicht in einem Methadon-Programm, ein Insasse bekam sogar mehr Methadon verordnet als zum aktuellen Zeitpunkt in JVA 2, ein weiterer erhielt weniger Methadon als in der vorhergehenden Anstalt.

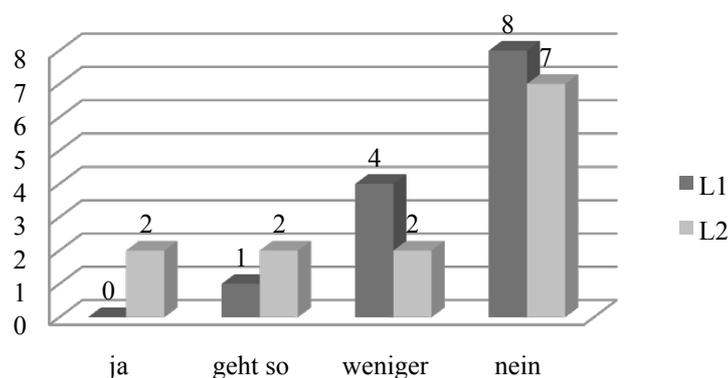
Eine Suspendierung in der jetzigen JVA 2 erlebte ein Insasse aufgrund eines entdeckten Beikonsums. Weitere Angaben hinsichtlich der Substanz oder der näheren Umstände wurden durch den Probanden nicht gemacht.

Der illegale Beikonsum stellte sich im Rahmen der zweiten Befragung auffallend dar. Acht Substituierte (62%) gaben täglichen Beikonsum an, nur zwei Insassen (38%) sagten aus, sie hätten nie illegalen Nebenkonsum.

Ein negativ geäußerter Aspekt betrifft die Angst vor einer erhöhten Gefahr durch eine hohe Zahl an Spritzen innerhalb der JVA als Waffe oder Bedrohungsobjekt. Zum Zeitpunkt L1 waren acht Methadonsubstituenten der Meinung, dass keine größere Gefahr entstehe. Eine Person schätzte die Möglichkeit als gegeben ein. Acht Monate

später bot sich ein identisches Bild. Sieben Probanden waren der Überzeugung, es würde sich keine größere Gefahr durch die erhöhte Anzahl von Spritzen ergeben, vier schätzten es als eher unwahrscheinlich ein. Ein Proband urteilte mit „geht so“. Gefahrensituationen mit Spritzen als Waffe oder als Bedrohungsobjekt erlebte keiner der Befragten zu einem Zeitpunkt (Abb. 22).

Abb. 22: Geht jetzt (durch das STP) eine grössere Gefahr von Spritzen aus? Methadonsubstituierte, L1 vs. L2



6.6.4 Erwartungshaltung und Einstellung gegenüber dem Projekt

Zur initialen Befragung L1 sollten die 13 Methadonsubstituenten ihre Meinung und Erwartungshaltung gegenüber dem Spritzentauschprojekt darstellen.

Als sinnvollen und somit positiven Aspekt sahen zehn der 13 Probanden das Projekt im Allgemeinen für die JVA 2 an. Davon befanden noch fünf das Projekt als für sie auch persönlich sinnvoll, ohne zunächst auf nähere Gründe einzugehen. Drei beurteilten die Sinnhaftigkeit mit einem „geht so“.

Ein Substituent könnte sich konkret vorstellen, in Zukunft an dem Spritzentauschprogramm teilzunehmen und folglich aus dem anstaltsinternen Methadon-Programm auszusteigen. Vier hielten dies zumindest für möglich.

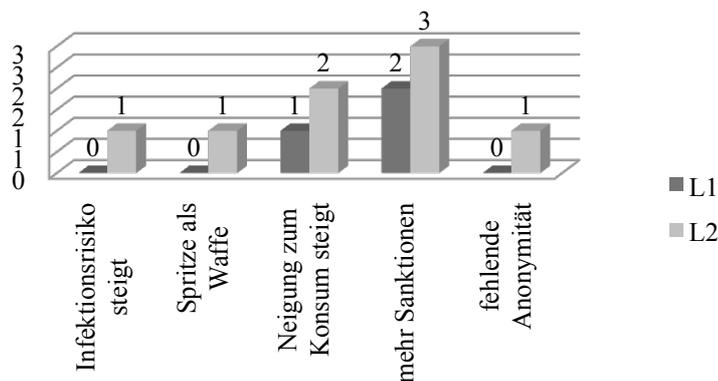
Als interessant stellt sich hier die beobachtete Veränderung zwischen L1 und L2 dar. In der zweiten Befragung waren einige vormals offensichtlich skeptische Probanden nunmehr der Meinung, sie könnten sich doch vorstellen, in Zukunft an dem Projekt teilzunehmen. Hier zeigt sich eine Wanderung von drei Probanden zu einer positiven Antwort, während ein Insasse, der zuvor mit „vielleicht“ antwortete, in L2 eine negative Antwort abgab.

Bei insgesamt positiver Grundstimmung sollte zu Beginn beantwortet werden, wie sich die Vorteile des Projekts konkret darstellen könnten.

Fünf Befragte sahen den Vorteil eindeutig in dem sinkenden Infektionsrisiko, eine Person sagte direkt, dass somit kein „Needle Sharing“ mehr notwendig sei. In L2 stellten später sieben Methadonsubstituenten die Vorteile durch das sinkende Infektionsrisiko heraus.

Parallel sollten mögliche Nachteile bedacht werden. Hierbei erklärte eine Person, sie rechne mit einem Konsumanstieg durch die Vergabe von Spritzen, zwei Insassen rechneten in L1 eher mit einer Zunahme der Sanktionen und Zellendurchsuchungen. In L2 waren sogar drei Insassen dieser Meinung (Abb. 23).

Abb. 23: Welche Nachteile beinhaltet das STP? Methadonsubstituierte, L1 vs. L2



Mit einer Schätzfrage in L1 und L2 sollte beleuchtet werden, wie sich die Erwartungshaltung (und später die Akzeptanz) zu dem Projekt ausdrückte.

Sieben der 13 Probanden rechneten vor dem Tauschprogramm mit ca. 25 Teilnehmern, je zwei Insassen vermuteten 50 Teilnehmer. Vier Substituenten sagten aus, sie würden mit 75 oder nahezu allen rechnen, die an dem Projekt teilnehmen würden. Wesentliche Veränderungen in diesen Einschätzungen zeigten sich im Vergleich von L1 und L2 nicht.

„Könnten Nichtkonsumenten nun zum intravenösen Konsum verleitet werden?“ Neun Teilnehmer sagten dazu in L1 eindeutig, dies wäre nicht möglich, drei „ja, eine Verleitung zum i.v. Konsum ist denkbar“. Etwas weniger eindeutig fiel die Beurteilung

nach acht Monaten aus. Sieben gaben „nein“ an, nur zwei Methadonteilnehmer hielten dies für möglich.

Weniger eindeutig fällt auch die Beurteilung aus, ob bis dahin nichtintravenös konsumierende Insassen harter Drogen nun zum i.v. Konsum harter Drogen verleitet werden könnten. Fünf sagten „ja, das könne passieren“, drei hielten es für möglich und fünf verneinten diese Frage eindeutig. Bei identischer Fragestellung bezogen die Methadonsubstituenten in der zweiten Befragung eine ähnliche Position.

Fünf Teilnehmer waren der Meinung, das Tauschprogramm verleite mit Sicherheit bisher nicht-i.v. konsumierende Insassen zum intravenösen Konsum; zwei sahen dies als weniger gegeben an. Sechs von 13 waren fest der Meinung, das Projekt würde „Sniefer“ nicht zum i.v. Konsum verleiten.

Kann damit gerechnet werden, dass Methadonsubstituenten sich nun aufgrund des ausreichenden Angebotes an Spritzen auch zum intravenösen Konsum verleitet sehen? Dies stellt eine der skeptisch gesehenen Thesen in Bezug auf das Gesamtprojekt dar. Insgesamt sahen sich in L1 und L2 zwei Methadonteilnehmer eventuell zum intravenösen Konsum verleitet. Die Mehrheit der Insassen im Methadonprogramm (acht Personen) sah keine Gefahr, nun zum i.v. Konsum verleitet zu werden. In L1 und L2 ergaben sich keinerlei Veränderungen hinsichtlich dieser These.

6.6.5 Nachteilige Effekte durch das Projekt auf Methadon-substituierte Insassen

Hierbei steht insbesondere der klinisch/medizinische Befund im Vordergrund, in wieweit es unter dem Aspekt der körperlichen Untersuchung zu einer Zunahme negativer, körperlicher Begleiterscheinungen kam.

Frische Nadeleinstichstellen fanden sich in der ersten Untersuchungsphase bei insgesamt drei Probanden, wobei sich hinsichtlich des Verteilungsmusters die meisten Einstichstellen an den oberen und unteren Extremitäten zeigten.

In L2 ließ sich keine Zunahme an frischen Einstichstellen feststellen. Weiterhin wurden bei drei Substituierten frische (einzelne und multiple) Nadeleinstichstellen gefunden, in Analogie bevorzugt an den oberen und unteren Extremitäten.

Ältere oder vernarbte Einstiche konnten in der primären Untersuchung bei zwölf von 13 Probanden erhoben werden. Im Verlauf konnten in L2 noch sieben Methadonteilnehmer mit älteren oder vernarbten Nadeleinstichstellen erkannt werden.

Frische Abszesse oder auch Abszessnarben fanden sich zu beiden Untersuchungszeitpunkten bei keinem der untersuchten Teilnehmer.

Der orientierend neurologische Befund mit Begutachtung der Pupillenreaktion, Romberg-Stehversuch sowie vegetativen Begleitsymptomen ergab in der ersten Untersuchungsphase den Verdacht auf acht akut intoxikierte Probanden. In der L2-Untersuchung wurde aus den medizinischen Befunden gefolgert, dass mindestens neun Methadonteilnehmer akut intoxikiert wirkten (Tab. 6).

Tab. 6: Klinischer Untersuchungsbefund, Methadonsubstituierte, L1 vs. L2

Befund	L1	L2
Pupillenweite	Eng (9)	Eng (6)
	Mittel (4)	Mittel (7)
Romberg Stehversuch	Auffällig (3)	Auffällig (1)
	Unauffällig (10)	Unauffällig (12)
Fingerprobe	Auffällig (4)	Auffällig (1)
	Unauffällig (9)	Unauffällig (12)
Verwaschene Sprache	Ja (4)	Ja (5)
	Nein (5)	Nein (3)
Auffällige Bindehäute	Gerötet (5)	Gerötet (1)
	Unauffällig (8)	Unauffällig (12)
Auffällige Schleimhautsekret.	Ja (2)	Ja (1)
	Nein (11)	Nein (12)
Frische Nadeleinstichstellen	Einzelne (1)	Einzelne (1)
	Multiple (2)	Multiple (2)
Ältere Nadeleinstichstellen	Einzelne (7)	Einzelne (6)
	Multiple (5)	Multiple (1)

6.6.6 Effektivität des Projekts bei Methadonsubstituenten hinsichtlich der Drogenanamnese, Beikonsum und Konsummustern

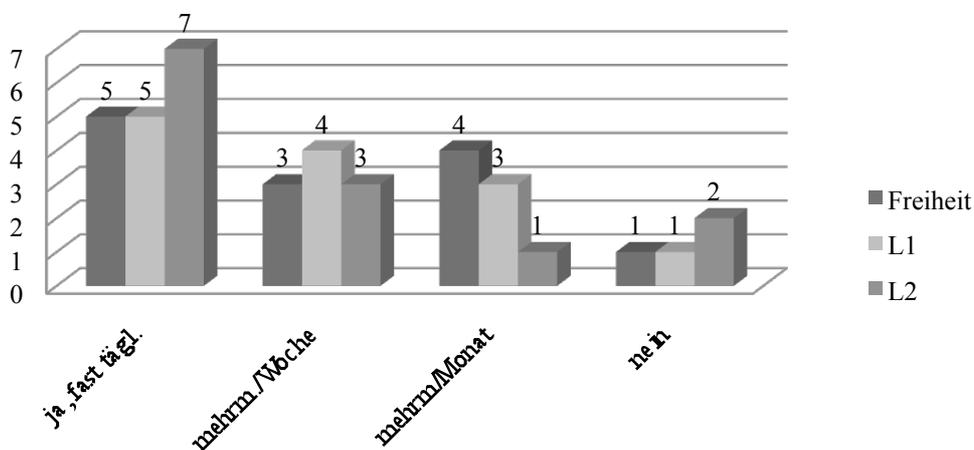
Die Drogenanamnese der 13 Methadonsubstituenten konnte folgendermaßen analysiert werden:

In Freiheit war ein Insasse alkoholabstinent, zwölf Methadonkonsumenten gaben regelmäßigen bis täglichen Konsum von Alkohol in Freiheit an. Hinsichtlich eines Alkoholkonsums in der JVA 2 zum Zeitpunkt L1 verneinten alle 13

Methadonteilnehmer den Konsum von Alkohol. In der zweiten Befragung sagten zwei Probanden aus, sie würden regelmäßig (mehrmals im Monat) Alkohol in der Haftanstalt konsumieren.

Cannabis wurde von zwölf Substituierten außerhalb der Haftanstalt regelmäßig konsumiert, fünf gaben einen täglichen Konsum an. Ein fast identisches Bild bot sich in der JVA 2. Zwölf Methadonsubstituenten gaben einen regelmäßigen Cannabiskonsum in der Haftanstalt zu. Im Verlaufe des Spritzentauschprojekts stieg die Anzahl der täglichen Cannabiskonsumenten auf sieben Methadonteilnehmer an (Abb. 24).

Abb. 24: Cannabiskonsum bei Methadonsubstituierten, Freiheit-L1-L2



(n=13)

Zehn Methadon-Substituierte nahmen in Freiheit regelmäßig (neun täglich) Heroin ein. Alle zehn applizierten intravenös. Erst mit Beginn der Haft beendeten zwölf Insassen ihren regelmäßigen Heroinkonsum, ein Substituent konsumierte auch zum Zeitpunkt L1 noch Heroin intravenös. Dies bestätigte sich ebenfalls in der L2-Befragung. Ein Anstieg des Konsums von Heroin als eventuelle Folge der leichteren Beschaffung von Spritzen war nicht zu verzeichnen. Eine Person gab zum Zeitpunkt L1 an, den Heroinbeikonsum in intravenöser Form durchzuführen.

Kokain vor Haftbeginn wurde von allen 13 aktuellen Methadonsubstituenten angegeben. Sieben nahmen vor der Haft täglich Kokain zu sich, zumeist intravenös (elf Insassen). In Haft und vor dem Spritzenprojekt konsumierten noch zwei regelmäßig Kokain (ein Proband intravenös, ein Insasse nasal). Auch dies, in Parallelität zu Heroin,

änderte sich acht Monate später nicht. Lediglich einer der beiden Kokainkonsumenten gab nun an, er würde seltener als vor Beginn des Spritzentauschprojekts Kokain einnehmen. Davon hatte jeweils eine Person i.v. Konsum und eine nasal.

Der Konsum von Crack, Ecstasy und illegalem Methadon wurde von allen 13 Methadonsubstituenten dementiert. Auffallend war lediglich noch der hohe Konsum von Benzodiazepin-Präparaten (Tab. 7). Diesbezüglich ist von einer medizinischen Verordnung auszugehen. Angaben zur Herkunft der Benzodiazepine machten die Methadonsubstituierten nicht.

Tab. 7: Anderweitiger, illegaler Konsum, Methadonsubstituierte, Freiheit-L1-L2

Substanz	In Freiheit	L1	L2	Insgesamt
Crack	3 Ins.	0	0	13
Illeg. Methadon	3 Ins.	0	0	13
Codein	0	0.	0	13
Benzodiazepine	10 Ins.	8 Ins.	7 Ins.	13

6.6.7 Infektionsprävalenzen und Serokonversion von Methadonsubstituenten

Durch den Einblick in die Gesundheitsakte ließ sich bei einem Großteil der Methadonsubstituenten die Historie hinsichtlich einer bisher durchgeführten Serologie erkennen.

Demnach ergab sich nach Aktenlage ein HIV-positiv-getesteter Insasse unter den Substituierten, neun, entsprechend 70% auf Hepatitis-B-positiv (stattgehabte, alte Infektion) getestete Probanden und zwölf von 13 Hepatitis-C-positive Methadonsubstituenten. Folglich wurden zu den Zeitpunkten L1 und L2 nur die bis dahin negativ getesteten Probanden erneut serologisch getestet.

Dabei zeigte sich keine neuerliche HIV-, Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Infektion. Nach Berücksichtigung der Tests zum Zeitpunkt L2 ergibt sich demnach keine Serokonversion für HIV und Hepatitis C und B.

6.6.8 Weitere Risikofaktoren und Risikobewusstsein der Methadonsubstituenten in der Kurzdarstellung

In der L1-Befragung fanden sich 13 (von 13) tätowierte Probanden, wobei durchschnittlich mehr als ein Tattoo je Person vorhanden war. Ein Methadonteilnehmer erhielt sein Tattoo in der JVA 2. Ein weiterer Proband wurde innerhalb eines vorherigen Haftaufenthaltes in einer anderen Haftanstalt tätowiert, die restlichen Substituenten in Freiheit/außerhalb der Haftanstalt. In der L2-Befragung gab ein Methadonsubstituent an, innerhalb der vergangenen acht Monate eine neuerliche Tätowierung erhalten zu haben.

Geschlechtsverkehr in der JVA 2 hatten zwei der befragten Probanden, wobei beide Befragten geschützten, heterosexuellen Verkehr meinten. Ein Methadonteilnehmer war gepierct und hatte das Piercing ebenfalls innerhalb des Haftzeitraumes, jedoch nicht innerhalb der JVA 2 erhalten (Tab. 9).

Tab. 8: Weitere Risikofaktoren, Methadonsubstituierte (n in Klammern), Zeitraum L1

Anzahl der Tätowierungen	1 Tattoo (10)	2 Tattoo (0)	3 Tattoo (0)	Mehr als 3 Tattoo (3)
Ort der Tätowierung	JVA 2 (1)	Vorherige Anstalt (1)	-	-
Tätowierung in den letzten 6 Mon.	Ja (1)	Nein (12)	-	-
Piercing in Haft	Ja (1)	Nein (8)	-	-
Piercing in den letzten 6 Monaten	Ja (0)	Nein (9)	-	-
GV in den letzten 6 Monaten	Ja (2)	Nein (11)	-	-
GC in welcher Anstalt	JVA 2 (2)	Außerhalb (0)	-	-
Homosex. GV in den letzten 6 Mo.	Ja (0)	Nein (13)	-	-
Kondoms beim GV	Ja (2)	Niemals (2)	-	-

6.6.9 Kenntnisstand der Methadonsubstituenten

Zur näheren Hintergrundbeobachtung des Risikobewusstseins wurden auch die Methadonsubstituierten nach ihrem individuellen Kenntnisstand in Bezug auf Hepatitis und HIV befragt. Noch in der L1-Befragung gaben neun von 13 Probanden an, sie seien gut über HIV informiert; in L2 zeigte sich eine nicht näher zu erklärende Reduktion auf sechs Insassen, die sich gut über HIV informiert fühlten. Fünf Probanden bezeichneten ihren Kenntnisstand mit „geht so“. Demnach ist eine Verschlechterung der Informationslage zu erkennen. Bei der identischer Frage hinsichtlich einer Hepatitiserkrankung zeigte sich, dass sich in L1 nur vier Insassen gut über Hepatitis informiert fühlten; zum Zeitpunkt L2 waren es sieben.

In beiden Rubriken sahen sich drei bzw. zwei Probanden schlecht bis gar nicht über HIV und Hepatitis informiert.

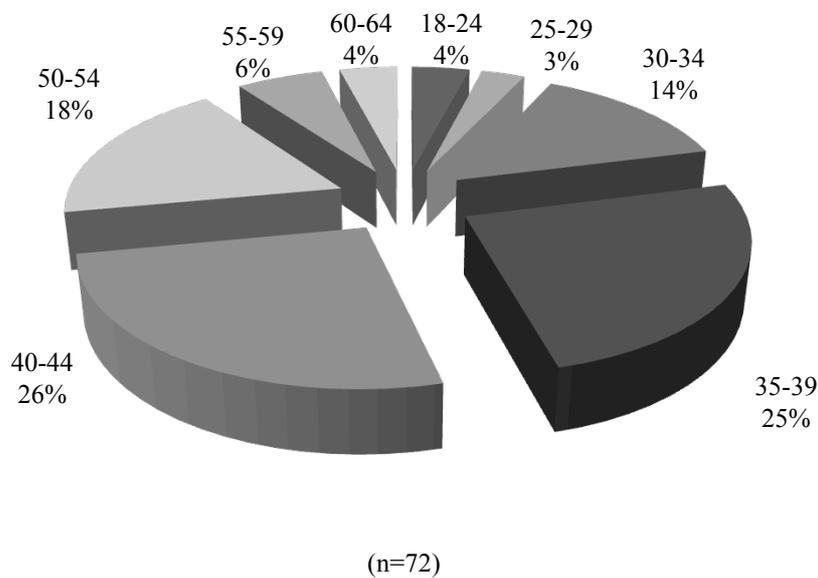
7. Ergebnisse Mitarbeiter

7.1 Demographische Daten

7.1.1 Demographische Daten Mitarbeiter: Altersstruktur

Während bei der Befragung A1 noch ein Großteil der 35- bis 44-jährigen Mitarbeiter teilnahm, änderte sich dies deutlich bei der Befragung A2. Bei der zweiten Befragung nahmen dann mehr als doppelt so viele 55- bis 59-jährige teil (Abb. 25).

Abb. 25: Altersverteilung, Mitarbeiter, Zeitraum A1



7.1.2 Demographische Daten Mitarbeiter: Jahre im Vollzug

Diese Frage zielte auf die bisherige Berufserfahrung in einer Justizvollzugsanstalt. Von den teilnehmenden Mitarbeitern wiesen 87% in A1 und 66% in A2 eine zehnjährigen oder mehrjährigen Berufserfahrung auf. Nur 2% (14% in A2) waren als Berufsanfänger einzuordnen und gerade zwei oder weniger Jahre in dem Bereich tätig (Abb. 79 im Anhang)..

Folglich setzten sich die Teilnehmer der A1-Befragung hauptsächlich aus erfahrenen Mitarbeitern zusammen.

7.1.3 Demographische Daten Mitarbeiter: Tätigkeitsbereich

Hinsichtlich der Bereichszugehörigkeit finden sich zwischen A1 und A2 signifikante Unterschiede. Nahmen in A1 überwiegend Mitarbeiter aus dem Sicherheitsdienst teil (62%), so zeigte sich in A2 ein anderes Spektrum. Hier ergaben sich besonders hohe Mitarbeiteranteile (45%) aus dem Stationsdienst (sogenannter AVD) und auch vermehrt aus dem gehobenen Verwaltungsbereich (18%). Eine interessante Entwicklung, denn es handelte sich bei den Beamten aus dem Stationsdienst um diejenigen, die direkten Kontakt zu den Insassen und somit auch mit möglichen Spritzen/Spritzenfunden hatten (Abb. 81+82 im Anhang)..

7.1.4 Demographische Daten Mitarbeiter: Hepatitis-B-Impfung

Diese Frage richtete sich nur an die A1-Teilnehmer. Es gaben 63% an, gegen Hepatitis B geimpft worden zu sein, 32% verneinten dies. 35% der geimpften Mitarbeiter hatten in den letzten zwei bis fünf Jahren die letzte Titer-Kontrolle. Es ist folglich von einer aktuellen Protektion auszugehen. Der Informationsstand über den Hepatitis-Titer ist niedrig: Nur 2% gaben an, diesen zu kennen (Abb. 83+84 im Anhang).

7.2 Kenntnisstand

7.2.1 Kenntnisstand: HIV/AIDS

In A1 wurden die Befragten gebeten, den subjektiven Eindruck ihres individuellen Kenntnisstandes über HIV/AIDS anzugeben. Bei mäßiger Beteiligung von 48 Mitarbeitern, gaben immerhin 87% an, gut über HIV/Infektionsrisiken etc. informiert zu sein. Trotz dieses guten Informationsstandes gaben in der Folgefrage, ob sie sich durch HIV in der JVA 2 bedroht fühlten, immerhin 54% ein klares „ja“ an. Nur 17% fühlten sich eher nicht durch HIV bedroht (Abb. 94 im Anhang)..

7.2.2 Kenntnisstand: Hepatitis

Der Kenntnisstand in Bezug auf Hepatitis, wobei in der Frage sowohl Hepatitis A, B und C gemeint war, wurde von 48% der Befragten als gut beschrieben. Nur 6% sahen diesen als eher weniger gut bzw. nicht vorhanden an. Im Anschluss wurde nach der subjektiven Bedrohung durch Hepatitis gefragt. 45% sahen sich persönlich im Rahmen

des Arbeitsbereiches durch Hepatitis bedroht, ein geringer Anteil (10%) verneinte dies (Abb. 96 im Anhang)..

7.2.3 Kenntnisstand: Sprizentauschprogramm

Lediglich in A1 wurde erfragt, wie hoch die Informationsquote über das STP zu Beginn des Projekts war. So fanden auch mehrere interne Fortbildungsmaßnahmen statt, welche Mitarbeiter aus jedem Bereich erreichten haben sollten. Im Einzelnen gaben 8% von 72 Mitarbeitern an, gut informiert zu sein, 34% fanden sich ausreichend informiert. 15% hielten sich für unangemessen informiert und 3% meinten, „gar nicht“ über den Inhalt des Sprizentauschprojekts informiert zu sein. Dieser Informationsstand verschlechterte sich tendenziell zum Befragungszeitpunkt A2 hin. In A2 sahen sich nur noch 15% als gut über das Projekt informiert an, der Anteil der „unangemessen informierten“ Personen stieg von 15 auf 25% an (Abb. 86+87 im Anhang)..

Allerdings machten auch nur 22% Gebrauch von Fortbildungsveranstaltungen, 49% taten dies nicht. Die weiteren befragten Mitarbeiter wollten sich nicht zu dieser Frage äußern (Abb. 88 im Anhang).

7.3 Erwartungshaltung

7.3.1 Erwartungshaltung: Ist das STP sinnvoll für die JVA 2 ?

Bei der Frage nach dem Nutzen des Projekts für die JVA 2 zeigte sich ein eindeutiges Meinungsbild: 71% der 48 Mitarbeitern gaben in der A1-Befragung ein klares „nein“ an. Nur 8% erwarteten einen positiven Nutzen für die JVA 2. Dieses Meinungsbild lockerte sich in der A2-Befragung auf: 28% sahen einen Nutzen für die JVA 2, 20% beurteilten das STP als „teil teils“ sinnvoll und 28% lehnten das Projekt noch immer strikt ab bzw. sahen keinen Sinn für die JVA 2 (Abb. 90+91 im Anhang)..

7.3.2 Erwartungshaltung: Geschätzte Teilnehmerzahl

Bei der Einschätzung erwarteten 36% der befragten Mitarbeiter keinen bis zehn Teilnehmer, 22% zehn bis zwanzig potentielle Teilnehmer. Diese Einschätzung kann bei Betrachtung der tatsächlichen Anzahl der Teilnehmer als leicht unetrschätzt betrachtet werden. Die weiteren Antworten fächerten sich zum Teil unrealistisch in ein weites Spektrum (Abb. 99 im Anhang).

7.3.3 Erwartungshaltung: Potentielle Neueinsteiger

Ebenfalls eine im Rahmen der A1-Erhebung gestellte Frage und im Vorfeld von den Projektkritikern hervorgebrachte Einschätzung betrifft eine eventuelle Steigerung der Neueinsteigerrate, sobald eine ausreichende Anzahl von Spritzen zur Verfügung stehe. Dies deckt sich auch mit dem Ergebnis nach Auswertung der Umfrage: Von 72 Mitarbeitern gaben 53% an, auf jeden Fall mit Neueinsteigern zu rechnen, 17% zogen dies zumindest noch in Betracht. In diesem Zusammenhang wurde auch um die Einschätzung gebeten, ob bislang nach subjektiver Meinung ein Mangel an Spritzen in der JVA bestehe. 57% von 73 Mitarbeitern bejahten dies. 15% sahen keinen Mangel an Spritzen in Relation zum Konsum.

Hieraus ergibt sich auch die Fragestellung, ob bisherige Cannabisraucher nun zum intravenösen Konsum verleitet werden könnten. Der Eindruck der Mitarbeiter war dabei eindeutig: 67% sahen die Schwelle vom Cannabiskonsumenten zum i.v. Konsum als sehr niedrig an, woraus sich ableitet, dass sich intravenös konsumierende Insassen mehren könnten. Ein Bruchteil hielt dies für unwahrscheinlich (Abb. 100 im Anhang).

In A2 hatte sich die Erwartungshaltung abgeschwächt. Nur noch 28 Mitarbeiter rechneten eindeutig mit Neueinsteigern, während elf davon nicht überzeugt waren. Diese Frage stieß allerdings bei den Teilnehmern der Umfrage auf schlechte Resonanz.

7.4 Negative Begleiterscheinungen

7.4.1 Negative Begleiterscheinungen: Besitz von Spritzen versus Spritzen mit Drogen

Hier sollte der Grad der Verunsicherung geklärt werden, die dadurch erzeugt werden würde, wenn das Aufbewahren von Spritzen im Behältnis am vorgeschriebenen Ort erlaubt, Spritzen mit Drogen (-Anhaftungen) jedoch verboten seien. Dies betrifft in erster Linie die Mitarbeiter auf den Stationen. Von 73 Befragten gaben 61% eine extrem starke Verunsicherung an, wie in Fällen von Spritzenfunden zu handeln sei. Eine wesentliche Verbesserung zeigte sich auch in A2 nicht: 33% zeigten sich stark, 37% sehr stark verunsichert. Daraus folgte die Fragestellung, ob sich durch das Projekt eine Verschlechterung des Arbeitsklimas ergeben hätte. Von den 73 Teilnehmern sahen in A2 37% keine Verschlechterung des Arbeitsklimas seit Beginn des Projekts, lediglich 14% eine Verschlechterung innerhalb des Angestelltenkollektivs.

7.4.2 Negative Begleiterscheinungen: Umgang mit Spritzen

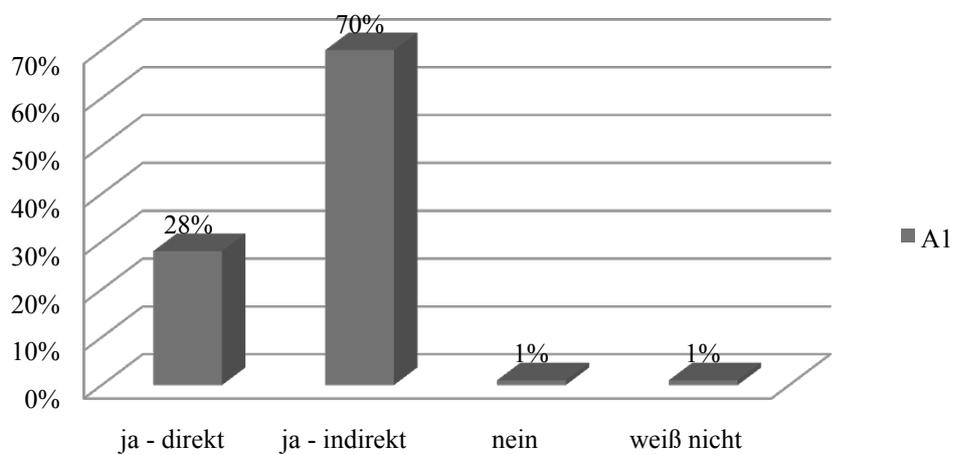
Laut Dienstanweisungen sind Spritzen, die entsprechend der Vorschriften aufbewahrt werden, kein Sanktions- oder Durchsuchungsgrund. Für die Beamten vor Ort war dieser Fall nach eigenen Angaben nicht eindeutig geklärt. 24% sahen Spritzen ohne Drogen grundsätzlich als Revisionsgrund an, 27% schätzten die Lage situativ ein und 21% sahen darin keinen eindeutigen Revisionsgrund.

7.4.3 Negative Begleiterscheinungen: Potentielle Veränderung der Gefahrenlage

Hintergrund der Frage war die Einschätzung der Angestellten, inwiefern z. B. durch herumliegende Spritzen oder psychische Beeinflussung durch Betäubungsmittel eine Gefahrenlage für die Mitarbeiter entstehen könne. Vor Beginn des Projekts betrachteten 61% dies als eindeutig gegeben an, nur 14% befürchteten keine Gefahr für andere Personen durch die Einführung des Spritzenprogramms.

Konkret nach eigenen Erfahrungen gefragt antworten die Mitarbeiter, dass 28% bereits vor Beginn des STP direkt durch eine Spritze bedroht worden bzw. in eine Gefahrenlage geraten seien. 70% antworteten sogar, bereits mindestens einmal indirekt (also z. B. durch verbale Drohung/manuelle Drohung mit der Spritze) vor Beginn des STP bedroht worden zu sein. Nur ein Befragter sagt aus, er sei noch nie durch eine Spritze in eine Gefahrenlage geraten (Abb. 26).

Abb. 26: Haben Sie bereits eine Gefahrensituation durch Spritzen erlebt? Mitarbeiter, Zeitraum A1



(n=73)

Die Fragestellung wurde konkretisiert: Es sollte herausgestellt werden, wie viele der eben angesprochenen Personen, die direkt oder indirekt in eine Gefahrenlage geraten waren, bereits jemals durch eine Spritze verletzt wurden. Es gaben sechs Mitarbeiter (11%) an, vor Beginn des STP bereits eine Verletzung durch Spritzen erlitten zu haben, weiterhin sagten zwei Personen bereits zweimal verletzt worden zu sein. Zwei äußerten sogar, mehr als zweimal durch eine Spritze verletzt worden zu sein. Seit Beginn des STP erklärten 2% eine direkte Bedrohungssituation erlebt zu haben, 4% hatten eine indirekte Bedrohungssituation seit Beginn des Projekts erfahren.

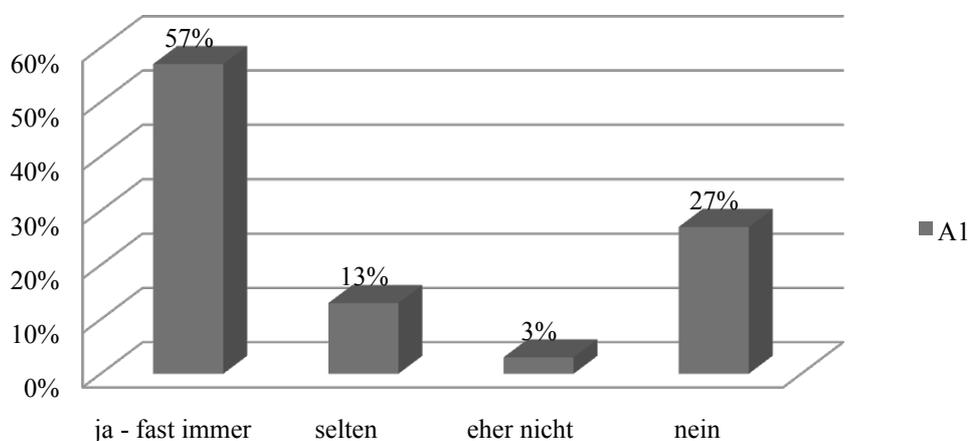
7.5 Positive Begleiterscheinungen: Steigende Bereitschaft zu einem Methadon-Substitutionsprogramm

Die Befragten machten etwa gleich verteilte Angaben dazu, ob sie denken würden, dass drogenkonsumierende Insassen im Sinne eines besseren Risikobewusstseins in ein Methadonprogramm wechseln würden. 30% antworteten mit „ja“, eine Intensivierung des Methadonprogramms sei dem STP vorzuziehen, 37% verneinten dies.

7.6 Risikobewusstsein: Schutz vor Verletzungen durch Spritzen

Es ist Standard, eventuell sogar Dienstanweisung, während der Zellenrevisionen zumindest Latexhandschuhe, bei Bedarf Lederschutzhandschuhe zu tragen. In der Praxis gaben immer noch 27% der Befragten an, keine Latexhandschuhe zu tragen, wobei Angestellte ohne Insassenkontakt nicht berücksichtigt wurden (Abb. 27).

Abb. 27: Benutzen Sie bei Ihrer Tätigkeit im Vollzug Latexhandschuhe? Mitarbeiter, Zeitraum A1



Lederhandschuhe werden meist von jedem zweiten der befragten Mitarbeiter bei Zellenrevisionen und Durchsuchungen verwendet.

7.7 Akzeptanz

7.7.1 Akzeptanz: Sind die anvisierten Ziele erreicht worden ?

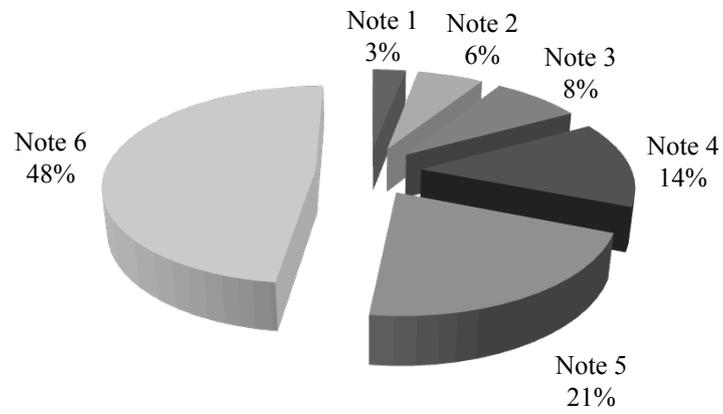
Die angestrebten Ziele bezogen sich in erster Linie auf eine Reduktion des Infektionsrisikos von Hepatitis und HIV durch die Verwendung von „sauberem“ Spritzenbesteck. Von den befragten Mitarbeitern vertraten 59% die Meinung, die Ziele seien sicher nicht erreicht worden. Demgegenüber stehen 4%, die mit „ja, die Ziele sind erreicht worden“ geantwortet haben; immerhin noch 13% befanden „teils teils“ als zutreffend.

Im Rahmen der Folgefrage verschob sich das Bild noch leicht. Die Frage bezog sich auf einen prospektiven Zeitraum. Weiterhin verblieben 24 von 72 bei der Meinung, die Ziele seien auch in Zukunft nicht erreichbar. 18 gaben „eher nicht“ an, nur drei bzw. neun äußerten sich optimistischer.

7.7.2 Akzeptanz: Benotung des Spritzentauschprojekts

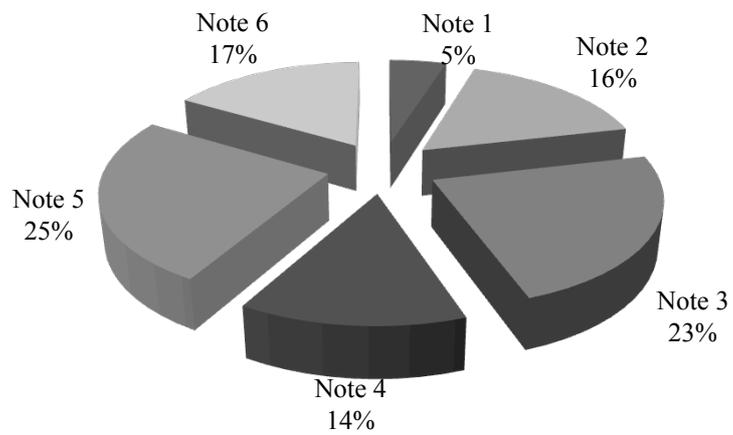
In beiden Befragungen (A1 und A2) sollten die befragten Mitarbeiter Schulnoten für das Spritzentauschprogramm vergeben. Dabei zeigte sich von A1 zu A2 eine interessante Entwicklung: War in der A1-Befragung noch eine überwiegende Mehrheit (48%) für die Schulnote „6“ und 21% für die Note „5“, änderte sich dies im Rahmen der A2-Befragung deutlich. Zwar meinten noch immer 25% der Mitarbeiter, die Note „5“ sei gerechtfertigt, jedoch vergaben nur noch 17% die Note „6“ (Abb. 28+Abb. 29).

Abb. 28: Welche Schulnote geben Sie dem STP? Mitarbeiter, Zeitraum A1



(n=72)

Abb. 29: Welche Schulnote geben Sie dem STP? Mitarbeiter, Zeitraum A2



(n=60)

8. Diskussion

8.1 Drogenproblematik innerhalb der EU

Wie kaum eine andere Thematik unterliegt die Drogenproblematik weltweit und im europäischen Rahmen national-dynamischen Prozessen, die sich innerhalb kürzester Zeitperioden verändern. Auch wenn diese Arbeit den intravenös drogenabhängigen Menschen in den Mittelpunkt stellt, ist es unausweichlich, das globale Problem zu betrachten. Nach aktuellem Stand lassen sich fünf Punkte festhalten, die in dem Jahresbericht der EMCCDA zur Drogenproblematik 2006 [48a] für Europa den momentanen Stand der Drogenproblematik in Europa kennzeichnen:

- 1) Drogen sind 2005 so billig wie nie zuvor.
- 2) Die Produktion und somit die Sicherstellung von Heroin hat einen Höchststand erreicht.
- 3) Intravenöser Drogenkonsum ist noch immer der ausschlaggebende Faktor für die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten.
- 4) Der bisherige Rückgang von Drogentodesfällen stagniert bzw. der Abwärtstrend schwächt sich ab.
- 5) Die Droge Kokain erfährt immer mehr Verbreitung.

Um sich ein genaueres Bild machen zu können, ist es unausweichlich, die Häufigkeit von drogenkonsumierenden Einwohnern Europas zu betrachten.

Beeindruckend wirkt vor allem die Lebenszeitprävalenz für Cannabis. Ca. 65 Millionen Einwohner in Europa haben bereits einmal in ihrem Leben Cannabis probiert. Dies entspricht 20% der Gesamteinwohnerzahl mit so genannter Ersterfahrung. In weltweiter Betrachtung hatte z. B. das „National Survey on Drug use and Health“ eine Lebenszeitprävalenz für Cannabis in den USA von 40% festgestellt. Zwar steht Cannabis verständlicherweise nicht in dem engeren Zusammenhang mit der Verbreitung von Infektionskrankheiten, jedoch gilt es vielfach als eine Einstiegsdroge und ein Kontaktpunkt zum Drogenmilieu. Sagt die Lebenszeitprävalenz noch nicht allzu viel über den regelmäßigen Konsum aus, müssen die Prävalenzen für die letzten 30 Tage und das täglichen Konsumverhalten herangezogen werden. 4% der Einwohner Europas

(12 Millionen) haben in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, davon konsumieren 3 Millionen (1%) täglich.

Aufgrund der sehr hohen Verbreitung und auch der Bereitschaft, Drogen zu probieren, sollte nunmehr die Verbindung zu den Drogen geknüpft werden, die mit einem intravenösen Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden können und müssen.

Auch wenn landläufig das Heroin zu den klassisch-intravenöszukonsumierenden Drogen zählt, befindet sich eine Droge im weltweiten Aufwind: Kokain.

Nach Cannabis ist Kokain die weltweit zweithäufigst gehandelte Droge, mit einer Lebenszeitprävalenz unter den Europäern von etwa 3%, was 10 Millionen Einwohnern Europas entspricht, wobei Länder wie Italien und Spanien mit 5 bis 6% besonders hervorstechen. Die sogenannte 12-Monats-Prävalenz wird mit 0,2 bis 4,8% angegeben. Diese sehr hohen Zahlen wirken im Vergleich zu den USA eher bescheiden. Eine Lebenszeitprävalenz von 14% ist jedoch alarmierend.

Eine Gefahr, die zusätzlich von der Droge Kokain ausgeht, ist die verbreitete Neigung, den Kokainkonsum mit anderen Substanzen zu kombinieren. Hier steht das Cannabis wiederum mit 31,6% an erster Stelle, dicht gefolgt von den Opioiden, wie dem Heroin, mit 28,6%. Hieraus erschließt sich auch das nächste Problem, denn große Verbreitung gewinnt die Kombination aus Heroin und Kokain mit intravenöser Applikation, das „Speedballing“. Diese Konsumart ist nicht nur medizinisch kaum kontrollierbar und somit akut gesundheitsgefährdend, sondern es „zwingt“ den Konsumenten zum i.v. Konsum, woraus sich die Gefahr für die Verbreitung von Infektionskrankheiten ergibt.

Die Zahlen für den Konsum von Heroin sind insgesamt jedoch rückläufig. Prävalenzen pendeln durchschnittlich zwischen einer bis acht Personen je 1000 Einwohner, wobei es in Irland, Portugal und Großbritannien für die Jahre 2000 bis 2004 Spitzenprävalenzen von 15 bis 25 je 1000 Einwohner gab.

8.2 Drogenproblematik innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

In den letzten 30 Jahren kam es in der Bundesrepublik Deutschland zu einem langsamen Anstieg der Zahl der Drogenkonsumenten. Hierbei veränderten sich die Konsummuster der Konsumenten von illegalen Drogen. So entstand eine Verschiebung von LSD- und Cannabiskonsum, wie er in den sechziger und siebziger Jahren bestand, hin zu hohen Anzahlen von Cannabiskonsumern und stetig wachsendem Kokainkonsum. Im nationalen Vergleich sollte im Rahmen dieser Arbeit sowohl der Zeitpunkt des Erfassungszeitraumes 2000/2001 als auch die aktuelle Datenlage 2005/2006 analysiert werden.

Der aktuelle Ausblick aus dem REITOX-Bericht der Bundesregierung 2006 [48a] zeigt, dass 25% aller Deutschen eine positive Lebenszeitprävalenz von illegalen Drogen aufwiesen, 7% der Einwohner Drogen in den letzten zwölf Monaten und 4% in den letzten 30 Tagen konsumiert haben.

Im Jahre 2001 [50] gaben 10 Mio. Bürger der Bundesrepublik Deutschland an, bereits schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. 3,4 Mio. erklärten, Cannabis in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal zu sich genommen zu haben. Besonders die Gruppe der 18- bis 29-jährigen Männer zeigte die größten Zuwächse im Konsum von Cannabisprodukten. So konnten erhebliche Steigerungsraten beim Cannabiskonsum ausgemacht werden, im Bundesdurchschnitt um 15% (West 21% Ost 10%) [50;51;52;53]. In den aktuellen Studien von 2005 findet ein gewohnheitsmäßiger Cannabiskonsum 2005 bei 12% aller Einwohner statt. Bei den 12- bis 25-jährigen besteht eine Lebenszeitprävalenz für Drogen allgemein von 32%, für Cannabis von 15,2%.

In Deutschland wird die Zahl der Heroinkonsumenten auf 70.000 bis 172.000 geschätzt. Dies entspricht einer Rate unter den 15- bis 64-jährigen von 1,2 bis 3,0 je 1000 Einwohner. Dieser Trend stellte sich, verglichen mit den Vorjahren, als stabil bis leicht rückläufig dar. Betrachtet man die Klientel der ambulanten Beratungsstellen, finden sich hier noch 52% Opiatkonsumenten, wobei ein rückläufiger Trend zugunsten des Cannabis (aktuell 31% Konsumentenanteil) zu verzeichnen ist. Dagegen ist der Cannabisanteil in stationären Einrichtungen 2004 mit 14% eher gering. Bei den Erstbehandelten besteht allerdings eine Cannabis-Prävalenz von 58%. Opiatkonsumenten sind mit 52% vertreten, hier geht die Tendenz jedoch deutlich hin zu den Stimulanzien.

Kokainkonsumenten fanden sich in Deutschland bevorzugt in großstädtischen Bereichen bzw. im städtischen Umfeld. Auch die Konsummuster beim Kokain änderten sich parallel zu den europäischen Entwicklungen in den letzten Jahren merklich. Während es sich Anfangs meist noch um einen Beikonsum, so genannten Sekundärkonsum, von Kokain bei Heroinkonsumenten handelte, treten inzwischen zunehmend Primärkonsumenten von Kokain auf, ohne dass es zu einem signifikanten Sinken der Zahl von Opiatkonsumenten mit Kokain als Nebenkonsument bzw. Sekundärkonsum kommt. Hier fand sich im Jahr 2000 in Deutschland unter der Gruppe der 18- bis 39-jährigen eine durchschnittliche Prävalenz von 3,4%. [50]. Nach Angaben des REITOX-Berichts 2006 [48a] kann allenfalls von einer nationalen Stagnation bis leichten Zuwachs in der Kokain-Lebenszeitprävalenz die Rede sein. So wird 2005 in Deutschland von einer Kokain-Lebenszeitprävalenz von 3% ausgegangen.

Außerdem fallen Kokainkonsumenten im sozialen Umfeld weniger auf, denn ihr Konsumverhalten ist insgesamt unauffälliger, obwohl die Anzahl der Kokainkonsumenten weit höher ist als die der Heroinkonsumenten. Dies ist vor allem durch die vergleichsweise hohe Anzahl von Gelegenheitskonsumenten von Kokain bedingt. Allerdings bleibt die extreme Dunkelziffer beim Kokain in der Erhebung noch unbeachtet.

Einen besonderen Stellenwert besitzt die Droge Crack. Ihr Vorkommen beschränkt sich zwar weitläufig auf die so genannte Straßenszene, jedoch lässt eine erhebliche Zunahme der Sicherstellungen durch die Strafverfolgungsbehörden von 124% im Jahr 2005 die Ausmaße erkennen. In Deutschland fokussiert sich die Crackszene im Wesentlichen auf die Großstädte Hamburg und Frankfurt/Main. Die Konsumgewohnheiten von Crack, der hohe Tagesbedarf und das enorme Suchtpotential lassen Crackkonsumenten regelmäßig mit den Strafverfolgungsbehörden in Kontakt treten.

Die Auswirkungen des „problematischen Drogenkonsums“ werden deutlich, wenn man die Anzahl der Kokain- oder Heroinkonsumenten betrachtet, die einen i.v. Drogenkonsum praktizieren.

So liegt unter den Konsumenten harter Drogen in der Bundesrepublik Deutschland der Anteil der intravenös heroinkonsumierenden Personen 2005 bei 64% (2003: 70,2%, 2002: 72,2%, 2001: 68,4%, 2000: 69,5%). Der Anteil der intravenös kokainkonsumierenden Personen liegt 2005 bei 33% (2003: 33,8%, 2002: 29,7%, 2001

32,5%, 2000 32,8%). Daraus lässt sich erkennen, dass der Anteil der i.v. Heroinkonsumenten in den letzten Jahren zwar leicht gesunken ist, sich jedoch weiterhin auf einem insgesamt hohen Level befindet.

8.3 Drogenproblematik innerhalb der Freien und Hansestadt Hamburg

Eine aktuelle Datenlage (2006) besteht für die Drogenproblematik in der Stadt Hamburg nicht, sodass hier als Basis eine Repräsentativerhebung von Kraus [95] herangezogen wurde. Dieser konnte für die Altersgruppe der 15- bis 39-jährigen die Lebenszeitprävalenzen sowie die Prävalenz der letzten zwölf Monate im Jahr 1997 erheben. In der genannten Altersgruppe gaben 9,8% an, in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben, 26,5% bestätigten, in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben. Bei den Opiaten (hierzu werden Heroin, Methadon u. a. gezählt) berichteten 2,7% der Befragten, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal Opiate konsumiert zu haben. 3,4% berichteten von mindestens einmaligem Opiatkonsum in ihrem bisherigen Leben.

Bezüglich des möglichen Kokain- bzw. Crackkonsums gaben bei den 15- bis 39-jährigen 2,7% an, im letzten Jahr Kokain/Crack konsumiert zu haben. 4,1% der befragten Gruppe nahmen bereits einmal in ihrem Leben Kokain/Crack zu sich.

8.4 Drogenkonsum innerhalb der JVA 2 vor Beginn des Spritzentauschprogramms

Bevor auf die potentielle Veränderung des Drogenkonsummusters aller Insassen im Verlauf der sechsmonatigen Begleituntersuchung eingegangen wird, soll zunächst kurz auf die Prävalenzen von illegalen Drogen vor Beginn des Spritzentauschprogramms eingegangen werden.

Hierbei soll der Unterschied zwischen dem Konsumverhalten in Freiheit und dem Konsummuster innerhalb der Haftanstalt verdeutlicht werden.

Bei der Betrachtung europäischer Verhältnisse fiel bereits auf, dass der Haftbeginn bei 8 bis 73% der zuvor drogenkonsumierenden Personen kein Anlass ist, den Konsum illegaler Drogen zu unterbinden.

Für den Cannabiskonsum konnte eine Prävalenz außerhalb der Haftanstalt von 64% erhoben werden, wovon 29% dem täglichen Konsum von Cannabis nachgingen. Die EU-Zahlen finden auch in der JVA 2 ihre Bestätigung. Eine relevante Veränderung durch die Haft trat nicht in Erscheinung. Auch nach Haftbeginn konsumierten noch 57%

der untersuchten Häftlinge regelmäßig Cannabis. Sogar 22% konsumieren in der JVA 2 täglich Cannabis.

Regelmäßiger Heroinkonsum in Freiheit wurde von 30% aller befragten Insassen angegeben. 23% konsumierten täglich Heroin. Damit liegen die hier erhobenen Zahlen im Rahmen der Erhebungen aus Beratungs- und Behandlungsstellen. Der Haftantritt schränkte den Heroinkonsum erwartungsgemäß stärker ein als den Cannabiskonsum. Regelmäßiger Heroinkonsum konnte nach Haftbeginn noch von 10% aller Insassen fortgeführt werden, 7% gingen auch weiterhin dem täglichen Konsum nach.

Die Prävalenz für das Kokain veränderte sich bei Haftantritt in dem untersuchten Kollektiv. Eine erhebliche Prävalenz im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt (2,5%) konnte in der Erhebungsgruppe gefunden werden. 57% hatten vor Haftbeginn Erfahrungen mit Kokain, wovon 33% einen täglichen Konsum angaben. Mehrere Faktoren führten dazu, dass die Prävalenz dann bei Haftbeginn bzw. in Haft deutlich auf 17% sank. An oberster Stelle steht dabei die Preissituation.

Auf die Besonderheiten des Crackkonsums wurde bereits bei der nationalen Analyse eingegangen. Erwartungsgemäß spielt Crack innerhalb der JVA 2 nur eine untergeordnete Rolle. Vor der Haft bestätigten 14% aller Insassen einen regelmäßigen Konsum von Crack. Während der Haftzeit wiesen die Untersuchungen noch eine Prävalenz von 4% unter allen Gefangenen auf.

Interessant ist noch der Blick auf die Konsumdroge Alkohol:

Eine große Mehrheit der Insassen (82%) konsumierte vor der Haft regelmäßig alkoholische Getränke. Dieser prozentuale Anteil brach schon erwartungsgemäß aufgrund der Tatsache ein, dass die Beschaffung von Alkohol innerhalb des Vollzugs beinahe unmöglich ist. Dies wurde von immerhin 14% der Insassen umgangen, indem nach Auskunft der meisten Insassen illegale Alkoholbrennereien installiert und betrieben wurden.

8.5 Soziale Situation und Demographie

Die untersuchten Kollektive wurden unterteilt in das gesamte Insassenkollektiv, die Spritzentauscheteilnehmer, die Methadonsubstituenten und das Mitarbeiterkollektiv.

Im Gesamtkollektiv fand sich im Rahmen der hier vorgestellten Untersuchung eine ausgeglichene Altersverteilung. Ebenfalls ergab die Analyse der Nationalitäten der Insassen, dass zwei Drittel der Probanden deutscher Nationalität waren. Im Vergleich mit anderen Untersuchungen von Vollzugshäftlingen stellte sich diesbezüglich keine Besonderheit heraus.

Auffällig stellt sich die hohe Anzahl von Langzeithäftlingen dar. 60% befinden sich bereits seit mindestens fünf Jahren, davon die Hälfte bereits seit über zehn Jahren, in Haft. Dieser Aspekt ist ein relevantes Kriterium bei der Betrachtung der anstaltsinternen Gegebenheiten.

Haben Untersuchungen des Klientels aus ambulanten Einrichtungen gezeigt, dass in Deutschland etwa 26% aller Cannabiskonsumenten keinen Schulabschluss vorweisen können, konnte in derselben Studie eine sehr hohe Rate an Erwerbslosigkeit innerhalb der behandelten Opioidkonsumenten nachgewiesen werden (53%). Da natürlicherweise inhaftierte Personen eine Sonderstellung einnehmen, wurden alle Studienteilnehmer nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung gefragt. Diese konnte von 61% bejaht werden.

Auf die soziale Situation der einzelnen Beobachtungsgruppen wird in den Kapiteln „Einzelbetrachtung“ eingegangen.

8.6 Schadensminimierungsmaßnahmen als politische Strategie in Europa

Prävention, Information und Harm Reduction

Die Situation der Konsumenten illegaler Drogen innerhalb einer Haftvollzugsanstalt spiegelt häufig auch die gesellschaftlichen Muster eines Staates wider. Demzufolge verlangte die WHO 1993 die Gleichstellung von Haftinsassen und den Bürgern in der freien Gesellschaft. Den Insassen einer Haftanstalt sollten ebenso wie den freien Bürgern Zugang zu infektionspräventiven Maßnahmen ermöglicht werden.

Im Jahr 1999 wurde ein europäischer Leitfaden in Mailand verabschiedet, der eine Prävention von HIV- und Hepatitisinfektionen in Haft beinhaltet. Zwei wesentliche Punkte wurden in diesem Rahmen behandelt: Zum einen muss jedem Strafgefangenen

freier Zugang zu infektionspräventiven Maßnahmen ermöglicht werden, zum anderen sollte auch in einer Haftanstalt eine Behandlungskontinuität gewährleistet werden.

Noch vor Antritt der Haftstrafe sollte ein intensives Informationsgespräch durch das ansässige medizinische Fachpersonal mit dem Strafgefangenen durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang ist es ohne Relevanz, ob der Insasse eine positive Lebenszeitprävalenz für Drogen aufzuweisen hat. In diesem Gespräch sollte auf die wichtigsten Merkmale und Übertragungswege von Infektionserkrankungen und auf die Möglichkeit zu freiwilligen serologischen Tests bezüglich Hepatitis-B,-C und HIV eingegangen werden. Weiterhin müssen präventive Maßnahmen, sofern sie in der Anstalt möglich sind, erläutert werden. Grundsätzlich besteht eine Empfehlung zu Hepatitis-A-, -B- und Tuberkuloseimpfungen. Desweiteren sollte immer eine anonyme Kondomausgabe ermöglicht werden.

Für die physische wie auch psychische gesundheitliche Fürsorge steht die Justizbehörde in der Verantwortung und muss adäquaten Gesundheitsschutz und Hygiene für die Strafgefangenen garantieren. Die Risiken liegen vor allem in dem Zusammenleben vieler Personen auf engstem Raum.

Harm Reduction measures (Schadensminimierungsmaßnahmen) sind bereits seit mehreren Jahren, international leicht differierend, fester Bestandteil einer medizinisch geprägten Drogenpolitik. Der EMCDDA Report von 2001 [48] sieht Harm-Reduction-Maßnahmen als eine ergänzende Methode, die zusätzlich zu den häufig bereits implementierten Behandlung- oder Informationsangeboten angewendet werden sollte.

8.7 Grundsätze

Diese Schadensminimierung basiert nach Ansicht des EMCDDA Report auf den folgenden Grundsätzen:

Drogenabhängigkeit ist eine heilbare Erkrankung. Die Maßnahmen zur Schadensbegrenzung gewinnen durch die Tatsache an Bedeutung, dass unheilbare Infektionskrankheiten eng mit dem intravenösen Drogenkonsum verflochten sind. Daraus folgt die Zielsetzung der physischen und psychischen Unversehrbarkeit des Haftinsassen, und ergänzend, die Erhaltung bzw. Stabilisierung der sozialen Umstände als eine Voraussetzung zur Vorbereitung auf ein Leben ohne Drogenkonsum.

Eine Ablehnung von schadensbegrenzenden Maßnahmen für eine Haftanstalt begründet sich meist durch die Stellung als behördlich geführte, geschlossene Institution. Für diese war es über längere Zeiträume hinweg üblich, einen internen Drogenkonsum von offizieller Seite her zu negieren.

Laut dem Jahresbericht der Drogenproblematik 2006 in Europa fallen die Maßnahmen für Konsumenten in den neuen europäischen Mitgliedstaaten noch überwiegend restriktiv aus: Bei weniger als 50% finden stichprobenartige Drogentests bei Haftantritt statt. Weiterhin werden zumeist drogenfreie Behandlungsansätze verfolgt und der Zugang der Konsumenten zu den Behandlungsmaßnahmen eher zurückhaltend behandelt. Nadel- oder Spriztzentauschprogramme finden ebenso wenig statt wie Angebote der antiretroviralen Therapie von HCV und HIV.

Fortschrittlich zeigen sich die Ansätze der Impfmaßnahmen. Fast alle neuen Beitrittsländer bieten den Insassen Hepatitis- B-Impfungen an.

Zusammengefasst konzentrieren sich Harm-Reduction-Strategien und Maßnahmen zur Reduzierung von Suchtproblemen auf die folgenden Grundsätze:

- 1) **Prävention:** Dies beinhalten in erster Linie suchtpreventive Maßnahmen vor Ort und Aufklärung in Schulen, Jugendfreizeitstätten etc.
- 2) **Überlebenshilfe und Schadenreduzierung:** Daraus ergeben sich die Aufklärung von bekannten drogenkonsumierenden Menschen, die Bereitstellung von Drogenkonsumräumen und die koordinierte Zusammenarbeit zwischen einzelnen Hilfebereichen und dem Patienten bzw. Konsumenten.
- 3) **Beratung, Behandlung und Rehabilitation:** Diese Hilfsmaßnahmen beinhalten telefonische Drogenhotlines für Konsumenten, ambulante und stationäre Einrichtungen und Selbsthilfegruppen.
- 4) **Weitergehende Maßnahmen:** Spriztzentauschprogramme und ambulante Heroinvergabestellen

Außerdem wurde im Dezember 2004 ein „Drogenaktionsplan“ für die europäische Drogenpolitik 2005 bis 2012 entworfen. Dieser beinhaltet 88 konkrete Maßnahmen, woraus sich vier wesentliche Punkte differenzieren lassen:

- I) Angebotsreduzierung durch Maßnahmen der Verfolgungsbehörden
- II) Nachfragereduzierung durch Kontrollen und Behandlungsstrategien
- III) Informationsweiterleitung an die Konsumenten und Evaluierung
- IV) Europaweite Strukturierung durch internationale Zusammenarbeit und Koordination

Der aktuelle Stand einzelner Länder wird durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen (EBDD) in den sogenannten REITOX-Berichten zusammengefasst. Diese werden jährlich erstellt und geben den aktuellen Stand der nationalen Drogenpolitik wieder.

8.9 Schadensminimierungsmaßnahmen in Bezug auf i.v. Drogenkonsum in Deutschland

In Deutschland richtet sich die Drogenpolitik generell nach den europäischen Vorgaben. Aus dem Drogen- und Suchtbericht 2006 lassen sich noch nationale Details ableiten. Die Bundesregierung führt die Drogenpolitik in Einzelheiten weiter. Zur Thematik der Spritzentauschprogramme wird in dem nächsten Kapitel genauer eingegangen.

Insbesondere die Prävention hat einen erheblichen Stellenwert.

Zunächst sei die Impfprophylaxe erwähnt. Sowohl in Freiheit als auch in Haftanstalten stehen Hepatitis-B- und -A-Programme zur Verfügung. Insgesamt ist der Zuspruch zufriedenstellend, jedoch wird darauf verwiesen, dass noch immer ein „Compliance-Problem“ existiert. So kann die Lösung nur darin bestehen, die Impfprophylaxe niedrigschwellig an die Betroffenen heranzutragen. Dies ist nur möglich, wenn eine Kombination aus ausführlicher Aufklärung und Selbsthilfegruppen geschaffen bzw. erhalten wird.

Kenntnisse über Infektionskrankheiten und die Übertragungswege sind somit unabdingbar. Innerhalb der JVA 2 antworteten nur 35% aller Befragten zum ersten Erhebungszeitpunkt mit „ja“, ob sie sich ausreichend über Hepatitis informiert fühlen würden. Ein nur geringfügig besserer Wert wurde durch die identische Fragestellung hinsichtlich „HIV“ erzielt. Hier antworteten 57%, sie würden sich gut über HIV informiert fühlen.

Die Prävention außerhalb der Haftanstalten wird in Deutschland neben den offiziellen Behörden auch von der Deutschen AIDS-Hilfe übernommen. Ferner existieren neben Spritzentauschprogrammen außerhalb der Haftanstalten auch Substitutionsbehandlungen, zu denen in Kapitel 9.2 ausführlicher eingegangen werden wird.

Darüber hinaus wurden Drogenkonsumräume eingerichtet, um den Konsumenten einen intakten Bezugspunkt sowie steriles Spritzenbesteck anbieten zu können und ganz besonders die Möglichkeit zu kreieren, generell einen Zugang zu den Konsumenten zu bekommen. Nach dem Quellenstand 2004 existierten nur 25 Drogenkonsumräume in Deutschland, davon fünf Räumen in Hamburg. Die wissenschaftliche Begleitstudie zeigte auch hier: Selbst wenn der Vergleich zwischen Freiheit und Haftanstalt nicht immer möglich erscheint, steckt noch viel Potential in den Informationsaktivitäten. 71% aller befragten Insassen entnahmen ihre Information über Hepatitis und HIV Fachliteratur und Broschüren. Nahezu kein Insasse fühlte sich durch eine interne oder externe Drogenberatungsstelle informiert. Vielmehr standen an zweiter Stelle Freunde außerhalb der Haftanstalt, von denen sie die Informationen bezogen. Auch wenn dies nicht belegt ist, so muss doch davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei um Kreise handelt, die dem Drogenmilieu nahe stehen. Der Informationsgehalt könnte von daher als überschaubar und eventuell stark fehlerbehaftet angesehen werden. Ein intensiverer Zugang zu den Konsumenten muss also weiterhin gesucht und umgesetzt werden.

8.9.1 Das Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger

Ein neuer Ansatz in Sachen „Behandlung und Prävention“ findet seit 2002 im Rahmen einer multizentrischen Studie statt. Dabei handelt es sich um das so genannte „Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“.

Aufgrund der Aktualität soll hier nur auf den zweiten Studienabschnitt eingegangen werden.

Das Projekt wurde von dem Bundesministerium für Gesundheit und einzelnen Bundesländern, u. a. Hamburg, initiiert. Dabei wurden insgesamt zwei Kontrollgruppen miteinander verglichen: 1. Methadon-Substituierte und 2. Heroinabhängige, die entweder a) von einer Methadonbehandlung bisher nicht profitierten, oder b) von den

Drogenhilfesystemen bisher nicht erreicht werden konnten. Diese Gruppen wurden in weitere Untergruppen unterteilt. Als wesentlicher Bestandteil des Projekts bezogen die Heroinkonsumenten unter strengsten medizinischen Gesichtspunkten Heroin in speziellen Konsumräumen. Die Methadonsubstituierten bezogen das Methadon in den bekannten Behandlungsambulanzen, ebenfalls streng medizinisch kontrolliert.

Die erste Studienphase lief zwölf Monate, die zweite Studienphase wurde Anfang 2007 beendet.

8.9.1.1 Vorläufige Ergebnisse des Modellprojekts

Der erste Studienabschnitt erbrachte bereits die folgenden Kernergebnisse:

1. Ein Rückgang des illegalen Drogen(bei)konsums wurde verzeichnet.
2. Diese Behandlungsmethode zeigte größerer Effekte hinsichtlich einer Gesundheitsverbesserung und allgemeiner Konsumreduktion als Methadon.
3. Relevante psychosoziale Einflussfaktoren konnten nicht nachgewiesen werden.

Positive Ergebnisse des zweiten Studienabschnittes in Kürze:

- 434 Patienten traten in die zweite Studienphase ein. Davon setzten 344 (80%) ihre Heroinbehandlung fort.
- 90 Patienten (21%) wechselten in die Methadonbehandlung.
- 4/5 der Patienten schlossen die zweite Studienphase regulär ab.
- Mehr als die Hälfte der ausgeschiedenen Personen hat anschließend eine Substitutionstherapie mit Methadon oder Buprenorphin begonnen.
- 10% wurden abstinent.
- Bei den Methadonbehandelten war die Haltequote um 10% höher als bei der Heroingruppe.
- 90 Personen wechselten von der Methadon- in die Heroingruppe.
- Der Beikonsum von „Straßenheroin“ blieb in der zweiten Studienphase stabil.

- Nach zwei Jahren wurde das Risikoverhalten („Needle Sharing“) vollständig aufgegeben.
- Die durchschnittliche Tagesdosis Heroin betrug 452mg.
- Die durchschnittliche Methadondosis betrug 7,0 mg Methadon.
- Die Heroindosis sank in den 24 Monaten ab, während die Methadondosis leicht stieg.
- Gesundheitliche Aspekte verbesserten sich schnell (körperliche Symptomatik, Ernährungszustand, psychosozialer Zustand, depressive Symptome ließen nach).
- Die Wohnsituation verbesserte sich deutlich.
- Soziale Kontakte außerhalb des Drogenmilieus nahmen zu.
- 2/3 hatten keinen festen Partner.
- Der Freundeskreis bestand bei Studienende zu 1/3 aus Drogenkonsumenten.
- Es kam zu einer elfprozentigen Zunahme an erwerbstätigen Patienten (bei begleitender psychosozialer Betreuung).
- Es gab einen Rückgang des kriminellen Verhaltens in der ersten Phase und eine Stabilisierung in der zweiten Phase.
- Es trat ein Rückgang des illegalen Drogenkonsums (Kokain, Crack, Straßenheroin - verifiziert durch Urinproben) auf.
- Ein Rückgang von Cannabis- und Benzodiazepinnebenkonsum (verifiziert durch Urinproben) konnte verzeichnet werden.
- 1/5 der Testpersonen konsumiert weiterhin Kokain und Straßenheroin – vor allem viele Studienabbrecher in schlechtem gesundheitlichen Zustand.
- Während beider Phasen zeigte sich ein hoher Bedarf an psychosozialer Betreuung.

Negative Ergebnisse des zweiten Studienabschnitts in Kürze:

- Der Heroinbedarf sank ab, wobei die Ursache unklar blieb.
- In dem ersten Studienabschnitt gab es noch cerebrale Krampfanfälle oder Atemdepressionen als unerwartete Ereignisse, in der zweiten Phase keine nennenswerten Ereignisse.
- Die Mortalität betrug in der ersten und zweiten Phase jeweils 1%, wobei kein Todesfall im Zusammenhang mit der Prüfmedikation stand.
- Trotz Rückgang der depressiven Symptome fiel ein gehäuftes Auftreten von Suizidversuchen und vollstreckten Suiziden auf.

Insgesamt erschloss das Heroinprojekt eine neue Behandlungsstrategie, die nach den bisherigen Ergebnissen als erfolgreich zu werten ist. Insbesondere durch die langfristige Stabilisierung der Patienten und durch deren Herauslösung aus dem Drogenkontext besteht zumindest die Hoffnung auf ein Ende des Heroinkonsums bei jedem Einzelnen. Nach längerer politischer Diskussion steht die Verlängerung des Projekts in den meisten Bundesländern oder Stadtstaaten (wie z. B. Hamburg) an.

8.10 Spritzentauschprogramme in Europa

Eingeführt wurden die Spritzentauschprogramme in Gefängnissen als weiteres Fundament einer präventionsorientierten Drogenpolitik in Europa um ca. 1992. Zunächst in der Schweiz, später auch in Moldawien, Spanien und Deutschland eingeführt, zeigten sich schnell positive Ergebnisse wie eine deutliche Senkung risikoreichen Verhaltens („Needle Sharing“). Zum Studienzeitpunkt wurden insgesamt sieben Spritzentauschprogramme in schweizer, sieben in deutschen und fünf in spanischen Gefängnissen durchgeführt.

Außerhalb einer Haftanstalt etablierten sich Tauschprogramme von Nadeln und Kanülen insbesondere über Drogenkonsumräume, Apothekennetze und Drogenberatungsstellen. Apothekennetze finden sich nunmehr in neun europäischen Ländern. Pro Jahr werden 3 bis 250 Spritzen an jeden i.v. Konsumenten ausgegeben.

Erwartungsgemäß konnten sich die Tauschprogramme innerhalb und außerhalb von Haftanstalten nicht parallel zueinander entwickeln.

In „Freiheit“ sind die Tauschprogramme auch nach aktueller Datenlage akzeptiert und existent. Sie gehören in den meisten europäischen Ländern (Ausnahme Zypern) zu den Grundpfeilern einer infektionspräventiven Drogenpolitik. Zusätzlich zu den oben genannten Ausgabestellen haben Deutschland und Frankreich noch 200 bzw. 250 automatenbasierte Vergabestellen in Betrieb. Diese sind hauptsächlich in Drogenkonsumräumen und Ambulanzen untergebracht.

In den Justizvollzugsanstalten hat sich das Bild in den letzten sieben Jahren grundlegend gewandelt. Ausschließlich in Spanien finden sich noch verbreitet Spritzentauschprojekte in Haftanstalten. In Deutschland existiert nach der Datenlage 2006 nur noch ein Spritzentauschprogramm innerhalb einer kleinen Frauen-Justizvollzugsanstalt in Berlin. Die Einstellung der nationalen Projekte erfolgte nach offizieller Darstellung aufgrund mangelnder Akzeptanz seitens der Mitarbeiter, und aufgrund des Widerspruchs des verbotenen Drogenkonsums entgegen der Spritzenerlaubnis.

Das Spritzentauschprogramm in der JVA 2 in Hamburg-Fuhlsbüttel wurde nach knapp einem Jahr durch eine Entscheidung des Hamburger Senates beendet.

8.11 Risikominimierungsstrategien in der JVA 2 Hamburg-Fuhlsbüttel

Nach den internationalen, nationalen und auch innerstädtischen Erfahrungen mit der Vergabe von sterilem Spritzenequipment wurde mit der Einführung des Spritzentauschprogramms die bis dahin effektivste Maßnahme an so genannten „Harm-reduction-Maßnahmen“ in der Justizvollzugsanstalt 2 eingeführt.

Zuvor basierten die Maßnahmen auf einer regelmäßigen Sprechstunde mit einem suchtberatenden Arzt. Diese wurde regelmäßig, sowohl als präventive Maßnahme für gefährdete Insassen (z. B. ehemals drogenkonsumierende Personen) als auch für aktive Konsumenten eingeführt und genutzt.

Als weitere Strategie, welche jedoch nicht als Risikominimierungsstrategie im engeren Sinne dargestellt werden sollte, wurde bereits vor Jahren auch ein internes Methadon-Substitutionsprogramm eingeführt. Dieses verlief parallel zum Spritzentauschprogramm, wobei sich, wie bereits in der Einleitung erwähnt, eine Teilnahme an beiden Projekten ausschloss. Die Methadonsubstituenten werden gesondert betrachtet.

Weiterhin bestand die Möglichkeit, an einer täglich stattfindenden, ärztlichen Sprechstunde teilzunehmen. Diese wurde allerdings nicht als präventive Maßnahme angesehen und Möglichkeiten zum längeren Gespräch bestanden nach unserer Auffassung ebenfalls nicht.

Da ein halbes Jahr nach Abschluss dieser wissenschaftlichen Begleitstudie das Spritzentauschprogramm durch den zuständigen Hamburger Senat beendet wurde, ist bei aktueller Betrachtung kein suffizienter Ansatz von „Harm-Reduction-Maßnahmen“ innerhalb der Justizvollzugsanstalt 2 mehr erkennbar. Darüber hinaus sehen sich die Insassen der JVA 2 mit einer erheblichen Einschränkung des Methadonprogrammes konfrontiert.

8.12 Die Erwartungshaltung aller Insassen an das Spritzentauschprojekt in der JVA 2

Vor Einführung einer „Harm-Reduction-Maßnahme“, wie in diesem Fall dem Spritzentauschprogramm, entwickeln sich multiple Meinungsbilder und Stimmungen. Erwartungen setzen sich aus positiven Erwartungen wie auch Befürchtungen zusammen. Hinsichtlich der Erwartungshaltung an dieses Projekt zeigten unsere Ergebnisse vor der Einführung des Projekts bei der Hälfte der Insassen (53%) eine positive Grundhaltung. Im Wesentlichen konnte sich dieses Bild in der zweiten Befragung bestätigen. Grundpfeiler dieses Stimmungsbildes war insbesondere die Hoffnung auf sinkende Infektionsrisiken. Einschränkungen in der Erwartungshaltung ergaben sich natürlich aus den Unterschieden in der individuellen Bedürfnislage. So urteilten Nichtkonsumenten verständlicherweise anders als Konsumenten oder vertraten eine andere Grundhaltung und somit Erwartung.

Verdeutlicht wird dies anhand der Beantwortung der Frage, ob das Projekt für den Probanden persönlich sinnvoll sei. Waren primär nur 24% der Befragten der Meinung, dass dem so sei, kehrte sich das Bild acht Monate später um. Nunmehr waren 44% der Meinung, dass auch für sie persönlich das Projekt sinnvoll sei. Inwiefern „sinnvoll“ wurde offen gelassen. Für 20% der positiv-eingestellten Insassen bedeutete dies, dass in Zukunft auch eine Teilnahme am Projekt möglich erscheinen könnte. Kennzeichen dieser positiven Grundeinstellung war sowohl statistisch als auch hervorgehend aus den Einzelgesprächen die Aussicht auf sinkende Infektionsrisiken und, wenn auch zu einem geringen Anteil, das Beenden oder Reduzieren von Needle Sharing unter den Konsumenten, woraus ein Vorteil für alle Insassen und Mitarbeiter resultieren würde.

In allen Einschätzungen zur Erwartung an das Projekt, die zu beiden Untersuchungszeitpunkten angegeben wurden, ist die Entwicklung vom Zeitpunkt L1 zu L2 stetig optimistischer. Ein konkreter Rückschluss lässt sich daraus allerdings nicht ziehen. Eventuell muss an die Möglichkeit der aktiveren Auseinandersetzung mit einem Spritzenvergabeprojekt gedacht werden. Ein weiterer Punkt wäre vermutlich die Erkenntnis, dass bis dato negativ eingestellte Insassen aufgrund der geringen Zahlen an vergebenen Spritzen ihre pessimistischen Erwartungen relativierten.

Bei den negativen Erwartungen an das Projekt dominierte in L1 die Angst vor der Benutzung der Spritze als Waffe oder zu Bedrohungs Zwecken. Jedoch schwächte sich dieses Argument nach acht Monaten ab (geäußert von 14% in L1 vs. 5% in L2) und eine steigende Infektionsgefahr wurde in den Mittelpunkt der Gegenargumentation gestellt. Dies ist insbesondere hervorzuheben, da es sowohl als Pro- als auch als Kontra-Argument genutzt wurde. Weiterhin stellten sich vor allem zwei Tatsachen heraus: Zum einen gaben Probanden im Gespräch an, seit Einführung des Projekts „müssten“ sie als „Laufbursche“ für andere Insassen herhalten; andere äußerten die Befürchtung, bei aktueller Abstinenz wieder einem Rückfall erliegen zu können. Dies verdeutlichte sich in der Fragestellung, ob sich der Proband als Nichtkonsument harter Drogen im Laufe des Projekts zu einem solchen Konsum verleitet fühlen könnte: Nahezu jeder zehnte Insasse (11%) sah sich durchaus gefährdet, einem Konsum von harten Drogen näher gekommen zu sein. Nicht auf die eigene Person bezogen befanden sogar primär 32% und in L2 42%, (andere) Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz für harte Drogen könnten wegen des Projekts einen intravenösen Drogenkonsum beginnen.

Die Möglichkeit für nicht-intravenös drogenkonsumierende Insassen, durch die Vergabe steriler Spritzen in den intravenösen Drogenkonsum zu „rutschen“, wurde von immerhin 41% der Insassen als gegeben eingeschätzt. Mit laufendem Projekt konnte diese negative Erwartungshaltung sogar einen steigenden Zuspruch von plus 6% unter allen befragten Insassen verzeichnen.

8.13 Akzeptanz des Sprizentauschprojekts in der JVA 2

Die Akzeptanz des Projekts drückte sich in dem Verhältnis zu den Beamten und Mitarbeitern der JVA aus. Denn sowohl Insassen wie auch Mitarbeiter empfinden

Veränderungen des Vollzugsalltages als weniger wünschenswert und bevorzugen dabei keinerlei negative Einflüsse. In diesem Sinne sollte die Bedeutung des Projekts auf den Alltag bemessen werden. Eine große Mehrheit von 75% war der Meinung, das Verhältnis zu den Beamten habe sich seit Einführung des Projekts nicht verändert. 13% waren sogar der Meinung, die Stimmungslage zwischen Mitarbeitern und Insassen habe sich verbessert. Eine Verschlechterung sahen nur wenige Probanden. Entsprechend konnte der Einfluss des Spritzentausches auf die Interaktionen zwischen Vollzug und Insassen aus Sicht der Insassen als eher gering bewertet werden. Dies wird innerhalb des Mitarbeiterkollektivs anders betrachtet (s. Einzeldarstellung: Mitarbeiter).

Folglich konnte man eher von einer „Duldung“ des Projekts durch die Mehrheit der Insassen als von Akzeptanz sprechen. Eine potentielle Verbesserung dieser Ansicht wäre im Sinne von 17% aller Insassen gegebenenfalls durch eine automatenbasierte Spritzenvergabe, wie sie zum Beispiel in der JVA Vierlande stattfand, zu erreichen gewesen. Denn hier zeigten Begleitstudien, dass automatengestützte Vergabesysteme eine durchweg gute Akzeptanz unter den Insassen erreichten [70].

8.14 Effektivität des Spritzentauschprojekts

8.14.1 Effektivität des Spritzentauschprojekts: Analyse und Darstellung von Veränderungen des Drogenkonsummusters

Passend zu der Lebenszeitprävalenz von Cannabis bestätigte auch die Analyse des Gesamtkollektivs von 131 Probanden, dass in Freiheit 29% der Probanden fast täglich Cannabis konsumierten. In Haft sank der Cannabiskonsum nur unbedeutend auf 22% ab und stieg in den acht Monaten nochmals leicht auf 23% an. Im Vergleich besteht nach aktueller Datenlage (2006) eine Cannabis-Prävalenz der vergangenen zwölf Monate von ca. 7% bis 12% innerhalb der europäischen Bevölkerung. Nach Angaben des „Jahresberichtes zur Drogenproblematik 2006“ ist die hier erhobene Prävalenz für Cannabis noch im unteren Drittel einzuordnen. Untersuchungen in internationalen Haftanstalten haben Lebenszeitprävalenzen von Häftlingen bis zu 86% ergeben.

Der Konsum von Heroin wird als „problematischer Drogenkonsum“ eingeordnet. Betrachtet man erneut internationale Vergleichsdaten, so fällt die Prävalenz für Heroin

in der Normalbevölkerung im Vergleich zu Irland, Portugal oder der Slowakei vergleichsweise gering mit vier Fällen auf 1000 Personen aus.

Analysiert man die Prävalenzdaten für den Heroingebrauch in Haftanstalten, zeigt sich erneut die bedenkliche „Einzigartigkeit“ einer Haftanstalt im Vergleich zur Freiheit. Denn hohe Lebenszeitprävalenzen verdeutlichen die Anfälligkeit des Haftkollektivs für den Konsum harter, illegaler Drogen. Daraus lässt sich auch die differente Haltung „des Vollzugs“ gegenüber den unterschiedlichen Konsumentengruppen betrachten. Denn während dem Cannabiskonsum gegenüber noch inoffiziell ein gewisses Maß an Toleranz gewahrt wurde, erfolgten bei Heroin bzw. Fund von harten Drogen sofortige Sanktionen bis hin zu weiteren Strafverfolgungsmaßnahmen.

Dies muss bei der Darstellung der Ergebnisse beachtet werden. So gaben 23% des Gesamtkollektivs in Freiheit einen täglichen Heroinkonsum an, für welchen in den Folgebeobachtungen ein Rückgang auf 7% zum Zeitpunkt L1 registriert wurde. Zum zweiten Befragungszeitpunkt L2 schwächte sich das Bild leicht ab, weil noch 2% einen wöchentlichen Konsum von Heroin angaben. 7% bestätigten dies indem sie äußerten, nach acht Monaten Laufzeit des STP seltener Heroin zu konsumieren.

Berücksichtigt man die steigende Tendenz des Konsums von Kokain, z. B. mit einer Lebenszeitprävalenz in den USA von 14% (12-Monats-Prävalenz 2,4%) und europaweit ca. 3% (12-Monats-Prävalenz 1%) aller Erwachsener, erstaunt der gewohnheitsmäßige Konsum von Kokain bei mehr als einem Drittel der hier befragten Insassen nicht. Besondere Berücksichtigung muss dem Kokainkonsumenten aufgrund der Tatsache gewidmet werden, dass die Tendenz zur Sekundärdroge anhält. Das heißt, Kokain wird in zunehmenden Maße mit anderen Drogen kombiniert. Dies stellt insbesondere ein Problem für die therapeutischen Ansätze dar, denn z. B. das sogenannte „Speedballing“ mit der Kombination aus Heroin und Kokain in einer Spritze markiert eine neue Qualität der Konsumgewohnheiten. Bei den Kokainkonsumenten in Europa steht die Kombination Kokain+Cannabis bei 31,6% im Vordergrund, gefolgt von Kokain+Opioiden mit 28,6% und Kokain+Alkohol mit 17,4%.

Veränderungen des Kokainkonsums traten in der Haft deutlich zutage. Zum ersten Befragungszeitpunkt bestätigten noch 14% einen Konsum von Kokain mehrmals im Monat. Acht Monate später äußerten schließlich 9%, sie würden noch seltener Kokain in der JVA 2 konsumieren. Dies begründet sich nach mündlicher Auskunft einzelner Insassen mit Kokainkonsum hauptsächlich in dem Preis der Droge. Neueste Daten

(REITOX-Bericht 2006) zeigen, dass die Preise für Heroin und LSD in den letzten zehn Jahren um fast 50% sanken, Kokain preislich in Deutschland stabil blieb, in Europa insgesamt jedoch preislich um ca. 22% abfiel.

Im Rahmen der Studie wurde der Versuch unternommen, den Drogenmarkt innerhalb der JVA näher zu beleuchten und die damaligen Preise in Erfahrung zu bringen. Dies würde durchaus Rückschlüsse über den „internen Markt“ und Strukturen zulassen.

Allerdings musste man besonders bei dieser Fragestellung mit vielerlei absichtlich falschen oder unwissenden Antworten rechnen. Insgesamt zeigte sich eine Preisgestaltung für das Heroin von ca. 60 bis 100 Euro pro Gramm und für das Kokain von 75 bis maximal 300 Euro pro Gramm. Diese Preise bezogen sich ausschließlich auf den Markt innerhalb der JVA 2.

National zeigt sich ein bedenklicher Aufschwung der Crack-Szene, welche sich besonders auf die Ballungsgebiete Hamburg und Frankfurt zu konzentrieren scheint. Die Lebenszeitprävalenzen steigen an und bereits 3% der Kokainkonsumenten in Deutschland verfügen über eine Lebenszeitprävalenz von Crack.

Der Konsum von Crack erfordert von dem Konsumenten aufgrund der schnellen Anflutung und relativ kurzen Wirkung einen hohen „Beschaffungsdruck“. Hier stellt sich häufig die Verbindung zwischen den Crackkonsumenten und den Verfolgungsbehörden bzw. dem Crackkonsum her: Im Rahmen der Rauschgiftkriminalitätsstatistik des BKA vom 31.11.2006 wurden bei ansonsten sinkenden Fallzahlen 6% mehr erstauffällige Konsumenten der Droge Crack verzeichnet. Im Vergleich: Heroin-Rückgang um 13%, Kokain um 7%.

Im Vorfeld eher unerwartet zeigt sich die Position des Crackkonsums. Konsumierten in Freiheit noch 3% täglich und 8% mehrmals die Woche Crack, waren es zum Zeitpunkt der Ersterhebung nur noch Einzelne, die einen Crackkonsum bestätigten und keine Person zum Zeitpunkt L2. Somit spielte Crack bei den drogenkonsumierenden Insassen eine untergeordnete Rolle.

Nicht vordergründig für die Effektivität der Spritzenausgabe werden noch weitere harte und „weiche“ Drogen am Rande beleuchtet. Alkoholkonsum in einer geschlossenen Anstalt ist aufgrund der Transport- und Lagerungsmöglichkeiten sowie der häufigen Notwendigkeit der Produktion vor Ort eher als Randerscheinung zu betrachten. Die

Prävalenz des Alkoholkonsum im Vergleich (Freiheit vs. Haft) verlief durchschnittlich bei 18% (mit täglichem Konsum) auf 1 bis 2% mit nunmehr wöchentlichem oder monatlichem Konsum von Alkohol. Durch häufige Zellendurchsuchungen und Kontrollen ist ein größerer Konsum bezüglich Menge und Frequenz nahezu ausgeschlossen.

Von den Kritikern des Projekts wurde in erster Linie von einem ansteigenden Konsum im Laufe des Spritzentauschprojekts ausgegangen („Mangel an Spritzen, bei ausreichend Drogen“). Dies konnte anhand der Daten nicht bestätigt werden, auch blieb ein signifikanter Anstieg des intravenösen Drogenkonsums aus.

Dies deckt sich mit den Untersuchungen von Dolan [39], in denen Spritzentauschprogramme in der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz untersucht wurden, bei denen sich im Laufe der Spritzentauschprogramme tendenziell eine leichte Reduktion des Konsums von harten Drogen zeigte. Explizit kam es in Hindelbank 1992 sogar zu einer erheblichen Reduktion des Drogenkonsums bei einer Analyse im Zeitraum von 3,6 und 12 Monaten und immerhin 5.335 ausgegebenen Spritzen.

In der deutschen Justizvollzugsanstalt in Lingen/Niedersachsen konnte im Rahmen der Untersuchung von Dolan [39] ebenfalls keine Steigerung des Drogenkonsums verzeichnet werden. In dem Männergefängnis in Basauri in Spanien wurden insgesamt 16.500 Spritzen über zwei Jahre hinweg ausgegeben. Die wissenschaftliche Begleitstudie konnte keine Konsumsteigerung belegen.

Stark [147] untersuchte 1998 Spritzentauschprojekte in zwei Berliner Gefängnissen mit insgesamt 174 Probanden. Hier zeigte sich eine hohe Rate an intravenösdrogenkonsumierenden Insassen (75%), deren Anzahl sich entgegen der Erfahrungen nicht reduzierte oder auf einem niedrigen Niveau stabilisierte.

8.14.2 Effektivität des Spritzentauschprojekts: Infektiologisch-relevante Begleit- und Folgeerscheinungen bei dem gesamten Kollektiv

Im Mittelpunkt der Teilanalyse steht die Frage, ob durch eine höhere Anzahl an zu erhaltenden Spritzen, im Sinne eines Negativ-Effektes, die negativen Folge- und Begleiterscheinungen im Laufe des Beobachtungszeitraumes gestiegen sein könnten. Dies begründet sich zum Beispiel in dem Argument, dass 16% der Insassen zu dem Befragungspunkt L2 eine Steigerung des persönlichen Konsums harter Drogen mit dem Spritzentauschprojekt in direkte Verbindung brachten.

Folgte man nach dem körperlichen Untersuchungsergebnis zeigten sich in L1 und L2 annähernd ähnliche Ergebnisse. Bei 21% in L1 und 15% in der zweiten Befragung wurde protokolliert, dass der Proband einen akut-intoxikierten Eindruck machte. Dieser Eindruck basierte auf den vegetativen Nebenbefunden und einem kurzen neurologischem Status, der schwerpunktmäßig den Romberg-Test beinhaltete, dazu noch vegetative Befunde, wie ein vermehrter Speichelfluss sowie verwaschene Sprache und Einschränkung des Orientierungs- und Denkvermögens.

Entgegen den Erwartungen ging die Anzahl von Probanden mit multiplen, frischen Nadeleinstichstellen im Beobachtungszeitraum leicht zurück. Bezogen auf alle Insassen wurden primär insgesamt noch 15% mit frischen Nadeleinstichstellen erkannt (aufgeteilt in 2% einzelne Injektionsstellen; 13% multiple Einstichstellen), während es in der Folgeuntersuchung noch insgesamt 11% waren (unterteilt in 4% einzelne Einstichstellen; 7% multiple Einstichstellen). Vernarbte (ältere) Einstichstellen fanden sich den Daten zufolge bei insgesamt 31% der Insassen in L1 und 18% der Insassen in L2. Kritisch muss bemerkt werden, dass in der Folgeuntersuchung mindestens eine gleiche oder höhere Anzahl an älteren Einstichstellen zu erwarten gewesen wäre. Diesbezüglich ist von einer untersucherabhängigen Variable auszugehen, außerdem kann dies durch die selektive Rekrutierung in L2 bedingt sein.

Eine Zunahme an frischen, entzündlichen Komplikationen oder Abszessen wurde entgegen den Untersuchungen von Heinemann [70] nicht beobachtet.

8.14.3 Effektivität des Spritzentauschprojekts: Wissenstand über HIV und Hepatitis, Verhaltenskonsequenzen

Mit Einführung des Spritzentauschprogramms als „Harm-Reduction-Strategie“ wurde durch die begleitenden Informationsmaßnahmen, Flugblätter und Einzelgespräche im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde oder ärztlichen Drogenberatungsstelle in der JVA 2 erhofft, die Aufklärung über sogenannte „Blood-bourne-virus-diseases“ wie Hepatitis-B, -C und HIV zu forcieren.

Dies sollte im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitstudie durch die „Angst“ vor einer Infektion mit dem Hepatitis-/HIV-Erreger sowie des individuellen Wissenstandes („Fühlen Sie sich gut über ... informiert?“) quantifiziert werden.

Grundsätzlich stellte sich dabei heraus, dass die Angst vor möglichen Hepatitisinfektionen zu beiden Beobachtungszeitpunkten (L1:50%/L2:51%) größer war als die Angst vor einer HIV-Infektion (L1:35%/L2:51%). Bezogen auf Hepatitis konnten zwischen den Befragungen keine Unterschiede hinsichtlich einer größeren Besorgnis registriert werden, obwohl sich der individuelle Wissensstand über Hepatitis seit Einführung des Projekts verbesserte, denn 16% der Befragten sahen sich in L2 im Vergleich zu L1 besser über Hepatitis informiert.

Dagegen wurde die HIV-Infektion entgegen der Erwartungen nicht zwingend als „bedrohlicher“ eingestuft. Bemerkenswert ist hier sicherlich die Tatsache, dass die Einführung des Spritzentauschs von den Insassen in L2 nicht als größere Gefahr angesehen wurde, wie auch in der Erwartungshaltung analysiert, sondern als Möglichkeit zur Senkung des Infektionspotentials. Dies konnte durch die Zahlen belegt werden: Unverändert 44%/45% sahen eine Gefahr durch HIV in der JVA 2, aber 43% (L2) versus 33% (L1) erwarteten keine Zunahme einer HIV-Infektionsgefahr nach acht Monaten Projektlaufzeit bei unverändertem Kenntnisstand.

Resultierend aus den genannten Ergebnissen sollte erfasst werden, welche Informationsmittel und methodischen Ansätze einen besseren Kenntnisstand, besonders bezüglich der Hepatitiserkrankung, vermitteln konnten. Aus diesen Daten könnte gefolgert werden, inwiefern und mit welchen Mitteln Insassen einer Haftanstalt am suffizientesten zu erreichen seien. Hierbei konnte nachgewiesen werden, dass die meisten (71%) Teilnehmer ihre Informationen aus Broschüren und Literatur bezogen.

Nicht einmal 1% entnahm sein Wissen über HIV und Hepatitis der internen Drogenberatung. 2% profitierten von der ärztlichen Sprechstunde.

Da ein bundesdeutscher Aktionsplan für Drogen und Sucht bereits 2003 beschlossen wurde, gilt es im Hinblick auf die oben genannten Ergebnisse, solcherlei Bestrebungen nicht nur auf Konsumenten außerhalb einer Haftanstalt zu beziehen, sondern, und in Anbetracht der Konsumgewohnheiten, gerade das Klientel in Haft mit in den Focus zu nehmen.

Entsprechend muss die Konsequenz eine intensivere Kontaktaufnahme mit dem einzelnen Konsumenten sein, wie sie auch in den externen Drogenkonsumräumen und Behandlungseinrichtungen seit Jahren durchgeführt wird, und die weitere Verbreitung und Aushändigung von Literatur und Broschüren beinhalten.

8.15 Der i.v. Drogenkonsument (IVDA)

Der intravenöse Konsum von Drogen birgt infektionsepidemiologisch das höchste Risiko in sich. Vorgreifend lässt sich sagen, dass 2005 7% der Patienten mit der Erstdiagnose HIV aus dem Kollektiv der IVDA kamen (im Jahr 2000: 10%). Darüber hinaus birgt der i.v. Konsum ein erhebliches Spektrum an Gesundheitsgefährdungen, wie z. B. Abszessbildungen, Entzündungen von Herzklappen und Herzmuskel sowie nahezu unkontrollierte Einnahmerisiken. Die genaue Anzahl von IVDA national wie auch international beruht größtenteils auf Schätzungen, welche auf der Basis von Polizeiakten, Zugängen zu Behandlungsprogrammen und nicht zuletzt Drogentodesfällen erhoben werden. In Europa geht man von ca. einem bis sechs IVDA je 1000 Einwohner aus. Hohe Zahlen (6 je 1000) wurden laut dem Jahresbericht der Drogenproblematik 2006 in Europa aus Österreich und Luxemburg gemeldet, während Zypern und Griechenland beispielsweise einen IVDA auf 1000 Einwohner schätzten, wobei sich keine eindeutigen Tendenzen erkennen ließen.

Dabei gilt Heroin weiterhin als die führende, intravenös konsumierte Droge. Aufgrund von Daten aus den Drogenbehandlungszentren liegt in Deutschland bei 50 bis 70% der IVDA ein i.v. Konsum von Heroin vor (Kokain nach Schätzungen des Jahres 2005: 33%). Von der Charakteristik her sind über 50% der IVDA älter als 30 und nur 7% jünger als 20 Jahre, wobei 50% der IVDA bei dem erstmaligen intravenösen Konsum jünger als 20 Jahre waren.

Wie ausgeprägt die negative Verbindung zwischen den IVDA und der Haftanstalt ist, erkennt man auch an der Tatsache, dass 5 bis 25% der IVDA ihre ersten Drogenerfahrungen in einer Haftanstalt gemacht haben (Quelle: Drogen- und Suchtbericht 2006). Eine weitere Studie in Vollzugsanstalten von acht europäischen Staaten [54] zeigte ebenfalls, dass 5 bis 15% der IVDA mit Haftbeginn ihre ersten Drogenerfahrungen sammelten.

Der IVDA in Haft zeichnet sich häufig wie folgt aus: jugendliches Alter, sozialer Abstieg in der Gesellschaft, häufig polytoxikoman, bereits mindestens einmal inhaftiert, diverse Therapieversuche unternommen und an schweren körperlichen oder psychischen Krankheiten leidend.

Einige Insassen versuchen den Haftaufenthalt als Chance für ein drogenfreies Leben zu nutzen, wenn die sie belastenden, meist nicht zuletzt erpresserischen, sozialen Strukturen in ihrem engeren Umfeld wegfallen.

Dagegen gibt es auch gerade die eher zurückhaltenden bzw. schüchternen Charaktere, die bis zum Eintritt in die Haftanstalt noch keinen Kontakt zu illegalen Drogen hatten, diese Scheu aber aufgrund der sozialen Verhältnisse, die sich progredient entwickelnde Apathie sowie die herrschende körperliche und/oder psychische Gewalt, Erpressungen, Einschüchterungen seitens der Mitgefangenen vor Ort verlieren und sich den Verhältnissen anzupassen versuchen.

So entsteht infektionsgefährdendes Konsumverhalten (in der Haft), denn der abhängige Insasse muss sich zusätzlich noch mit den neuartigen Umständen des Konsums „arrangieren“; er steht unter dem Druck der drohenden Entzugssymptomatik, ist nicht im Besitz von sauberem Spritzenbesteck, welches er eventuell von „draußen“ gewohnt ist, und steht als Neuzugang im besonderem Maße unter dem Druck der Vollzugsmaßregelung. Die Folge daraus ist ein zunehmend risikoreicheres Konsumverhalten.

Der Insasse praktiziert Verhaltensformen, die zwar teilweise zur sozialen Konsumpraxis und Kultur des intravenösen Drogenkonsums gezählt werden (Reiter, Riedmann, Müller, 1998) und von vielen Drogenkonsumenten als „unweigerlich dazugehörend“ geschildert werden, um eine gemeinschaftliche Atmosphäre aufzubauen, im hygienischem Kontext aber im höchsten Maße Infektionspotential besitzen. Der

hygienische Anspruch wird dann auch meist schnell vom Konsumenten vernachlässigt, weil, wie zuvor geschildert, der auf sie einwirkende Druck zu groß wird.

Als wenig überraschend stellt sich in der Literatur dar, dass ganze 50% der IVDA ihren Drogenkonsum einschließlich „weicher Drogen“ innerhalb einer Haftanstalt fortsetzen. Dies deckt sich mit den in dieser Studie erhobenen Ergebnissen, dass beispielsweise 17% der IVDA ihren Heroinkonsum, allenfalls geringfügig reduziert, innerhalb der Haftanstalt fortsetzten.

Bredeek [16] geht davon aus, dass etwa 52% der intravenös drogenabhängigen Menschen in Deutschland mindestens einmal in ihrer Drogenkarriere inhaftiert wurden und den Konsum dann unter Haftbedingungen fortsetzten. Das Bundesgesundheitsministerium geht von einem Anteil von 40% IVDA am Gesamtkollektiv aus, die ihren Drogenkonsum in der Haftvollzugsanstalt fortführen. Ähnliche Ergebnisse erfasste auch das ENDHAP (European Network of Drug and HIV Services in Prison) mit 46,5% [54]. Das EMCDDA [48] fand für die Jahre 1999 und 2000 prozentuale Anteile von 15 bis 50% der IVDA am Gesamtkollektiv.

77% der angesprochenen IVDA innerhalb der Haftanstalt konsumierten nach einer Analyse des EMCDDA 2001 [49] bereits vor Haftbeginn Drogen. Dies unterteilte sich in folgende Anteile: 73% Opiate, 49% Cannabis und 44% Kokain.

Bei einer Untersuchung in der Frauen-Justizvollzugsanstalt in Vechta/Niedersachsen 2002 konnte ein Anteil von drogenkonsumierenden Frauen unter den Insassen von 57% festgestellt werden [84].

In einer Untersuchung in einer Kölner JVA zeigte Weilandt [161], dass 33% bereits vor Haft intravenösen Drogenkonsum durchführten, 92% haben in den letzten vier Wochen vor Haftbeginn mit dem i.v. Konsum begonnen. Davon praktizierten noch 36% auch unter Haftbedingungen einen i.v. Drogenkonsum

Unter ähnlicher Sichtweise untersuchte Stark [146] 174 Insassen von zwei Berliner Haftanstalten. Dabei zeigten sich vor Haftbeginn und während der Haft mit 75% identische Raten an intravenös drogenkonsumierenden Insassen.

Stöver erklärt in einer Darstellung [153], dass der Anteil von Drogenkonsumenten in deutschen Haftanstalten bei ca. 20 bis 30% liegt. In einigen Frauengefängnissen fanden sich prozentuale Anteile von bis zu 70% an drogenkonsumierenden Insassen in Relation

zum Gesamtkollektiv. Dies bestätigt auch Kufner in einer Arbeit von 1999 [97]. Im europäischen Umland fanden sich im Vergleich zu den Bundesländern ähnliche Zahlen (Tab. 9).

Tab. 9: Prozentualer Anteil intravenös-drogenkonsumierender Insassen in Relation zum Gesamtkollektiv europäischer Gefängnisse

Land der EU	Rate der Drogenabhängigen Insassen in Relation zu dem gesamten Insassen-Kollektiv	Jahr
Österreich	10-20%	2000
Belgien	32-42%	1993
Dänemark	19-36%	1999
Finnland	15,2-31%	1999
Frankreich	32%	1997
Deutschland	20-30%	1999
Griechenland	26-33%	1995
Irland	30-52%	1998
Italien	25-29%	1999
Luxemburg	36%	1999
Niederlande	14-44%	1997
Portugal	37,3-70%	1998
Spanien	35-54%	k. A.
Schweden	47%	1999
England/Wales	15-29%	k. A.
Schottland	18-33%	1998

Insgesamt schätzt man so allein in Deutschland eine Zahl von ca. 10.000 bis 20.000 inhaftierten, intravenös Drogenabhängigen [79]. Eine deutliche Mehrheit der

Konsumenten ist deutscher Nationalität. Es ließen sich im Jahr 2000 bis zu 87% IVDA deutscher Herkunft und 43% aus dem internationalen Ausland ermitteln.

Der EMCDDA Scientific Report 2001 [49] stellte europaweit eine Zahl von ca. 350.000 Insassen fest, die mindestens einmal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert haben. Ähnliche Erfahrungen konnte A. Boys [13] machen. Er analysierte im Rahmen einer Studie in englischen und walisischen Haftanstalten bei 3.142 Insassen einen prozentualen Anteil von 60% Cannabis- und Heroinkonsumenten.

Besonders die Tatsache, dass 25% vorher niemals Kontakt mit harten Drogen hatten, aber innerhalb der Haftanstalt mit dem Heroinkonsum begannen, wurde hervorgehoben.

8.16 Bedeutung des intravenösen Drogenkonsums in einer Haftanstalt für die Verbreitung von Infektionskrankheiten

Der Zusammenhang zwischen dem intravenösen Drogenkonsum und der Verbreitung von Infektionskrankheiten wie Hepatitis-B, -C und HIV stellt eine bekannte und vielfach untersuchte Variable dar.

Fragt man nach dem Ursprung und den Gründen für das wenig risikobewusste Verhalten, so bietet sich ein weites Antwortenspektrum von einer naiv-nachlässigen Haltung mit der Begründung „...es gab nicht genügend Spritzen, was sollte ich tun?“ bis zu der reflektierten, jedoch nicht weniger gefährvollen Grundhaltung, dass gemeinsames „Fixen“ einfach zur Kultur des Heroinkonsums gehöre, wie viele Insassen vor Ort äußerten.

Als besondere Gefahr für die Verbreitung so genannter bloodborne-viruses gilt das Needle Sharing. Die Weitergabe kontaminierten Spritzenequipments stellt einen wesentlichen Faktor für das erhöhte Infektionsrisiko dar. So kann zwar festgestellt werden, dass die Zahlen an (HIV-)Neuinfektionen bei IVDA seit ca. zehn Jahren rückläufig sind, dennoch haben 77% aller HIV-Neuinfektionen durch IVDA in Deutschland stattgefunden. Weiterhin stellt der i.v. Konsum den wesentlichsten Risikofaktor zur Weitergabe einer HCV-Infektion dar. Im Jahr 2005 ergab sich bei 37% aller Hepatitis-C-positiven IVDA der i.v. Konsum bzw. das Weiterreichen des kontaminierten Spritzenmaterials als Ursache für die erlangte Infektion. Bei der Hepatitis B ist der i.v. Konsum bei 7% aller HBV-positiven IVDA für die Infektion verantwortlich (Quelle: Robert-Koch-Institut 2004/2005).

Noch deutlicher wird dies, wenn man sich die Datenlage des Drogen- und Suchtberichtes 2006 aus Deutschland vor Augen führt. Die Prävalenz für HIV liegt bei den IVDA bei 5 bis 10%, die Prävalenz von Hepatitis-C bei über 50% und die Prävalenz von Hepatitis-B bei 50 bis 60%.

Pant [128] formulierte Thesen aus den frühen Jahren der HIV-Forschung mit dem Zitat „...im Jahre 1981 galt Needle Sharing als *der* infektiologisch relevante Übertragungsweg...“ im Artikel „Risiken der HIV Infektion bei i.v. Drogenkonsumenten“.

Weilandt [161] untersuchte Insassen in 25 europäischen Gefängnissen und konkretisierte, ein Zusammenhang zwischen HIV und Needle Sharing sei signifikant nicht ersichtlich. Rotily [138; 139] sah insbesondere die Anzahl der bisherigen Haftaufenthalte als relevanten Prävalenzfaktor. Rund sechsmal höher sei die Seroprävalenz einer HIV-Infektion gegenüber einem intravenös drogenabhängigen Insassen ohne bisherigen Haftaufenthalt. In Hamburg wurden HIV-Tests von 50.000 Insassen (ohne i.v. Drogenkonsum) zwischen 1991 und 1997 (Heinemann, Püschel [71]) durchgeführt. Sie zeigten eine allgemeine Seroprävalenz von 1,5% mit einer Steigerung von 1,1% (1993) bis 1,9% (1997). Dagegen stellte sich bei den IVDA in Haft eine Prävalenzsteigerung von 2,1% (1993) auf 6,3% (1997) heraus.

Frauen in Haft unterliegen einer überdurchschnittlichen Gefährdung, sich mit HIV zu infizieren. Garzon [59] schätzte diese Gefahr als rund dreißigmal höher ein als für die durchschnittliche weibliche Bevölkerung in Freiheit. Ähnliche Aussagen wurden von Kleiber (1995) und Koch et al. (1992) getätigt. 40% der weiblichen IVDA, die mindestens dreimal in ihrem Leben in Haft waren, erfasste er als HIV-positiv. Keppler sah [84] bei einer Untersuchung im Frauengefängnis in Vechta (Niedersachsen) bei 255 getesteten intravenös drogenabhängigen Insassen eine Seroprävalenz von 5,1%. Etwas geringer fiel die Seroprävalenz in einer Analyse von Albota [4] in Hamburg aus: sie lag unter 3.194 getesteten Insassen bei 2,2%.

Hunter [74] fand bei der Untersuchung von 1.214 IVDA in England eine Needle-Sharing-Rate von 52%. Bei genauerer Nachfrage stieg diese sogar auf 78% an. Die Seroprävalenz wurden in dieser Arbeit nicht untersucht. Dagegen fand Wada [159] in

einer japanischen Studie von intravenös konsumierenden Personen eine Needle-Sharing-Rate von 87,2% und eine HCV-Durchseuchung von 53,8%.

Dolan [39] stellte bei seiner Analyse verschiedener Spritzentauschprojekte die Verbindung zwischen Needle Sharing und Infektionsprävalenzen heraus. So zeigte sich bei einer Untersuchung in einer Haftanstalt in Bangkok ein Anstieg der HIV-Prävalenzen von 2 auf 27% innerhalb eines Jahres und nach erneuter Analyse 1988 sogar bis auf 43%. Dies wurde eindeutig mit ständig wechselnden Konsumpartnern in Zusammenhang gebracht.

Konnten die erheblichen Needle-Sharing-Raten durch die Einführung von Spritzentausch- oder Spritzenausgabeprogrammen positiv beeinflusst werden?

Auch hierbei dient die Darstellung von Dolan [39] als Basis zur Betrachtung der bisherigen Programme. In den Gefängnissen von Realta (1997), Hindelbank (1994) und Oberschöngrün (1992) mit einem durchschnittlichen prozentualen Anteil von 50% der IVDA am Gesamtkollektiv konnte eine deutliche Reduktion des Needle Sharing und keine einzige Serokonversion von Hepatitis-B, -C oder HIV unter den Teilnehmern der Spritzenausgabeprogramme ermittelt werden.

In Pamplona konnte 1998 die ohnehin im Vergleich niedrige Needle-Sharing-Rate von 16% auf 13% durch eine automatengestützte Vergabe von Spritzen reduziert werden.

Valenciano [157] kam bei einer Studie über Spritzentauschprogramme (in Freiheit) in Frankreich 1998 zu einer Needle-Sharing-Rate von 18%. Dabei verwendeten die Teilnehmer die Spritzen im Durchschnitt 3,6-mal pro Tag und 93% hatten einen täglichen Konsum von harten Drogen. Hinsichtlich der Infektionsprävalenzen zeigten sich im Vergleich besonders hohe Zahlen an HIV-positiv getesteten Probanden. Hier lag der Anteil bei 19,2%, Hepatitis-C bei 58,4%, welches den übrigen wissenschaftlichen Studien entspricht. Ähnliche Zahlen ermittelte Magis-Rodriguez [106] bei einer Untersuchung in der mexikanischen Stadt Tijuana. Es konnten 402 IVDA untersucht werden, wobei der Anteil der HIV-Positiven bei 4% lag. Rund 30% bestätigten täglichen Tausch des Spritzenmaterials mit anderen Konsumenten.

Die Untersuchung innerhalb zweier Berliner Gefängnisse durch Stark [147] zeigte, dass im Verlauf eines Spritzentauschprogramms innerhalb von vier Monaten die Needle-Sharing-Rate von 74 auf 11% gesenkt werden konnte. Es mussten dennoch vier

Serokonversionen für Hepatitis C festgestellt werden. Die Prävalenzen lagen bei HIV bei vergleichsweise hohen 18%, Hepatitis-B 53% und Hepatitis-C 82%.

Des Jarlais [36] und Emanuelli [46] konnten in zwei unabhängigen Studien die positiven Entwicklungen auf die Seroprävalenz durch langjährige Spritzenvergabeprogramme in Freiheit zeigen.

Des Jarlais [36] untersuchte darüber hinaus die Infektionstrends von 1990 bis 2001 in New York City bei Spritzentauscheteilnehmern mit einem Umsatz von ca. 300.000 Spritzen/Jahr. Er konnte nachweisen, dass die HIV-Prävalenz von 54% auf 13% unter den Teilnehmern gesenkt werden konnte. Bei den HIV-negativen Personen fiel die Rate an HCV-positiven Befunden von 80 auf 52% zurück und bei allen Teilnehmern von 90% auf 60%.

Bei einer Untersuchung von Wood et al. [146] gaben 20,2% der HIV-positiven IVDA an, weiterhin Needle Sharing zu praktizieren. Bei einer irischen Studie von Allwright et al. [5] äußerten 37% der i.v. drogenabhängigen Insassen, in Freiheit Needle Sharing praktiziert zu haben. In Haft gaben 58% an, mit mehreren Mitkonsumenten Spritzenbesteck zu teilen.

„Needle Sharing“ stellt laut Stark und Müller ein zehnfach höheres Risiko dar, eine HIV-Infektion zu erlangen, als bei Personen, die bislang keinen Haftaufenthalt in ihrem Leben hatten. Ebenso stellte er fest: Wenn Insassen fünfzigmal ein Needle Sharing durchführten, unabhängig von der Anzahl der Mitkonsumenten, ist die Gefahr einer HIV-Infektion rund fünfzigmal höher als für Konsumenten ohne Needle Sharing. 97% hätten gleichzeitig eine Hepatitis-C-Co-Infektion. Ähnliche Ergebnisse zeigte auch die oben genannte Studie von Allwright [5], denn sie führte zu einer Prävalenz von HCV von 89,1% bei Needle-Sharing-Konsumenten in Haft und 62,2% von IVDA ohne Needle Sharing.

Wie sich schon anhand der angeführten internationalen und nationalen Studien zeigen lässt, ist eine Unterscheidung zwischen intravenösem Drogenkonsum in Haft und intravenösem Konsum in Freiheit zur Einschätzung des Infektionsrisikos zwingend notwendig.

Kann in Freiheit unter der Voraussetzung eines ausreichenden Angebotes von Spritzen die Needle-Sharing-Rate in Richtung Null zurückgeführt werden, sind die Insassen einer Justizvollzugsanstalt besonderen Bedingungen unterworfen. Der Besitz einer Spritze ist den Teilnehmern eines Vergabeprogramms erlaubt, jedoch führen Drogenanhaftungen o. ä. zu sofortigen Sanktionen. Dies führt zu einem „versteckten Konsum“ von Nicht-Teilnehmern und somit teilweise zum unfreiwilligen und „erzwungenen“ Needle Sharing.

Als Überleitung zu den Verhältnissen in der JVA 2 sei die Arbeit von Heinemann [70] erwähnt. Die hierbei durchgeführte Untersuchung im Jahr 1997 anlässlich einer automatengestützten Spritzenvergabe in dem offenen Justizvollzug der Anstalt Vierlande in Hamburg zeigte trotz sinkender Needle-Sharing-Raten fünf Serokonversionen von Hepatitis B, und zwei Serokonversionen von Hepatitis C, welche sich nach Autorenangaben mit hoher Wahrscheinlichkeit in Haft ereigneten.

8.17 Intravenöser Drogenkonsum und Needle Sharing in der JVA 2

Die aktuelle Untersuchung bestätigte erwartungsgemäß ein erhebliches Risikoverhalten bei intravenös drogenkonsumierenden Insassen und schließt nahtlos an die bereits vorgestellten internationalen Studien an.

So stellte sich heraus, dass von dem Gesamtkollektiv ca. 20% der Insassen außerhalb der Haftanstalt immer intravenös Heroin konsumierten und sich dieses innerhalb der JVA 2 mäßig auf zunächst 10% und im weiteren Verlauf 5% reduzierte.

Lebenszeitprävalenzen für den i.v. Konsum werden europaweit auf 7 bis 38% geschätzt. Berücksichtigt man die geringe Anzahl an Spritzentauschprogrammen in den internationalen Haftanstalten, so verdeutlicht der prozentuale Anteil von 1 bis 5% intravenösen Heroinkonsums innerhalb europäischer Haftanstalten das erhebliche Dunkelfeld an i.v.-Konsumenten von Opiaten fernab eines Spritzentauschprogrammes..

Die hier befragten Insassen gaben an, dass 56% der Heroin konsumierenden Insassen in Freiheit Heroin immer intravenös applizierten. Kokainkonsum wurde in Freiheit von 42% der Kokainkonsumenten immer i.v. angewendet. In der Anstalt 2 ergab dahingehend sich eine gewisse Stabilität: zum Zeitpunkt L1 32% und zum Zeitpunkt L2 fanden sich 33% Kokainkonsumenten mit ausschließlich intravenösen Konsum.

Bezogen auf das gesamte Kollektiv konnte analysiert werden, dass 20% aller Insassen in Freiheit nahezu immer Heroin intravenös applizierten, während sich von L1 zu L2

ein leichter Rückgang abzeichnete. So fanden sich bei L1 noch 9% mit intravenösem Heroinkonsum gemessen am Gesamtkollektiv und bei L2 noch 5%. Hier sollte jedoch eine Dunkelziffer an Insassen beachtet werden, die durch Angaben von Konsumgewohnheiten Sanktionen zu befürchten gehabt hätten. Betrachtet man erneut die europäische Datenlage, aus der ersichtlich wird, dass der intravenöse Heroinkonsum bei allen befragten IVDA bei 64,7% (Zeitpunkt 2005) und der intravenöse Kokainkonsum der untersuchten IVDA bei 32,8% lag, erkennt man den vergleichsweise hohen prozentualen Anteil von intravenös konsumierenden Personen innerhalb der hier beobachteten Vollzugsanstalt.

Aus dem hohen Anteil dieser Insassen in Relation zum Gesamtkollektiv musste der Tatsache Beachtung geschenkt werden, dass aufgrund der spezifischen Konsumgewohnheiten mit einem niedrigen Gesundheitsbewusstsein zu rechnen wäre und infolge dessen mit der Neigung zur Weitergabe kontaminierten Spritzenequipments.

Vor Beginn des Programms verfügten 22% der bei der Studie teilnehmenden IVDA über mindestens eine Spritze. Nach sechsmonatiger Erfahrung hatten 23% meist eine Spritze zur Verfügung, allerdings gaben nun 27% der Probanden an, sie würden über deutlich mehr als eine Spritze verfügen. Daraus resultierte zunächst nur die Vermutung, dass es zu einem Spritzenhandel gekommen sei. Dies wird auch durch die Angabe untermauert, dass es entgegen aller Sanktionsmaßnahmen zu einem „Stellvertreter-Tausch“ kam. Denn 58% der IVDA schickten andere Insassen zur Bewahrung ihrer Anonymität oder zur Installation eines professionellen Handels zum Spritzentausch vor. Damit wurde das negative Argument des Handels indirekt bestätigt, doch verblieb die Hoffnung, die hohe Anzahl an Spritzen könnte die Needle-Sharing-Rate im Verlauf des Spritzentauschprojekts erheblich senken.

Gaben im Februar 2000 noch 35% der IVDA an, fast täglich die Spritze anderer Insassen zu benutzen, sank dies nach acht Monaten auf 3% ab. Auch die Benutzung kontaminierter Spritzen in kleineren Abständen (mehrmals pro Woche/mehrmals pro Monat) sank von 9% bzw. 16% auf jeweils 3%. Parallel zu diesen Erfahrungen konnte auch gezeigt werden, dass die aktive Weitergabe der eigenen (kontaminierten) Spritze von Konsumenten harter Drogen an andere Insassen rückläufig war. Bei einer primär registrierten, täglichen Weitergabe von Spritzen bei 41% der Konsumenten sank diese

nach acht Monaten Projektverlauf auf 0%. Dafür zeigte sich allerdings eine leichte Verlagerung und 12% der Konsumenten gaben ihre Spritze nun zumindest noch mehrmals in der Woche an andere Personen weiter. Somit finden sich Parallelen zu der Arbeit von Stark et al. [147], bei der es gelang, herauszustellen, dass die Needle-Sharing-Rate unter den IVDA sogar von 71% auf 0% zurückgehen kann.

Ein weiterer Aspekt war die auffallend hohe Anzahl an Mitbenutzern je Spritze vor Beginn des Projekts. 52% der Konsumenten harter Drogen gaben an, dass mehr als drei Mitbenutzer an einer Spritze beteiligt seien. Mündlich äußerten einige, zu dem Konsum von Opiaten gehöre das „Gemeinschaftsgefühl“. Nach acht Monaten konnte auch in diesem Bereich eine Reduktion, aber kein komplettes Einstellen des Risikoverhaltens registriert werden. Von den 52% der IVDA in L1, welche mehr als drei Mitbenutzer angaben, antworteten in L2 noch 21%, dass eben diese Anzahl von Mitbenutzern bestehe. Dafür „etablierte“ sich der Konsum zu zweit oder zu dritt bei etwa 20%. Das heißt in einem deutlich kleineren Kreis wurde in geringerer Frequenz Needle Sharing praktiziert. Als utopisch musste man also trotz einiger positiver Erwartungen die Tatsache betrachten, dass Needle Sharing könne hier ebenfalls auf Null abgesenkt werden.

Konnte man noch vor Beginn des Projekts die suboptimale Situation nachvollziehen, dass Konsumenten „aus der Not heraus“ gebrauchte Spritzen nutzen bzw. ihre kontaminierten weitergeben mussten, da keine anderen (sterilen) zur Verfügung standen, erschien dies spätestens nach Einführung des Projekts nicht mehr nachvollziehbar. Warum sollten die Konsumenten harter Drogen weiterhin eine gesundheitsgefährdende Praktik ausführen? Während 24% der Probanden in L1 noch sagten, sie würden kontaminierte Spritzen benutzen, weil keine sterilen/sauberen zur Verfügung stehen würden, benutzten 84% der Konsumenten auch im Verlauf des Projekts kontaminierte Spritzen, weil die Ausgabe ihnen nicht anonym genug erschien. 50% der Konsumenten harter Drogen benutzten eine Spritze aus dem offiziellem Tausch häufiger als dreimal.

Dieses Argument ließe sich prinzipiell mit der Einführung von Sprizentauschautomaten entkräften. Studien in der Haftanstalt Vierlande haben gezeigt, dass dies möglich ist. Zwar bezweifelten dort einige wenige Insassen die ausreichende Anonymität, da die

Automaten nicht gänzlich uneinsehbar aufgestellt werden konnten. Bei der Mehrheit zeigte sich jedoch eine hohe Akzeptanz.

Von allen hier befragten Insassen sahen nur 17% eine positive Entwicklung in einer automatengestützten Vergabe. Von den IVDA würde nur eine Person die Vergabepraxis aus der Haftanstalt Vierlande übernehmen wollen.

Vor dem Start des Projekts zeigte sich noch eine erhebliche Rate an Insassen mit risikobehafteten Verhalten und der Praxis des Needle Sharing. Daraus leitete sich die Frage ab, inwiefern sich die Konsumenten des hohen Risikos in Bezug auf die Infektionskrankheiten HIV, Hepatitis-B und -C bewusst waren. 64% der Konsumenten harter Drogen befürchteten eine Infektion mit HIV-Virusmaterial bei der Benutzung kontaminierter Spritzen. 24% sahen die Gefahr einer Infektion mit HCV-Erregern bei der Benutzung kontaminierter Spritzen als vordergründige Gefahr an. Das Risikobewusstsein besserte sich im Verlauf der Studie geringfügig. Denn während in L1 noch 41% der Konsumenten angaben, bereits einmal eine Spritze mit einem sicher Hepatitis-positiven Insassen geteilt zu haben (HIV 17%), wurde dies in L2 von rund der Hälfte (bei HIV 0%) der Insassen angegeben.

Da sich Risikobewusstsein im erweiterten Sinne nicht nur auf Konsumenten harter Drogen bezieht, sondern sich auch Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz durch Infektionskrankheiten bedroht fühlen könnten, schloss die Analyse, inwieweit die Insassen eigentlich über „Background“-Informationen verfügten, alle Insassen mit ein. Denn dass es ein Gefahrenpotential für den individuell Befragten persönlich im Bezug auf eine Hepatitis- und/oder HIV-Infektion gab, wussten 50% aller Insassen (Hepatitis 50%, HIV 44%). Dies änderte sich auch im Laufe des Projekts nicht wesentlich (Hepatitis 51%, HIV 45%). Doch kann der Insasse oder auch Konsument harter Drogen die Gefahr seines Verhaltens richtig einschätzen, wenn er sich über die Risiken und Vermeidungsstrategien von infektionsgefährdenden Situationen gar nicht bewusst ist?

Dies spiegelt sich besonders in den Antworten auf die Frage wieder, ob sich der Insasse „gut“ über Hepatitis/HIV informiert fühle. Hier stach zunächst heraus, dass sich zum Zeitpunkt L1 nur 35% der untersuchten Insassen gut über Hepatitis informiert fühlen. Subjektiv besser informiert fühlten sich 57 % der Insassen über HIV. Insbesondere bei Hepatitis regte die Einführung des Spritzentauschprogramms eine differenziertere

Auseinandersetzung mit der Thematik an. In L2 sahen sich schließlich 51% der Insassen gut über Hepatitis informiert (HIV 61%).

8.18 Virushepatitiden

8.18.1 Hepatitis B in der deutschen und europäischen Allgemeinbevölkerung

Die Verbreitung des Hepatitis-B-Virus ist in Deutschland im internationalen Vergleich relativ gering. So schätzt man zum Zeitpunkt dieser Begleitstudie 2000/2001, dass durchschnittlich ca. 0,4 bis 0,7% der deutschen Gesamtbevölkerung Träger des HBV (HBc positiv) sind, und 5 bis 7% der Bevölkerung bereits einmal eine Hepatitis-B-Infektion (HBs-AG positiv) durchgemacht haben. In einem Bundesgesundheitsurvey, unterstützt durch das Robert-Koch-Institut im Jahr 1998 [9], waren 7% HBc-positiv und 0,6% HBs-AG-positiv. Diese Personen hatten demnach bereits eine einmalige akute bzw. chronische Hepatitis-B. Nach dem aktuellen Stand, publiziert durch das RKI 2004, ergeben sich keine wesentlichen Veränderungen in der HBV-Prävalenz.

Zurückblickend gab es in dem Jahr 2000 4.542 gemeldete Neuerkrankungen an Hepatitis-B in Deutschland. Das heißt: 5,5 Neuerkrankungen auf 100000 Einwohner. Im Gegensatz zum Vorjahr stagnierte diese Zahl (1999: 4508 gem. Neuerkrankungen, 5,5 Erkrankungen/100.000 Einwohner). In den Jahren 1990 bis 1997 kam es zu einem stetigen Anstieg der HBV-Prävalenzen; dieser Trend hat sich demnach nicht fortgesetzt. Im Vergleich der Bundesländer 2000 meldete Rheinland-Pfalz die meisten Neuerkrankungen mit 8,0/100.000 Einwohnern, Das Minimum an neu gemeldeten HBV Infektionen gab es in Thüringen mit 1,0/100.000 Einwohnern.

Starke Zunahmen der Neumeldungen gab es in Niedersachsen, dem Saarland und Sachsen-Anhalt. Nach wie vor gibt es ein West-Ost Gefälle, d. h., in den neuen Bundesländern liegen die Inzidenzen für Hepatitis-B-Infektionen unter denen der alten Bundesländer. Diese Tatsache begründet sich hauptsächlich durch den geringeren Anteil an Hochrisikogruppen, wie z. B. intravenös Drogenkonsumierende und Ausländer/Migranten aus Hochprävalenzgebieten.

Die aktuellsten Daten beweisen einen positiven Trend, denn 2005 ist die Zahl der akuten Hepatitis-B-Infektionen erheblich zurückgegangen. Es wurden in dem Erfassungsjahr 2005 1.235 akute HBV-Infektionen an das Robert-Koch-Institut

gemeldet. Dies entsprach einer Inzidenz von 1,5/100.000 Einwohner. Hier sei nochmals der negative Stellenwert des intravenösen Drogenkonsums erläutert, denn bei 81 Fällen der akuten HBV-Infektionen konnte der i.v. Konsum als Ursache erkannt werden.

Hinzuweisen ist darauf, dass die epidemiologischen Trends auch immer von der Qualität des meldeverhaltens der Ärzte an das Robert-Koch-Institut (RKI) abhängen.

8.18.2 Hepatitis B bei IVDA

Europaweit zeigt sich ein heterogenes Muster bezüglich der Prävalenz von Hepatitis-B bei intravenös konsumierenden Personen. Die Daten für 2003/2004 (Jahresbericht für die Drogenproblematik 2006) zeigen Prävalenzen von über 60% in Italien, aber auch unter 20% in Staaten wie z. B. Belgien, Irland oder Österreich. In Deutschland wird die Seroprävalenz von Hepatitis-B bei IVDA auf 40 bis 60% geschätzt.

Erfreulicherweise konnte zum Beispiel in Finnland ein erheblicher Einbruch bei der HBV-Prävalenz verzeichnet werden. Hierfür sind nach Expertenmeinungen die umfangreicheren Impfangebote in Drogenkonsumräumen und bei der niedergelassenen Ärzteschaft verantwortlich.

8.18.3 Hepatitis-C in der deutschen und europäischen Allgemeinbevölkerung

Probleme bereitet die Erfassung der Hepatitis-C-Prävalenzen durch die mangelhafte Erfassung, explizit der HCV-Infektionen. Diese werden durch das Infektionsschutzgesetz nicht eigenständig kategorisiert, sondern unter dem Sammelbegriff der sonstigen Hepatitiden zusammengefasst. Die HCV-Infektion erreicht allerdings bei den sonstigen Hepatitiden einen Anteil von 94%, demzufolge lässt sich die Prävalenz grob orientierend erfassen.

Seit den letzten zwölf Jahren gibt es einen auffälligen Anstieg der neu gemeldeten Erkrankungsfälle bei den sonstigen Hepatitiden. Dieses lässt sich zum einen durch die zunehmende Verbreitung eines kommerziellen Testverfahrens (PCR) erklären. Es muss außerdem zweitens beachtet werden, dass bezüglich des Hepatitis-C-Virus keine Differenzierung zwischen akuter und chronischer Infektion gemacht werden kann. Hierbei ist es möglich, dass ein Großteil der erkannten (chronischen) HCV-Infektionen durch Tests bei Hochrisikogruppen wie IVDA oder Multitransfundierte (vor 1990) entstanden sind. Von den von DVV und dem RKI erfassten 14.211 positiv getesteten Patienten (Untersuchungszeitraum: 1996-2001) konnten nur 10%, bedingt durch

klinische und epidemiologische Anhaltspunkte, als akute Infektionen eingestuft werden [134]. Weiterhin verläuft eine Vielzahl der HCV-Infektionen (75%) asymptomatisch und wurde entsprechend häufig nicht erkannt.

In dem 1998 durchgeführten Gesundheitssurvey [9], bei dem stichprobenartige Hepatitis-Tests durchgeführt worden sind, ergab sich (unter Ausschluss von Justizvollzugsanstalten, Krankenhäusern und Pflegeheimen) eine Durchseuchung der Bevölkerung mit HCV von 0,4%.

Im Jahr 2000 erfasste man bei den „sonstigen Hepatitiden“ eine Anzahl von 6.426 Erkrankten (1999: 5.947 Erkrankte), dies entspricht einer Inzidenz von 7,8 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner.

Innerhalb der Bundesrepublik tauchen in Bezug auf HCV unterschiedliche Inzidenzen zwischen West- und Ost-Deutschland auf. Ähnlich den HBV-Infektionen, die in den neuen Bundesländern in geringerer Anzahl als in den alten Bundesländer erfasst worden sind, stellt sich die Situation mit Neuinfektionen von HCV dar, d.h. es liegt zum einen an dem geringeren Anteil von Hochrisikogruppen in den neuen Ländern, aber es differiert auch das Meldeverhalten.

Die Altersverteilung von Anti-HCV-positiv getesteten Patienten lässt auch eine Unterscheidung von neuen und alten Bundesländern zu. Zunächst zeigt sich für die gesamte Bundesrepublik Deutschland eine Häufung der HCV-Infektionen bei den 15- bis 44-Jährigen, in den alten Ländern fand sich Anti-HCV gehäuft bei den 18- bis 29-Jährigen, in den neuen Ländern waren die Patienten durchschnittlich 40 bis 49 Jahre alt. Die Morbidität für Gesamtdeutschland gipfelte bei den 20 bis 49 Jahre alten Patienten.

Diese Altersunterschiede in der Länderverteilung sind möglicherweise durch nosokomiale Infektionen und Neuinfektionen an Transfusionspräparaten vor 1999 (Einführung einer Routine-PCR bei Blutspenden), sowie durch eine eventuelle stärkere Zunahme an i.v. Drogenkonsumenten bedingt.

Verdachtsfälle von HCV-Infektionen, zugezogen während einer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen wurden 2000 mit 288 Meldungen registriert, 2001 mit 302 Meldungen. Hier ergab sich folglich eine geringe Steigerung der gemeldeten HCV-Neuinfektionen.

Die Durchseuchungsraten von Risikogruppen (ohne IVDA) mit Anti-HCV-positivem Befund 2002 in der Bundesrepublik-Deutschland [134]:

- Hämophilie-Patienten: 80 bis 90% (Einnahme von Gerinnungspräparaten vor 1987)
- Multitransfundierte (vor 1990) : 10 bis 20%
- Dialysepatienten: 5 bis 10%

Die Datenlage 2005, ebenfalls durch das Robert-Koch Institut in Berlin dargestellt und in dem Drogen- und Suchtbericht 2005 [135] aufgegriffen, zeigt, dass in Deutschland 2004 8.998, in dem Jahr 2005 8.308 Erstdiagnosen von Hepatitis-C gestellt wurden. Die Inzidenz ist folglich leicht von 11/100.000 auf 10/100.000 Fälle je Einwohner zurückgegangen.

Dies spricht für einen protrahiert rückläufigen Trend, nachdem es in den letzten Jahren einen negativen Aufwärtstrend zu registrieren gab.

Weiterhin ließ sich der intravenöse Drogenkonsum als Hauptübertragungsweg für die Hepatitis-C-Infektionserkrankung identifizieren. Im Jahr 2005 stellte dieser Übertragungsweg mit 35% die häufigste Exposition dar, welches 2.152 Fällen entspricht.

8.18.4 Hepatitis-C bei IVDA

Erneut sind erhebliche Unterschiede in der Prävalenz von Hepatitis C bei IVDA in den EU-Staaten zu verzeichnen, wobei überwiegend sehr hohe Prävalenzen vorliegen.

Negativer Spitzenreiter ist Portugal. Hier wurde 2005 eine Seroprävalenz bei IVDA von 67% gemeldet. Deutschland befindet sich ebenfalls im oberen Drittel. Die nationale HCV-Prävalenz bei IVDA wird auf 40 bis 60% geschätzt. Negative Bewertungen gehen von deutlich über 60% aus. Erschreckend verlaufen die Zahlen, wenn man das Kollektiv weiter eingrenzt: In der Gruppe der 15- bis 29-jährigen männlichen IVDA zeigen Untersuchungen (REITOX 2006) eine Prävalenz von 78%.

8.19 HIV/AIDS

8.19.1 HIV in der deutschen und europäischen Allgemeinbevölkerung

In der deutschen Allgemeinbevölkerung konnte das Robert-Koch-Institut für das Jahr 2005 eine Inzidenz von 3,0 Fällen/100.000 Einwohner melden. Dies entspricht einer leichten Zunahme von 0,6 Fällen/100.000 gegenüber 2004 und bedeutet 2.700 Neuinfektionen mit dem HI-Virus.

Im Vergleich mit dem Jahr der Begleitstudie ergab sich somit eine Steigerung. Denn von 2000 bis 2001 wurden 2.000 Neuinfektionen in Deutschland gemeldet (1500 Männer, 500 Frauen). Die höchste Inzidenz ist 2005 in Hamburg und Berlin mit 10 Fällen auf 100.000 Einwohnern zu registrieren.

Die Ursache der ansteigenden HIV-Inzidenz ist weniger im Kollektiv der intravenös drogenkonsumierenden Personen zu suchen. Der i.v. Konsum konnte „nur“ bei weniger als 10% der Neuinfektionen als Infektionsursache erkannt werden. Wesentlichste Ursache ist weiterhin der ungeschützte homosexuelle Geschlechtsverkehr (Männer mit homosexuellen Kontakten). Dieser ist nach Schätzungen für mehr als 50% der Infektionen als Ursache anzusehen.

Innerhalb der EU sind die Unterschiede ebenfalls deutlich: In Irland wurde Ende der neunziger Jahre eine Inzidenz von 18,3 Fällen je 100.000 Einwohner gemeldet, in Frankreich sind die aktuellen Schätzungen bei 2,4 Fällen je 100.000.

8.19.2 Prävalenz von HIV und AIDS in Hamburg

Das Robert-Koch-Institut erfasste in dem am 14.06.2002 (Nr. 24) herausgegebenen Epidemiologischen Bulletin die Prävalenzen und Inzidenzen für HIV-Infizierte und an AIDS erkrankten bzw. verstorbenen Patienten für den Großraum Hamburg. Diese explizite Zuordnung der HIV-getesteten Personen wird durch eine anonyme Auswertung der Postleitzahlen erreicht.

Demnach wurden in Hamburg für das Jahr 2001 47 erstdiagnostizierte, bestätigte, positive HIV-Antikörpertests erfasst. Gegenüber dem Vorjahr (60 Personen neu HIV-positiv) ergab sich somit ein leichter Rückgang, rückblickend auf die Jahre 1997 bis 1999 (100 neugemeldete HIV-Infektionen) allerdings ein Rückgang um nahezu 50%. Die Spitze erreichte Hamburg im Jahre 1995 mit 256 neugemeldeten HIV-positiven Personen.

Insgesamt wurden für die Jahre 1993 bis 2001 1100 bestätigte HIV-positive Fälle erfasst. Im bundesdeutschen Vergleich zeigt sich Hamburg hier im Mittelfeld der gemeldeten HIV-infizierten Personen. Wie zu erwarten, zeigt sich ein ähnliches Bild für die in Hamburg registrierten, an AIDS erkrankten Personen. Hier wurden für das Jahr 2001 zehn Fälle in Hamburg diagnostiziert, im Vorjahr (2000) waren es 18 Fälle und eine Spitze ergab sich erwartungsgemäß, in Bezug auf die positiven HIV-Befunde, für das Jahr 1995. Von 1993 bis 2001 erkrankten somit insgesamt 1.824 Personen an AIDS in Hamburg. Im bundesdeutschen Schnitt ergaben sich ca. 1.100 Fälle/Bundesland bzw. Großstadt, so dass sich Hamburg im oberen Drittel befindet.

Eine Einteilung erfolgte nach Infektionsrisiko: Männer mit homosexuellen Kontakten (MSM), intravenös Drogenkonsumierende (IVDA), Hämophilie-Patienten (Hämo), Multitransfundierte vor 1990 (Trans), Heterosexuelle (Hetero) und Menschen aus Hochprävalenzgebieten (HPL). Bei den an AIDS erkrankten Personen zeigte sich bis zum 31.12.2001 die MSM Gruppe als die am meisten gefährdete mit 1273 an AIDS erkrankten Personen. Darauf folgend die IVDA mit 186 AIDS-Diagnosen. Heterosexuelle AIDS-Befunde wurden mit 83 Personen erfasst. Die Gesamtzahl der AIDS-Fälle lag bis zum 31.12.2001 in Hamburg bei 1.824, davon wurden 1.112 inzwischen als verstorben gemeldet.

Nach Angaben der Gesundheitsbehörde Hamburg 2006 stiegen die Neuinfektionen in der Hansestadt im Vergleich zu 2005 um 30% von 157 auf 204 Fälle. Dies wurde weitestgehend dem verbesserten Meldesystem zugeschrieben. Wenn man dies berücksichtigt, kann abschließend eine Steigerung um 6% von 298 auf 316 Neuinfektionen registriert werden.

8.19.3 HIV-Prävalenz bei IVDA

Der intravenöse Drogenkonsum stellt zwar noch immer einen bedeutsamen Übertragungsweg für HIV-Infektionen insgesamt dar, dennoch zeigen die aktuellen Daten, dass es zum Beispiel bei den IVDA in deutschen Behandlungseinrichtungen in den Jahren 2001 bis 2005 zu einer Senkung der HIV-Prävalenz von 5 auf 2% kam und 2005 weniger als 5% der IVDA als HIV-positiv gemeldet wurden.

In dem Jahresbericht der europäischen Drogenproblematik 2006 werden noch geringere Prävalenzen in Deutschland für dieses Kollektiv angenommen: Die Schätzungen für IVDA in Deutschland werden mit 3,7 bis 3,9% beziffert.

Weitere EU-Länder im Vergleich (HIV-Prävalenz bei IVDA 2003/2004):

- Frankreich: 12,2%
- Spanien: 9,7 bis 36,2%
- Italien: 13,9%
- Polen 8,9 –bis 16%
- GB: 0,3 bis 3,9%
- **Deutschland 3,7 bis 3,9%**

Aus den genannten Zahlen lassen sich wieder die erheblichen regionalen Unterschiede erkennen. Demnach ist die HIV-Prävalenz für IVDA in Deutschland vergleichsweise niedrig.

8.20 Seroprävalenzen von HIV, Hepatitis B- und C

8.20.1 Seroprävalenz (HIV, Hepatitis B- und C) in internationalen Justizvollzugsanstalten

Einen internationalen Ausblick auf die Infektionserkrankungen unter 23.980 Häftlingen, von denen 281 serologisch getestet wurden, erlaubt die Studie von Adjei 2006 [2] in Haftanstalten in Ghana. Die HIV-Prävalenz betrug 19,2%, Hepatitis-C ebenfalls 19,2% und Hepatitis-B 17,4%. Adjei untersuchte nebenbei auch den serologischen Status der 82 Beamten, wobei sich eine HIV-Seroprävalenz von 8,5%, eine Hepatitis-B-Prävalenz von 3,7% und eine Hepatitis-C-Prävalenz von 23,2% zeigt.

Zur ergänzenden Darstellung werden im Folgenden noch internationale Studien hinsichtlich der Seroprävalenz in außereuropäischen Justizvollzugsanstalten beleuchtet. Long [103] führte im Jahr 2000 eine Studie in einem irischen Gefängnis durch und untersuchte mögliche Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von HIV, Hepatitis-B und -C zwischen Insassen mit Hafterfahrung und Insassen, die zum ersten Mal in Haft waren. Dabei zeigten sich im Gesamtkollektiv die folgenden Prävalenzen:

- HIV: 2%
- Hepatitis-B: 6%
- Hepatitis-C: 22%

Ein Drittel derjenigen, die niemals zuvor in Haft waren, wiesen die niedrigsten Prävalenzen von allen Gefangenen auf. Darüber hinaus hatten 29% der Insassen bereits mindestens einmal einen intravenösen Drogenkonsum vorzuweisen, wobei nur 7% der Ersthäftlinge, aber 40% der Langzeit-Häftlinge solche Erfahrungen zeigten. Daraus schloss L. Long die dringende Notwendigkeit zu risikominimierenden Maßnahmen.

Dolan berichtete 1999 für das National Drug and Alcohol Research Centre in Sydney [40], wie erheblich das Risiko für Häftlinge mit intravenösen Drogenkonsum innerhalb einer Haftanstalt sein kann. 13 Ex-Häftlinge waren nach Entlassung aus einer australischen Haftanstalt (neu) HIV-positiv. Als Ursache der Infektion konnte bei vier Personen als Infektionsgrund der Tausch kontaminierten Spritzenmaterials erkannt werden. Drei Ex-Häftlinge infizierten sich außerhalb der Haftanstalt mit dem HIV-Erreger und bei sieben Personen konnte der Infektionsweg nicht abschließend geklärt werden.

Eine weitere Untersuchung, ebenfalls in einem australischen Gefängnis durch Butler [25], kann im internationalen Vergleich die Angaben bei den Seroprävalenzen in Gefängnissen bestätigen. Generell sieht der Autor im Vergleich zu europäischen Haftanstalten eine niedrigere Prävalenz für HIV in den australischen Gefängnissen. Seine Studie umfasste 657 männliche und 132 weiblichen Insassen.

Die HIV-Prävalenz unter allen Insassen betrug 0,3%. Hepatitis-C und -B wiesen geschlechtsspezifische Unterschiede auf. So waren 67% der weiblichen Insassen HCV-positiv, 34% unter den männlichen Insassen und erwartungsgemäß eine hohe Prävalenz (73%) bei den intravenös drogenkonsumierenden Insassen. Hepatitis-B zeigte ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede. So lag die Prävalenz unter den weiblichen Insassen bei 46% und bei den Männern bei 33%. Eine Serokonversion konnte innerhalb des Untersuchungszeitraumes nicht beobachtet werden.

Abschließend die Darstellung einer Untersuchung in dänischen Haftanstalten, bei der Christensen [32] 149 Insassen einer Anstalt untersuchte. Das Kollektiv wurde unterteilt in IVDA, Personen mit einer negativen Lebenszeitprävalenz für i.v. Drogenkonsum und dem Gesamtkollektiv. Das Gesamtkollektiv wies eine HCV-Prävalenz von 64% auf, wobei die Prävalenz bei den IVDA bei 57% lag. Ein positiver, serologischer Hepatitis-B-Status wurde bei 60% von allen und bei 41% der IVDA erhoben.

8.20.2 Seroprävalenz (HIV, Hepatitis-B und- C) in nationalen Justizvollzugsanstalten

Die Analyse von Knorr [86] konnte eine Hepatitis-C-Prävalenz bei den Insassen der deutschen Justizvollzugsanstalten von 12 bis 20% darstellen. Die Situation stellt sich bei den intravenös drogenkonsumierenden Insassen noch beträchtlich kritischer dar. In diesem Kollektiv bewertete er die Prävalenz auf 61 bis 75%. Weiterhin schlussfolgerte Knorr, dass das Risiko einer Hepatitis-C-Infektion mit der Länge der Haftdauer korrelieren würde. Zudem wurde keine abschließende Stellungnahme zu den HIV-Prävalenzen in den deutschen Vollzugsanstalten gemacht, da diese nur unzureichend erfasst wären.

Blickt man weiter zurück, führte Heinemann in Hamburg [71] in den Jahren 1991 bis 1997 eine Erhebung im Hamburger Strafvollzug durch. Dabei wurden 6.202 Insassen auf Hepatitis und HIV untersucht. Es zeigte sich dabei eine Gesamtprävalenz bei HIV von 1,1 bis 1,9% und dabei die höchste Prävalenz und Zunahme in dem Kollektiv der intravenös drogenkonsumierenden Insassen.

Bei den nichtintravenös drogenkonsumierenden Insassen ergab sich eine Hepatitis-B-Prävalenz (HBc Antikörper) von 36,2 %, gegenüber der Hepatitis B-Prävalenz bei den IVDA mit 59,6%.

Weiterhin führten Heinemann und Groß eine Erhebung anlässlich des automatengestützten Spritzentausches in der Hamburger Vollzugsanstalt Vierlande durch [70]. Die HIV-Prävalenz bei IVDA betrug hier 4%. In Bezug auf Hepatitis-C konnte eine Prävalenz unter den Non-IVDA von 17% ermittelt werden. Die Prävalenz von Hepatitis-C bei den IVDA lag bei 77%, Hepatitis B-positive Antikörper konnten bei 84% der IVDA nachgewiesen werden.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitstudie konnten außerdem fünf Hepatitis-B- und zwei Hepatitis-C-Serokonversionen festgestellt werden, welche sich mit höchster Wahrscheinlichkeit in der Haft ereignet hatten. Einen Zusammenhang mit der Spritzenvergabe herzustellen fällt jedoch schwer.

Bei Untersuchungen von sechs Spritzentauschprojekten in Europa (Hindelbank, Realta, Lingen, Vechta, Basauri und Pamplona) durch Dolan [39] konnten im zeitlichen Verlauf dieser Projekte bei keinem der Gefängnisse eine Serokonversionen von HIV, Hepatitis-B und -C erfasst werden.

Die Studie von Stark in Berliner Haftanstalten 1998 [147] mit 174 untersuchten Insassen anlässlich eines Spritzentauschprogramms wies insgesamt vier Hepatitis-C-Serokonversion sowie eine HCV-Prävalenz von 82% unter den IVDA nach. Die Prävalenz von HIV stellte Stark mit 18% und die Hepatitis-B-Prävalenz mit 53% fest. Prävalenzen bezogen sich hierbei auf die intravenös drogenkonsumierenden Insassen. Eine weitere hier zu berücksichtigende Studie wurde von Emanuelli durchgeführt. Er untersuchte von 1996 bis 2003 Spritzentauschteilnehmer in Frankreich [46]. Bemerkenswert war die anfänglich hohe Akzeptanz bei den Spritzentauschvergaben in den Jahren 1996 bis 1999, resultierend in deutlichen Zuwächsen (+21%) und dann schwindendem Response von 1999 bis 2003 um 40%. Eindrucksvoll sind jedoch die Langzeitergebnisse: Die HIV-Prävalenz sank von 40 auf 20%, wobei jedoch die HCV-Prävalenz stabil bei 60 bis 70% lag (Tab. 10).

Tab. 10: Seroprävalenzen von HIV, HBV und HCV bei IVDA in internationalen Gefängnissen

Autor/Land/Jahr	HIV- Prävalenz	HBV- Prävalenz	HCV- Prävalenz
Adjei/Ghana/2006	19,2%	17,4%	19,2%
Long/Irland/2000	2%	6%	22%
Butler/Australien/2004	-	-	73%
Christensen/Dänemark/2004	-	41%	57%
Heinemann/Deutschland/1997	6,3%	-	76%
Heinemann/Deutschland/2000	4%	96%	100%
Stark/Deutschland/1998	18%	53%	82%
Emanuelli/Frankreich/2003	20%	-	65%
Knorr/Deutschland	-	-	~75%

8.20.3 Prävalenz und Serokonversion von HIV, Hepatitis B und C in der JVA 2

Vor den serologischen Tests baten wir die Insassen im Rahmen der L1-Befragung retrospektiv ihren ihm bekannten serologischen Hepatitis- und HIV-Status zu äußern. Dabei ergaben sich erschreckende Lücken. 19% aller Insassen wussten nicht, ob sie HIV-negativ oder -positiv seien. Dies galt auch für Hepatitis B und C. 24% konnten keine Angaben zu ihrem Hepatitis-Status machen.

4% aller Insassen (n=131) gaben an, den positiven HIV-Titer zu kennen. Bei Hepatitis (B und C nicht weiter differenziert) zeigten sich unklarere Verhältnisse: 7% hätten mal eine Hepatitis gehabt, 33% litten unter einer chronischen Hepatitis und nur 32% gaben an, niemals eine Hepatitis gehabt zu haben.

Diese Angaben sollten anhand der zum Teil vorliegenden Gesundheitsakten näher untersucht und verglichen werden. Insbesondere die Zeiträume zwischen den serologischen Untersuchungen, die in der Akte Erwähnung fanden, und L1 sowie natürlich der Zeitraum zwischen L1 und L2 mit dem Hintergrund des laufenden Spriztentauschprogramms sollten in diesem Kapitel in den Focus genommen werden.

Zur Verdeutlichung des intravenösen Drogenkonsums als Risikofaktor für die „bloodborne-virus-diseases“ wurden Subgruppen gebildet: Zum einen Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz für harte Drogen, zum anderen die Insassen mit ehemaligem und aktuellem intravenösen Drogenkonsum (IVDA). Am Ende des Kapitels wird auf die serologischen Ergebnisse des Gesamtkollektivs eingegangen.

8.21 Subgruppen

8.21.1 Subgruppe I: Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz

Die negative Lebenszeitprävalenz wurde aus den Angaben zu den einzelnen Konsumgewohnheiten ermittelt. Die Subgruppe wurde zumeist aus älteren Insassen oder auch Insassen mit ausgeprägtem Risikobewusstsein und sportlichen Ambitionen gebildet. Bei dieser Gruppe konnte primär eine Sero-prävalenz bezüglich einer stattgehabten Hepatitis-B Infektion von 19% erkannt werden. Ein Immunschutz konnte bei ca. jedem Vierten (4%) der Personen mit negativer Lebenszeitprävalenz nachgewiesen werden. Hinweise für eine aktive Infektiosität, oder einer chronischen Verlaufsform zeigten sich bei dieser Subgruppe nicht.

Die HCV-Prävalenz zum Zeitpunkt L1 betrug 10%. Hinsichtlich einer HIV-Prävalenz konnte in dieser Subgruppe eine Rate von 0% registriert werden.

Die Analyse der Inzidenz für den Beobachtungszeitraum konnte sowohl für die Hepatitiden, als auch für HIV mit 0% analysiert werden. Dementsprechend fanden sich in diesem Kollektiv keine Serokonversionen.

8.21.2 Subgruppe II: Insassen mit intravenösem Konsum von harten Drogen

Wie sich im Laufe dieser Arbeit durch nationale und internationale Studien bereits belegen ließ zählt die Gruppe der IVDA, insbesondere innerhalb einer Haftanstalt, zu dem Kollektiv mit dem höchsten Risiko für Hepatitis und HIV. Als Untergruppe der IVDA werden im Verlauf der Diskussion die aktiven Teilnehmer des Spritzentauschprogramms näher betrachtet.

Die Seroprävalenz von Hepatitis-B bei den IVDA im Rahmen unserer Untersuchungen deckte sich mit den Erfahrungen aus Substitutionsprogrammen und nationalen wie internationalen Gefängnissen. Nach Bewertung der L1-Prävalenzen waren 64% der IVDA bekannt Hepatitis-B-positiv. Stellt man den Vergleich zu den oben genannten Studien her, muss man das hier untersuchte Kollektiv von IVDA sicherlich dem oberen Drittel hinsichtlich der Hepatitis-B-Durchseuchung zuordnen. Bei 6% der hier untersuchten intravenös-drogenabhängigen Insassen wurde zudem eine aktive Hepatitis-B gefunden, es muss allerdings auf die geringe Anzahl der untersuchten IVDA hingewiesen werden, das heisst es wurde bei 2 Personen (von 18 Getesteten) ein HBs-Antigen-Nachweis analysiert.

Aus weiteren, zum Teil oben genannten Studien, ist zu entnehmen, dass die HCV-Prävalenzen von IVDA innerhalb einer Haftanstalt national wie auch international bei ca. 60 bis 80% liegen. Heinemann [70] fand sogar eine Hepatitis-C-Durchseuchungsrate von 100%.

Die Analyse der primären Prävalenz (Akte/L1) zeigte bei 16 IVDA einen positiven HCV-Befund, sodass sich insgesamt eine Prävalenz von 86% in diesem Kollektiv registrieren ließ und das Ergebnis sich somit in die nationalen, wie auch internationalen Untersuchungen eingliederte. Korrelierend zu den Erfahrungen in deutschen Gefängnissen, wie sie z. B. Stark et al. [142] und Heinemann [70] machten, wurden auch bei den hier untersuchten IVDA sichere HCV-Serokonversionen festgestellt: Demnach handelte es sich nach Aktenlage um eine Infektion innerhalb eines größeren Zeitraumes zwischen 1997 und dem April 2000. Die weitere Konversion stellte sich jedoch innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes dar. Nach näherer Analyse konnte der Infektionszeitraum auf acht Wochen eingegrenzt werden. Parallel zu den hier erhobenen Ergebnissen dokumentierte Stark et al. vier HCV-Serokonversionen zwischen zwei Haftzeiträumen. Weitere Arbeiten bezogen sich häufig hinsichtlich der

Serokonversionen auf die Gesamtpopulation, sodass nähere Vergleiche nicht möglich erscheinen. Große Populationen von mehreren hundert Personen und teilweise Serokonversionen im zweistelligen Bereich müssen aber Beachtung finden. Dies erscheint in Anbetracht der hier vorliegenden Ergebnisse realistisch, insbesondere, wenn man die hier vorliegende Gruppengröße von nur 17 Personen beachtet.

Leicht erhöht erscheint die HIV-Prävalenz bei den IVDA von 16%, welche mit den Ergebnissen von Stark et al. in Berliner Gefängnissen annähernd korrelierten. Auch hier sei nochmals auf die geringe Personenzahl hingewiesen (3 von 28 Untersuchten), so dass die Aussagefähigkeit nicht mit Untersuchungen von größeren Kollektiven konkurrieren kann. Dass keine HIV-Serokonversionen zu verzeichnen waren, liegt sicherlich auch in der Tatsache begründet, dass sich das Risikobewusstsein hinsichtlich HIV positiv entwickelt hat. Auf die Frage hin, „ob sich der IVDA bereits einmal eine Spritze mit einem sicher HIV- bzw. Hepatitis-positiven Insassen geteilt hatte“, antworteten elf IVDA, sie hätten sich sicher oder fast sicher bereits einmal eine Spritze mit einer Hepatitis-positiven Person geteilt, wogegen sechs IVDA dies für eine HIV-positive Person bestätigen konnten. Hier zeigt sich deutlich der Zusammenhang zwischen dem Risikobewusstsein und der Infektionsgefahr.

Hervorzuheben ist, dass anhand der Datenlage die Inzidenzen für HIV, Hepatitis-B und -C im Zeitraum des laufenden Sprizentauschprogrammes mit 0% festgestellt werden konnten. Somit wurde, basierend auf den Erhebungsdaten, eine negative Wirkung des Sprizentauschprojektes auf die Inzidenzen von Infektionskrankheiten in diesem Fall ausgeschlossen. Zur Erinnerung wurde anhand des Beispiels von Hepatitis-C vor Beginn des Projektes, folglich zeitlich zwischen dem Aktenbefund und der Primäruntersuchung, noch eine Inzidenz von 21,6% (bei 5 Personenjahren) gefunden.

Abschließend lässt sich noch sagen, dass keine HIV-Serokonversionen nach Durchsicht der Gesundheitsakten oder im Zeitraum der wissenschaftlichen Begleituntersuchung zu erkennen waren.

Demgegenüber standen deutliche Inzidenzraten im Hinblick auf die Hepatitis-B in dem Zeitraum zwischen dem Vorbefund aus vergangenen Testungen und der Untersuchung L1. Eine Inzidenzrate von 71,8% bei der abgelaufenen Hepatitis B-Erkrankung ist trotz der geringen Personenjahre (7) als aussagekräftig anzusehen.

8.21.3 Seroprävalenz und Serokonversion im Gesamtkollektiv

Die Analyse des Gesamtkollektivs erbrachte die Bestätigung, dass die Gesamtprävalenz von Hepatitis-C unter den Insassen der untersuchten Haftanstalt bekannterweise durch erbrachte Voruntersuchungen bei 42% lag. Die Testreihe aus L1, bei der bereits HCV-positive Insassen nicht erneut getestet worden, jedoch in die Prävalenzrechnung mit einbezogen wurden, erbrachte dann erneut eine Prävalenz von 32%. Zur Rekapitulation lag die Prävalenz der ausschließlich intravenös drogenkonsumierenden Insassen in dieser untersuchung bei 86%.

Vergleicht man die oben genannten Studien, die sich mit der Prävalenz von HIV von Gefängnisinsassen befassen, erkennt man auch in der Anstalt 2, dass die HIV-Prävalenz unter allen Insassen mit 4 bis 7% (3,02%) in Relation zu nationalen Ergebnissen bei ähnlichen Kollektiven vergleichsweise hoch ist.

Ähnlich verhält es sich mit den Daten des Gesamtkollektivs für Hepatitis-B. Besonders im Hinblick auf forcierte Impfprogramme mit international sinkenden Hepatitis-B-Fällen stellt sich die Durchseuchung mit Anti-HBc-Marker-positivem Befund bei 30% aller untersuchten Insassen als erhöht heraus. Besorgniserregend ist die Tatsache, dass es zwei Serokonversionen in dem Zeitraum vor Beginn der Studie gab, wovon ein Hepatitis-C-positiver Methadonsubstituierter betroffen war (zwischen 1997 und 2000). Dies war ein Klient, welcher nach heutiger Auffassung eine niedrige Schwelle zu Behandlungsangeboten und Impfprogrammen auch innerhalb einer Haftanstalt gehabt haben sollte.

Neuerkrankungen von HIV, oder Hepatitis-C während des acht-monatigen Zeitraumes konnten gänzlich ausgeschlossen werden. Stellt sich bei der Subgruppe der intravenös-drogenkonsumierenden Insassen noch das Problem der geringen Personenjahre bzw. Teilnehmerzahlen dar, so konnten für die Analyse aller untersuchten Insassen bei Hepatitis-C und HIV Personenjahre von 43 und 74 zugrunde gelegt werden.

Im negativen Sinne beachtlich ist der sehr seltene Nachweis einer Hepatitis B-Immunsierung.

Stellte sich in Einzelgesprächen mit den intravenös-drogenabhängigen Insassen noch größtenteils ein „Motivationsproblem“ heraus, so ist die geringe Anzahl an geimpften Personen bei allen untersuchten Insassen bedenklich. Die Inzidenzrate für die stattgehabte Immunsierung lag bei knappen 5% in dem zeitraum zwischen dem

Vorbefund, welche bei Einzelnen bis zu maximal 7 Jahren zurück lag und der Primärerhebung L1.

9. Einzelgruppenanalysen

9.1 Einzelgruppenanalyse (I): Der Spriztentauschteilnehmer

Die abschließende Auswertung der Spritzenvergabe zeigte eine Quantität von monatlich aktiven Spriztentauschteilnehmern von sieben bis maximal 31 Personen in dem Erfassungszeitraum des Jahres 2000.

Von diesem Kollektiv konnten acht bzw. neun (L2) für die Untersuchung gewonnen und charakterisiert werden. Die skeptische Grundhaltung vieler Teilnehmer und vor allem die Angst vor Sanktionen und Revisionen verhinderte nach Auskunft mehrerer Probanden eine höhere Beteiligung der Zielgruppe des Projekts an der wissenschaftlichen Begleitstudie.

Die erfassten Teilnehmer wiesen sehr unterschiedliche Tauschaktivitäten auf. Es zeigte sich eine Streubreite von drei Tauschereignissen bei einem Probanden und 20 Tauschtätigkeiten als Maximum innerhalb der acht Monate für einen anderen Probanden. Als eher ungewöhnlich stellte sich die Teilnahme von zwei Insassen mit einem Altersspektrum zwischen 40 und 64 Jahren heraus. In diesen Fällen könnte gegebenenfalls auch von sogenannten „Stellvertretertauschaktivitäten“ ausgegangen werden. Der überwiegende Anteil der Teilnehmer lag in den Altersbereichen zwischen 18 bis 29 und 35 bis 39 Jahren.

Ebenfalls erwartungsgemäß handelte es bei sieben von neun Personen um Insassen deutscher Nationalität, die sich zum Teil von fünf bis über zehn Jahre hinweg bereits in Haft befanden. Die Hälfte der Teilnehmer konnte eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Zusammenfassend ergab sich als Charakteristika: im Altersspektrum zwischen 18 und 39 Jahren angesiedelt, deutscher Herkunft, fünf oder mehr Jahre bereits in Haft und zumeist eine abgeschlossene Schullaufbahn bei nur teilweise abgeschlossener Berufsausbildung.

Die Erwartungshaltung der Teilnehmer an das Projekt stellte sich bereits im Vorfeld als grundsätzlich positiv dar. Skeptische Betrachtungen, dass Spritzen als Waffe oder Bedrohungspotential genutzt werden könnten, wurden seitens der Teilnehmer überwiegend nicht geteilt. Weiterhin negierten drei von sieben Teilnehmern das Argument, die Bereitstellung von Spritzen könnte ihren persönlichen Konsum von harten Drogen verstärken.

Parallel zu der positiven Erwartungshaltung spiegelte sich auch die Akzeptanz wider. Die Stimmung in der JVA 2 wurde auch im Verlauf des Projekts als überwiegend gut beschrieben, obwohl sieben von acht Teilnehmern in L2 davon ausgingen, dass persönliche Informationen über sie als Spritzentauschteilnehmer von dem zuständigen Revierpersonal (Ausgabe der Spritzen) zu den Vollzugsbeamten auf den Stationen gelangen könnten. Dies drückte die noch immer erhebliche Skepsis trotz grundsätzlich positiver Grundhaltung aus.

Ähnlich dem Gesamtkollektiv sahen die befragten Teilnehmer den größten Vorteil des Projekts in dem sinkenden Infektionsrisiko durch die Vernachlässigung des Needle Sharing. Denn war in L1 noch eine Spritze im Besitz von meist drei Personen, sagten vier Teilnehmer in L2 aus, sie würden mehr als eine Spritze in ihrem Bestand haben, obwohl der mehrfache Besitz ausdrücklich untersagt war und zum Ausschluss hätte führen können.

Die Reduktion und zum Teil auch vollständige Einstellung des Needle Sharing zeigte sich insofern, als dass sechs Teilnehmer vor Beginn des Programms täglich oder mehrmals im Monat eine kontaminierte Spritze benutzten und dies bei der zweiten Erhebung nur noch von einem Teilnehmer (mehrmals in der Woche) angegeben wurde. Dass Teilnehmer auch als „Stellvertreter“ in dem Projekt auftraten, wurde durch die Tatsache der Spritzenweitergabe deutlich. Eine regelmäßige, tägliche Weitergabe benutzter Spritzen, wie noch vor dem Projekt, fand in L2 nicht mehr statt. Allerdings führte der nun offizielle Besitz einer Spritze bei drei Personen zu einer höher frequentierten Weitergabe der Spritze aus dem Programm an andere Nicht-Teilnehmer. Dabei gab ein Teilnehmer an, die noch unbenutzte Spritze weiter gegeben zu haben, zwei Teilnehmer gaben, soweit reproduzierbar, eine gebrauchte Spritze an Nicht-Teilnehmer weiter.

Das Risikobewusstsein hinsichtlich der eigenen Spritze veränderte sich im Erfassungszeitraum nicht. Statt in regelmäßigen Abständen eine Spritze zu tauschen, benutzte ein Viertel der Teilnehmer ihre Spritze mehr als dreimal. Dabei spielen sicher der „Anonymitätsfaktor“ und die Weitergabe der eigenen Spritze als Handelsobjekt eine große Rolle. So gaben auch zwei Teilnehmer an, dass bereits öfter andere Teilnehmer für sie den Tausch durchgeführt hätten.

Hinsichtlich des Konsumverhaltens wurde in pessimistischer Hinsicht davon ausgegangen, dass es unter dem Kollektiv der Teilnehmer zu einer signifikanten Verstärkung des Drogenkonsums kommen könnte. Der Konsum von Cannabis veränderte sich insgesamt nur wenig. Die Teilnehmer konsumierten tendenziell eher „mehrmals in der Woche“ statt „fast täglich“ Cannabis, damit also geringfügig seltener als zu Beginn des Projekts.

Die Angaben zum Heroinkonsum kann man unter dem Aspekt der Angst vor dem Anonymitätsverlust sehen. Vier Teilnehmer gaben noch in der primären Befragung einen regelmäßigen und intravenösen Heroinkonsum an. In der zweiten Befragung bestätigten gerade noch zwei Personen Heroinkonsum mehrmals im Monat. Davon gab ein Teilnehmer einen nicht ausschließlich intravenösen Heroinkonsum an. Die übrigen sechs sagten aus, kein Heroin zum Zeitpunkt L2 (als Teilnehmer) zu konsumieren. Schlussfolgernd könnte es sich alternativ zu der Sorge um den Verlust an Anonymität noch um die stellvertretende Tauschtätigkeit von den sechs Personen für andere Insassen handeln. Ebenfalls konnte keine realistische Schlussfolgerung aus den Angaben des Kokainkonsums gezogen werden. Noch in Freiheit oder zu einem geringen Anteil (zwei Personen) auch in L1 wurde Kokain von den erfassten Teilnehmern konsumiert, wogegen nur einer der befragten Spritzentauschteilnehmer in der zweiten Untersuchung den Kokainkonsum, in diesem Fall ausschließlich intravenös, bestätigte.

Neben den bekannten harten Drogen stellte sich heraus, dass zumindest im zeitlichen Abschnitt der Ersterhebung L1 zwei Teilnehmer illegales Methadon als Beikonsum nutzten. Dieses wurde nach Auskunft der Insassen trotz ausgiebiger Kontrollen oral transportiert und dann dem Empfänger übergeben.

Die Teilnahme am Projekt wirkte sich unter dem Gesichtspunkt des medizinischen Befundes nur im Hinblick auf den Hautbefund negativ aus. Fünf Teilnehmer zeigten in der Eingangsuntersuchung multiple, frische Nadeleinstichstellen. Diese konnten in der Follow-up-Untersuchung bei acht Teilnehmern nachgewiesen werden. Frische entzündliche Hautreaktionen oder Abszesse fanden sich bei keinem der an der Untersuchung beteiligten Probanden. Lokale Hautirritationen ohne Hinweise auf eine Injektionsstelle zeigten sich zu beiden Untersuchungszeitpunkten vielfach.

Unter Berücksichtigung der kleinen Teilnehmerzahl sollten die Seroprävalenzen für Hepatitis-B, -C und HIV erfasst werden. Die Ergebnisse müssen wegen der sehr kleinen Teilnehmerzahlen deshalb mit Zurückhaltung betrachtet werden. Die Prävalenz für Hepatitis-C unter den untersuchten Teilnehmern lag bei 56% bei den serologischen Proben und anamnestisch bei 33% nach Aktenlage. Für stattgehabte Hepatitis-B konnte zusammenfassend eine Prävalenz der neun Teilnehmer von rund 50% ermittelt werden. HIV-positive Teilnehmer gab es in diesem Kollektiv nicht. Bei den untersuchten Spritzentauschteilnehmern handelte es sich um eine Subgruppenanalyse der IVDA-Gruppe. Es fanden sich in diesem Kollektiv, nach näherer Eingrenzung, die bereits vorgeschriebenen zwei HCV-Transmissionen. Diese ereigneten sich jedoch zeitlich vor dem Beginn des Spritzentauschprogramms und stehen demnach weder zeitlich noch kausal in einem Zusammenhang.

Die prospektiven Erwartungen der Teilnehmer gestalteten sich vielfältig. Die Hälfte sah keinen Sinn, sich in Zukunft an eine Drogenberatungsstelle zu wenden, obwohl 56% die Meinung vertraten, dass die Beratungsstelle ihnen in der Vergangenheit bereits sehr geholfen hätte. Eine Beendigung des Konsums kann sich ca. ein Drittel der Teilnehmer (3) vorstellen. Sie gaben aber überwiegend an, dass dies erst nach Entlassung aus der Justizvollzugsanstalt realistisch sei.

Aufgrund der aktuellen Diskussion sollte nicht unterwähnt bleiben, dass die Meinung der Spritzentauschteilnehmer hinsichtlich einer heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger eindeutig ausfiel: Sechs von acht Teilnehmern sahen das Vorhaben als durchweg positiv an.

9.2 Einzelgruppenanalyse (II): Der Methadonsubstituierte

Die Methadonsubstitution stellt seit Jahren ein anerkanntes Behandlungskonzept zur Therapie Opiatabhängiger dar. Erstmals 1967 in Schweden und den Niederlanden eingeführt, wird aktuell die Therapie nicht nur ausschließlich in Drogenkonsumräumen oder Ambulanzen durchgeführt, sondern vielfach auch bei niedergelassenen Fachärzten. Schätzungen von 2003 gehen davon aus, dass 500.000 Opiatkonsumenten in Europa mit Methadon behandelt wurden. Dies waren ein Drittel aller problematischen Opiatkonsumenten.

In Deutschland befanden sich zum Zeitpunkt des 1.7.2005 insgesamt 61.000 Personen in einer Substitutionstherapie (1.7.2000: 46.000 Personen). Der sich daraus erkennbare

Trend ist deutlich ablesbar. Zudem gewinnt ein anderes Medikament zunehmend bei der Substitution an Bedeutung: Buprenorphin.

Im Folgenden werden die prozentualen Anteile von Methadon vs. Buprenorphin in der bundesdeutschen Substitutionstherapie dargestellt. Daraus lässt sich ersehen, dass beim Buprenorphin ein deutlicher Aufwärtstrend zu verzeichnen ist (Tab. 11).

Tab. 11: Entwicklung Methadon vs. Buprenorphin 2002 - 2005

Jahr	Methadon	Buprenorphin
2002	72,1%	9,7%
2003	70,8%	13,0%
2004	68,3%	15,6%
2005	66,2%	17,2%

Die aktuellen Zahlen in den bundesdeutschen Gebieten differieren erwartungsgemäß deutlich. In Hamburg waren im Erfassungsjahr 2005 3.858 Substituierte gemeldet, in Schleswig-Holstein 2.790, in Nordrhein-Westfalen 18.474 und in Mecklenburg-Vorpommern 180 Patienten.

Im Juni 2006 nahm die WHO Methadon und Buprenorphin in die Liste der unentbehrlichen Medikamente auf. Der EMCCDA sieht folgende positive Ergebnisse der Substitutionstherapie als erwiesen an:

- 1) Verringerung des Konsums illegaler Drogen
- 2) Niedrigere Raten des injizierenden Drogenkonsums
- 3) Eindämmung riskanter Lebens- und Verhaltensweisen
- 4) Verbesserung von Sozialverhalten und Gesundheit
- 5) Reduktion krimineller Aktivitäten
- 6) Verringerung der Zahl drogenbedingter Todesfälle

In der JVA 2 wird die Methadonvergabe ebenfalls bereits langjährig ausgeführt. Die Vergabe selbst wird zweimal täglich von dem medizinischen Personal durchgeführt. Die Methadonmenge wird nach Untersuchung und Gespräch zwischen Anstaltsarzt und Insassen abgestimmt. Eine Buprenorphintherapie gab es zum Zeitpunkt der Begleitstudie in der JVA 2 nicht.

Die Einführung des Spritzentauschprojekts änderte prinzipiell nichts an der Methadonvergabe. Einzige Einschränkung blieb, dass sich eine Beteiligung an beiden Programmen gegenseitig ausschloss, um so einen offiziell geduldeten Beikonsum zu vermeiden.

An der wissenschaftlichen Begleitforschung nahmen insgesamt 13 aktuelle Methadonsubstituierte teil. Diese lagen nach demographischer Auswertung hauptsächlich in dem Altersbereich von 18 bis 29 Jahren (sechs Personen) und waren zu mehr als 50% bereits über zehn Jahre in Haft. Dazu verfügen sie zu 54% über eine abgeschlossene Berufsausbildung und fast alle Beteiligten konnten einen erfolgreichen Schulabschluss vorweisen.

Methadon als Substitutionsmittel wurde von dem größten Teil der Probanden bereits seit mehreren Jahren eingenommen, wobei ein Drittel erst innerhalb der JVA 2 Methadon nutzte und eine Einnahme in der vorherigen Anstalt verneinte.

Im Hinblick auf das hier zu analysierende Spritzentauschprojekt sollte der Blick auf den Beikonsum der Substituierten gerichtet sein. Bei einer Mehrzahl der Probanden (8) steigerte sich der Beikonsum im Verlauf des begleitenden Projekts. Hier spielte Cannabis die übergeordnete Rolle, welches von sieben Probanden fast täglich konsumiert wurde. Ein Substituierter konsumierte auch innerhalb der Haftanstalt Heroin und Kokain auf intravenösem Weg im Sinne eines Beikonsums.

Die Erwartungshaltung der aktuellen Substituierten an das Spritzentauschprojekt war hoch. Einen positiven Effekt für die Anstalt 2 sahen die meisten Probanden als gegeben an; hinsichtlich eines persönlichen Vorteils war die Meinung etwas zurückhaltender: Fünf der 13 erfassten Substituenten sahen auch einen persönlichen Sinn in dem Programm, welches sich vor allem in dem sinkenden Infektionsrisiko bemerkbar machen sollte (L1: 5 / L2: 7). Gänzlich an den Alltag angelehnt sahen drei Probanden die wesentlichen Nachteile eines solchen Projekts in den vermehrten Sanktionen und Revisionen durch das Vollzugspersonal. Die Möglichkeit, dass durch die Bereitstellung von Spritzenmaterial auch der persönliche Konsum von Drogen steigen würde, sahen noch zwei Personen.

Die Akzeptanz der Spritzenvergabe stieg bei den Methadonkonsumenten jedoch innerhalb des Betrachtungszeitraumes deutlich an. Eine Teilnahme zum Beginn der

Vergabe wurde noch von 8% erwogen, wohin gegen acht Monate später 31% eine Teilnahme als denkbar betrachteten. 15% vertraten die Meinung, die Möglichkeit, an Spritzen zu gelangen, würde sie in keiner Weise zum intravenösen Konsum verführen. Dies sei bei Eintritt in das Spritzentauschprogramm noch der Fall gewesen. Insofern ist zu diskutieren, ob das Spritzentauschprogramm die behandelten Personen gegebenenfalls in eine vermeintlich schlechtere Situation und zur Distanz zu der Methadonvergabe bringen würde.

Die serologischen Untersuchungen zeigten bei den Methadonsubstituierten hohe Prävalenzen für Hepatitis C. Diesbezüglich wurden elf von 13 Probanden HCV-positiv getestet. Unter dem Kollektiv der 13 Methadonsubstituenten fanden sich des Weiteren noch neun chronisch verlaufende Hepatitis-B-Infektionen und ein auf HIV positiv getesteter Insasse. Wie im Vorfeld beschrieben, stellte sich bei einem Substituierten eine HBV-Serokonversion vor Beginn des Projekts heraus. Mutmaßlich erfolgte die Infektion zwischen 1997 und 2000. Als Nebenbefund wurde eine chronische Hepatitis-C bei dieser Person diagnostiziert.

Insgesamt lässt sich für die Methadonsubstituierten sagen, dass bei ihnen eine sehr positive Erwartungshaltung gefunden wurde, die sich insofern bei der Akzeptanz bemerkbar machte, als dass bei ca. einem Drittel der Wunsch zur Teilnahme an dem Spritzentauschprojekt geäußert wurde. Die ursprüngliche Motivation der Methadonvergabe als Mittel zur Suchtbehandlung im Sinne einer Distanzierung von weiterem Opiat-/Mischkonsum wurde von nahezu allen Beteiligten ad absurdum geführt, da es eine erhebliche Nebenkonsumrate gab, die auch den intravenösen Konsum von Kokain und Heroin nicht ausschloss.

Erneut sollte das Meinungsbild über die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger erfragt werden. Analog zu den Teilnehmern des Spritzentauschprogramms fand sich auch unter den hier untersuchten Methadonsubstituierten ein großer Zuspruch für ein solches Projekt. 58% der Befragten sahen dies als ein sehr gutes Behandlungskonzept an, immerhin noch 16% beurteilten es mit „geht so“.

9.3 Einzelgruppenanalyse (III): Der Mitarbeiter

Die Befragung der Mitarbeiter in der JVA 2 wurde parallel zu der Insassenbefragung zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (A1 und A2) durchgeführt. Mittelpunkt des Interesses waren die Erwartungshaltungen, Befürchtungen, konkreten Verbesserungsvorschläge und insbesondere die Akzeptanz des Projekts seitens der Mitarbeiter.

Die befragten Mitarbeiter wurden nach Möglichkeit aus allen Bereichen rekrutiert. Die überwiegende Anzahl in der Befragung A1 (62%) kam aus dem Sicherheitsbereich, in der Zweitbefragung stammte der Großteil (45%) aus dem Stationsbereich. Es waren also Probanden, die direkt mit den Gegebenheiten des Spritzentauschprojekts in Kontakt kamen. Weiterhin handelte es sich bei dem Mitarbeiterkollektiv um erfahrene Beamte, die zumeist zwischen 35 und 54 Jahren alt waren und häufig viele Dienstjahre im Vollzug und in der JVA 2 (50% mit mehr als 15-jähriger Berufserfahrung) hinter sich hatten.

Nach Informationsveranstaltungen und Mitarbeiterfortbildungen betrachteten 66% der Mitarbeiter ihren subjektiven Informationsstand über das Projekt im Vorfeld als gut bzw. ausreichend. Letztendlich verschlechterte sich diese Haltung im Verlauf des Projekts. Dies ist insofern auffällig, da ein Angebot an Informationsveranstaltungen vorlag, wie auch 36% der Befragten bestätigten, jedoch 49% der Mitarbeiter diese Veranstaltungen nicht besuchten.

Dies schlug sich in der Erwartungshaltung nieder: 53% der Mitarbeiter sagten schon in der ersten Befragung aus, sie rechneten damit, dass nun Personen mit negativer Lebensprävalenz für Drogen zum i.v. Konsum verleitet werden könnten. In der zweiten Befragung wurde diese Einschätzung von 39% bestätigt. Erwartungsgemäß forciert wurde die Meinung vertreten, nicht-i.v. Konsumenten könnten nun zum i.v. Konsum verleitet werden (67%) und nach acht Monaten Projektverlauf seien mehr Drogen konsumiert worden als ohne das Spritzentauschprogramm (24%). Daraus lässt sich folgern, inwiefern der Vorlauf des Projekts mit einem negativen Bild behaftet war, wenn immerhin zwei Drittel der Mitarbeiter von steigendem Drogenkonsum in der JVA 2 ausgingen.

Dies könnte sich subjektiv auch bereits vor dem Projektbeginn auf die Akzeptanz ausgewirkt haben. Die Projektakzeptanz aus Sicht der Mitarbeiter setzte nach Meinung des Autors aus zwei wesentlichen Punkten zusammen:

- die Akzeptanz des Widerspruchs, den Besitz von Spritzen zu dulden, jedoch den Konsum von Drogen zu sanktionieren
- die, nach Meinung der Mitarbeiter, steigende Gefahr durch Spritzen die als Waffe oder zu Bedrohungs Zwecken eingesetzt werden

Die Tolerierung des Spritzenbesitzes stellte sich bereits in den Vorgesprächen auf nahezu allen Mitarbeitererebenen als hervorzuhebender Faktor dar. Untermauert wurde diese Annahme durch die Tatsache, dass 75% der Mitarbeiter der Meinung waren, es würde bislang ein Mangel an Spritzen in Relation zum Konsum bestehen. In der Konsequenz hieß dies, dass die offizielle Bereitstellung von Spritzen auch den Konsum steigern würde. Aus diesem Anlass heraus erfolgte die Direktive, der vorschriftsmäßige Besitz und die entsprechende Aufbewahrung des Spritzenequipments habe keine Sanktionen zur Folge. Sollte dies nicht erfüllt sein oder fänden die Mitarbeiter Drogenanhaftungen an dem Spritzenequipment, habe eine sofortige Sanktionierung und Konfiszierung des Materials zu erfolgen.

Diese Anweisungen verunsicherten viele Bedienstete. Auf die Frage hin, wie groß die Verunsicherung unter dem Personal sei, antworteten primär 61%, die Verunsicherung sei extrem stark ausgeprägt. In der zweiten Befragung stellten 37% bei sich eine extrem starke Verunsicherung fest und noch 33% eine starke Verunsicherung. Trotz der oben ausgeführten Direktive zum Vorgehen bei Spritzen- bzw. Drogenfund war die Meinung, wie darauf zu reagieren sei, wenn eine vorschriftsmäßig gelagerte Spritze ohne Drogen gefunden würde, sehr inhomogen: Ein Viertel sahen darin einen Revisionsgrund, ein Fünftel sah dies nicht so und knapp ein Drittel tendierte zu der Antwort „kommt darauf an“. Somit stellten sich keine klaren Verhältnisse ein. Auswirkungen auf das Arbeitsklima im negativen Sinne sahen zwar 14% der MA, der größte Teil hielt das Arbeitsklima jedoch nicht für negativ beeinflusst.

Der zweite wesentliche Faktor aus Sicht des Personals, welcher sich auch in persönlichen Gesprächen des Untersuchers oft widerspiegelte, war die Befürchtung vor

dem Einsatz von Spritzen als Waffen oder zu Bedrohungs Zwecken. Nährboden der Befürchtungen war die Auskunft einiger Mitarbeiter, sie seien in der Vergangenheit direkt (Spritze als Waffe) oder indirekt (Spritze als Bedrohungspotential) mit einer Spritze bedroht worden. Diese Bedrohungssituationen wurden retrospektiv von 70% (indirekte Bedrohung) und 28% (direkte Bedrohung) geäußert. 11% der Mitarbeiter erlebte diesen Fall in der JVA 2 und die Hälfte der Mitarbeiter mit Erfahrung erlebte diese Situationen bereits mehr als zweimal.

Im Rahmen eines persönlichen Gespräches stellte sich heraus, dass ein Mitarbeiter im zeitlichen Verlauf des Spritzentauschprogramms mit einer Spritze verletzt worden war und drei mit Spritzen bedroht worden waren.

Vordringlich war die Befürchtung, durch eine Verletzung mit einer kontaminierten Spritze eine Infektionskrankheit zu erlangen und weniger die eigentliche Verletzung durch die Spritzenkanüle. 54% stellten die Angst vor einer HIV-Erkrankung in den Vordergrund, 48% sahen die größte Gefahr in der Infektion mit einem Hepatitis-Erreger. Erstaunlicherweise wurde diese Angst vor Infektionen nicht in den Arbeitsalltag übertragen. Denn im Hinblick auf das Risikobewusstsein und Gefahrenverhütung gaben nur 57% der Mitarbeiter an, regelmäßig Latexhandschuhe zu tragen. Noch weniger Mitarbeiter (46%) benutzten regelmäßig Lederhandschuhe zu den Zellenrevisionen.

Zu Beginn des Projekts baten wir die Mitarbeiter in verschiedenen Ebenen des Vollzugs zur Vergabe von „Schulnoten“ für die Spritzenvergabe. 48% der Mitarbeiter gaben dem Projekt die Schulnote „6“. 21% gaben dem Projekt eine „5“. Nur 9% (n=6) gaben dem Projekt eine „1“ oder eine „2“. Bei einer Mitarbeiterbefragung zum Zeitpunkt L2 hatte sich das Meinungsbild leicht verschoben. 16% gaben dem Projekt eine „2“ und etwa 23% immer noch eine „3“. Allerdings benoteten noch immer 17% (n=10) das Projekt mit einer „6“ (Abb. 29).

Die schlechte Benotung des Projekts wurde mit der Beantwortung der Frage untermauert, ob das Projekt seine selbst gesteckten Ziele erreicht hätte oder aber diese Ziele in Zukunft erreichbar wären: Zwei Drittel verneinten, dass das Projekt seine gesteckten Ziele erreicht hätte und nur 4% aller Mitarbeiter äußerten sich optimistisch, dass die Ziele in Zukunft noch erreicht werden könnten.

Einzelgespräche in unterschiedlichen Arbeitssektoren nach Abschluss der wissenschaftlichen Begleitstudie konnten nur eine geringfügige Verbesserung der Akzeptanz seitens der Mitarbeiter konstatieren. Die anfängliche Skepsis gegenüber der Spritzenvergabe konnte bei den meisten Mitarbeitern folglich nicht ausgeräumt werden.

10. Nachtrag: Besonderheiten einer wissenschaftliche Begleitstudie innerhalb einer Justizvollzugsanstalt

Die Durchführung einer wissenschaftlichen Begleitstudie in den Grenzen einer Justizvollzugsanstalt gestaltet sich erwartungsgemäß als herausfordernd.

Besondere Beachtung galt nicht nur den anstaltsspezifischen Gegebenheiten, wie Sicherheitsbestimmungen und Einlasskontrollen, sondern ganz besonders der Hürde der skeptischen Grundhaltung externen Personen gegenüber.

Dies bezieht nach der nahezu einjährigen Erfahrung nicht nur die Strafgefangenen mit ein, sondern auch die Studienmitarbeiter. Da die organisatorische Vorbereitung der Studie in Zusammenarbeit mit der Anstaltsleitung erfolgte, musste für die tägliche Arbeit „vor Ort“ jedoch der Kontakt zu den Beamten der Stationen und, mit besonderer Sensibilität, zu dem Personal des Gesundheitsreviers aufgenommen werden. Im letzteren Fall konnte dank freundlicher Aufnahme eine solide Basis aufgebaut werden. Für den täglichen Umgang mit den Beamten auf Station musste von beiden Seiten eine nicht unerhebliche Toleranz aufgebracht werden. Sicherheitsbestimmungen erforderten häufig eine eher zurückhaltende Einstellung bei der Rekrutierung einzelner Insassen. Eine Begleitung durch Beamten über die Stationen konnte verständlicherweise bei reduziertem Personalschlüssel nicht gewährleistet werden.

Die Unterteilung der Anstalt 2 in mehr und weniger gesicherte Gebiete erlaubte zumindest zeitweise die direktere Kontaktaufnahme mit der Zielklientel.

Hier zeigte sich die zweite Hürde: Es galt, sich an die vorgeschriebenen Zeiten zu halten. Sperrzeiten, Zeiten für die gemeinsame Nahrungsaufnahme und Besuchszeiten erschwerten die erwünschte Kontaktaufnahme. Die bereits erwähnte Skepsis externen Personen gegenüber erforderte ein Fingerspitzengefühl bezüglich jedes einzelnen Insassen.

Der Kontakt zur Insassenvertretung erlaubte eine stetige Verbesserung des Klimas zwischen den Mitarbeitern der Universität und den Insassen. In der Folge konnten die Häftlinge mit Erlaubnis der Anstaltsleitung und lokalen Beamten in ihren Arbeits- und Sportstätten aufgesucht werden. Dies führte zu einer deutlichen Verbesserung der Rekrutierungsbilanz. Im weiteren Verlauf war auch eine Kontaktaufnahme auf den einzelnen Stationen möglich, wobei die Sicherheitsstationen weiterhin ausgenommen bleiben mussten.

Die niedrigste Kontaktschwelle zeichnete sich bei den drogenkonsumierenden Insassen ab. Diese konnten zügig und unkompliziert für die Studie gewonnen werden. Schwieriger stellte sich der Kontakt zu den Nichtkonsumenten und älteren Insassen dar. Hierbei zeigte häufig der Kontakt in den Arbeitsstätten Wirkung, sodass eine unerwünschte Vorselektion des Kollektivs reduziert werden konnte. Die zügige Kontaktaufnahme zu den IVDA erklärte sich vielfach mit der Tatsache des Erhaltes einer Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an der Befragung und Blutentnahme.

11. Schlussfolgerung

Internationale Erfahrungen mit Spritzentauschprogrammen innerhalb einer Vollzugsanstalt bewiesen sowohl die Machbarkeit als auch die zuverlässige Umsetzbarkeit und Akzeptanz derartiger Projekte. Retrospektiv betrachtet zeigten sich dennoch unterschiedliche Entwicklungen: Während zum Beispiel in Spanien auch weiterhin derartige Projekte erfolgreich gestaltet werden, wurden in deutschen Gefängnissen nahezu alle Spritzentauschprogramme beendet. Zum aktuellen Zeitpunkt besteht nur noch ein Programm in einem kleinen Berliner Frauengefängnis.

Warum es zu solch einer Entwicklung kam, lässt sich auch anhand des hier wissenschaftlich begleiteten Projekts nur unzureichend beantworten.

Schließlich sind Tauschprogramme in Freiheit, wo sie über Apothekennetze, Konsumräume, Therapiestätten etc. wahrgenommen werden und auch hohe Akzeptanz unter dem Klientel, wie auch den Mitarbeitern genießen, weit verbreitet.

Bereits die Vorbereitungsphase dieses Projekts gestaltete sich mühsam und war gespickt mit Vorurteilen und Befürchtungen, zum einen seitens vieler Mitarbeiter. Dies kam auch in der Auswertung zum Tragen. Abwehr gab es aber auch bei Insassen, die keinen Kontakt zu Drogen hatten oder sich generell vom Drogenmilieu fernhalten wollten. In dem Mitarbeiterkollektiv fanden sich im Wesentlichen zwei Meinungsblöcke: Zum einen die Unterstützer des Projekts, zumeist aus dem Verwaltungsbereich, und zum anderen die Kritiker der Vergabe, welche sich überwiegend aus Beamten des Stationsdienstes zusammensetzten. Die letztere Gruppe hatte aus Autorensicht relevanten Einfluss auf den Erfolg des Projekts, denn nur mit der Unterstützung dieser Gruppe konnte ein solches Projekt umgesetzt werden.

Die niedrige Akzeptanz von Seiten der Mitarbeiter basierte auf der Befürchtung, das Gefahrenpotential durch die vermehrte Anzahl von Spritzen/Kanülen innerhalb der Anstalt könnte steigen und vor allem sie Konfliktsituation könnte ungelöst bleiben, wie mit Spritzen mit oder ohne Drogenanhaftungen umzugehen sei. Gerade der letzte Punkt beeinflusste das Verhalten und die Akzeptanz der Mitarbeiter dem Projekt gegenüber in relevanter Form, denn es bestand ein schmaler Grad zwischen der Hilfsleistung durch die Spritzenvergabe, Tolerierung von aufgefundenen Spritzen und der Notwendigkeit, die Funktion des Vollzuges mit Zellenrevisionen und Folgesanktionen durchzusetzen.

Bestand zunächst die Hoffnung, dass mit einer offiziellen Direktive die Vorgehensweise eindeutig sei und die Mitarbeiter im Verlauf damit umzugehen wüssten und sich in gewisser Weise ein „Lerneffekt“ einstellen würde, kam es vielleicht gerade wegen der Dienstanweisung nicht dazu. Zwei Drittel der Mitarbeiter sahen das Projekt weder als sinnvoll noch als hilfreich an. Die gleiche Anzahl machte aus dem oben genannten Konflikt heraus eine sehr starke Verunsicherung bei sich aus, die darin resultierte, dass es unter den Mitarbeitern auf Station zu inhomogenen Verhaltensmustern kam, wenn Spritzenbesteck aufgefunden wurde. Dies war verständlicherweise nicht mit einem funktionierenden Spritzentauschprogramm in Einklang zu bringen.

Die Befürchtungen, es könnte zu gehäuftem Auftreten von Bedrohungssituationen aufgrund der Spritzenvergabe an Drogenkonsumenten kommen, bestätigten sich im Grunde genommen nicht. Einzelsituationen wurden geschildert, als relevante Gefahrensituationen wurden diese jedoch nicht eingestuft.

So zeigte sich schnell, dass das Spritzentauschprogramm in „Santa Fu“ nach seiner Einführung zwar weniger konkrete Konflikte verursachte als im Vorfeld befürchtet, seine Wirksamkeit aber letztendlich aufgrund der niedrigen Inanspruchnahme durch die Risikokonsumenten nie den erhofften Erfolg verzeichnen konnte.

Die niedrigen Teilnehmerzahlen basierten im Wesentlichen auf einem Kernpunkt: Über die Interviews hinausgehende Einzelgespräche förderten bei nahezu allen Konsumenten harter Drogen die Skepsis zutage, eine notwendige Anonymität bei der Spritzenvergabe könne nicht eingehalten werden.

Dies ging so weit, dass ein Großteil der Insassen unbeirrt von einer Informationsweitergabe von dem Gesundheitspersonal (dem ausgebenden Personal der Spritzen) an das Stations- bzw. Überwachungspersonal ausging. Eine Verbesserung dieses potentiellen Mangels an Anonymität könnte lediglich mit einer grundsätzlich differenten Vergabepraktik verändert werden. Hier wäre zum Beispiel die automatenbasierte Vergabe von Spritzen zu nennen. Eine derartige Vergabe in der Hamburger Justizvollzugsanstalt in Vierlande wurde ebenfalls wissenschaftlich begleitet und konnte höhere Teilnehmerzahlen erreichen. Dennoch bemängelten auch dort einige Insassen, die Automaten wären per Überwachungskameras einsehbar und in Folge dessen mit einem ähnlichen Anonymitätsdefizit versehen.

Diese Befürchtung muss sich in der JVA 2 als so vordergründig dargestellt haben, dass sich die gestiegene Akzeptanz, welche im Verlauf der Studie dokumentiert werden konnte, nicht in entsprechenden Teilnehmerzahlen ausdrückte.

Ein weiterer Aspekt negativer Erwartungshaltungen war, dass die vermehrte Anzahl von Spritzen innerhalb der Haftanstalt negative Auswirkungen auf das Konsumverhalten haben könnte. So haben die Untersuchungen den Konsum von illegalen Drogen innerhalb der Haftanstalt bestätigt. Widerlegt wurde jedoch, dass sich das Spritzentauschprogramm fördernd auf den Konsum ausgewirkt hätte.

Wie ein Konsum illegaler Drogen in einer Haftanstalt möglich sein kann, unterliegt vielerlei Faktoren, die in diesem Rahmen nicht ausführlich erörtert werden können. Es bleibt aber festzuhalten, dass vorherige, auch internationale Studien sich in diesen Ergebnissen widerspiegeln, insofern ein Aufenthalt in einer Haftanstalt mit einem Konsum von Drogen einhergehen kann. Dies gilt nach jetziger Erfahrung besonders für den Konsum von Cannabispräparaten. Es konnte im Vergleich zu den Verhältnissen in Freiheit keine relevante Reduktion des Cannabiskonsums festgestellt werden. Im Gegenteil ist sogar eine gewisse Stabilität zu erkennen, wenn außerhalb der Haftanstalt knapp 30% der Teilnehmer Cannabis konsumierten und nunmehr ca. 22% Cannabis unter Haftbedingungen zu sich nahmen.

Verändert hat sich dieses Bild bei den harten und somit auch preislich hoch angelegten Drogen wie Heroin und Kokain. Zwar konnte auch weiterhin ein Konsum dieser Substanzen bestätigt werden, besonders in Bezug auf das Kokain kam es in Haft jedoch preisbedingt zu einem Einbruch.

Der Kernpunkt eines Spritzentauschprogrammss sollte die Verwendung von sauberem bzw. sterilem Spritzenequipments zur Infektionsprophylaxe sein. Es blieb festzuhalten, dass es unter Haftbedingungen zu einer Senkung des allgemeinen Heroin- und Kokainkonsums kam. Es stellte sich ebenfalls heraus, dass der intravenöse Konsum von Heroin im Verlauf des Projekts leicht anstieg (von 18% auf 26%).

Angesichts der kleinen Teilnehmerzahlen und sich nicht vollständig überschneidender Untersuchungsgruppen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten kann der Anstieg nicht als signifikant bewertet werden – deskriptive Hinweise für einen Rückgang fehlen zumindest. Wichtig war die Klärung der Frage, ob sich demgegenüber das Risikobewusstsein verbesserte und das Tauschen von kontaminierten Spritzen unterblieb oder eventuell gänzlich eingestellt wurde. Nationale Erfahrungen der

Arbeitsgruppe von Stark et al. [146;147] konnten eine signifikante Reduktion des Needle Sharing im Rahmen eines Spritzenaustauschprogramms zeigen. In der JVA 2 ergaben sich diesbezüglich inhomogene Ergebnisse. Die durchschnittliche Anzahl von Spritzen pro Konsument stieg an und die tägliche Weitergabe kontaminierter Spritzen sank von 41% auf 0% ab. Es konnte aber auch nicht verhindert werden, dass es weiterhin zu einem gemeinschaftlichen Konsum von Drogen kam und dass Spritzen aus dem Programm als Fehlerware benutzt wurden.

Negative Auswirkungen dieser Praktiken im Sinne von Hepatitis- oder HIV-Transmissionen innerhalb des Beobachtungszeitraumes konnten ausgeschlossen werden. HCV- und HBV-Transmissionen konnten vor Beginn des Projekts dokumentiert werden und stehen folglich weder inhaltlich noch zeitlich mit diesem in Zusammenhang. Dennoch konnte die Infektionsgefahr für intravenös-drogenkonsumierende Personen für die so genannten „blood-borne-virus-diseases“ auch in dieser Arbeit in direkten Zusammenhang gebracht werden. Dies gilt besonders für die Hepatitis-C. Ein Durchseuchungsgrad von 86% bei den IVDA muss die Gesellschaft zur Bereitstellung von alternativen Therapiemöglichkeiten für dieses Kollektiv motivieren. Positiv anzumerken ist die Tatsache, dass hinsichtlich der Inzidenzen der hier untersuchten Infektionskrankheiten im Verlaufe des Spritzenaustauschprojektes keine Neuerkrankungen zu verzeichnen waren. Demgegenüber stand eine Inzidenzrate vom Aktenbefund bis zum Beginn der Spritzenvergabe bei Hepatitis-C von ca. 14,7% bei allen untersuchten Insassen.

Nach weitläufiger Einstellung nahezu aller nationalen Spritzenaustauschprogramme in den Justizvollzugsanstalten, entgegen den durchaus positiv zu verzeichnenden Effekten, verbleibt die Frage nach alternativen Behandlungsstrategien. Den Insassen in der JVA 2 verbleibt nach Einstellung des Spritzenprogramms lediglich die Methadonvergabe, wobei auch hier die Teilnehmerzahlen den behördlichen Vorgaben folgend, seit längerer Zeit restriktiv gehalten werden sollten. Zumindest außerhalb der Haftanstalten gewinnt ein neuer Ansatz zunehmend an Bedeutung.

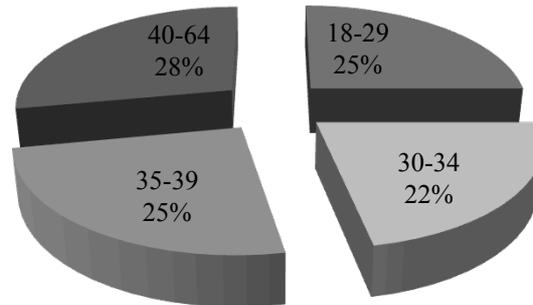
Hierbei handelt es sich zunächst um eine Erweiterung der bisherigen „Harm-Reduction“-Strategien. Seit 2002 wird das Modellprojekt zur heroingestützten (ärztlich kontrollierten) Behandlung von Opiatkonsumenten durchgeführt und wissenschaftlich begleitet. Das Projekt findet in sieben deutschen Großstädten sowie wenigen Bundesländern statt. Es beinhaltet eine randomisierte, multizentrische Studie mit 1032

Probanden, die jeweils zur Hälfte mit Diamorphin und Methadon behandelt werden. Nachdem zum jetzigen Zeitpunkt zwei Studienphasen abgeschlossen sind, konnten überwiegend positive Ergebnisse verzeichnet werden, die die politischen Strukturen dazu veranlasst haben, eine Weiterführung des Projekts in den meisten deutschen Städten zu ermöglichen. Das langfristige Ziel dieser Behandlungsform, nämlich die langfristige Stabilisierung des einzelnen Patienten zu erreichen und insofern dem Patienten nach und nach zu ermöglichen, die Heroinbehandlung zu beenden, sollte nicht aus dem Auge verloren werden. Daraus folgt die Konsequenz, diese Option langfristig in die Regelbehandlung Opiatabhängiger aufzunehmen, nicht zuletzt, weil sich die Überlegenheit gegenüber der Methadonsubstitution in relevanter Form zeigte.

Dabei bleibt im Hinblick auf die hier bearbeitete Studie die Frage offen, ob sich eine derartige Behandlungsform auch für die intravenös-heroinkonsumierenden Insassen einer Haftanstalt eignen könnte. Aus Autorensicht wäre dies ein suffizientes Angebot, welches nachweislich nicht nur die Verbreitung von Infektionskrankheiten eindämmen könnte, sondern, und das ist nicht zu vernachlässigen, hieraus die Möglichkeit erwachsen könnte, interne Drogenmilieustrukturen zu zerschlagen und in Folge dessen eine Risikominimierung für Insassen wie auch für die Mitarbeiter zu schaffen.

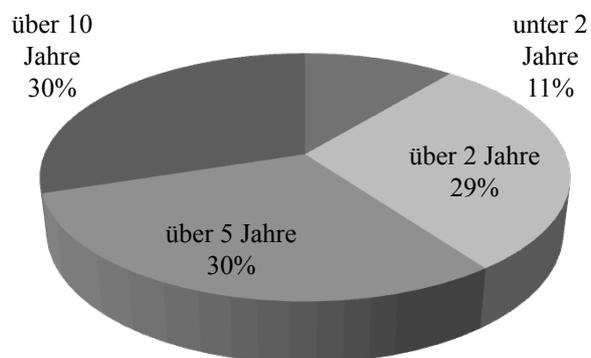
12. Anhang: Ergänzende Abbildungen

Abb. 30: Altersverteilung des gesamten Kollektivs, Zeitraum L1



(n=131)

Abb. 31: Anzahl der Haftjahre, gesamtes Kollektiv, Zeitraum L1



(n=131)

Abb. 32: Anteil der Insassen mit abgeschlossener Berufsausbildung, Zeitraum L1

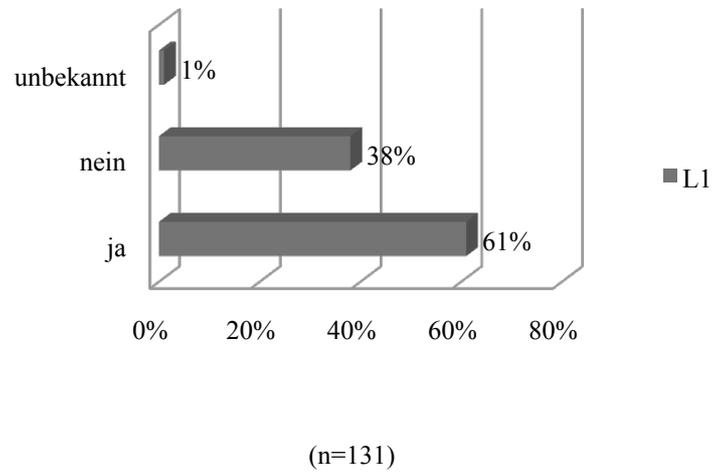


Abb. 33: Ist das STP sinnvoll für die JVA 2, Zeitraum L1

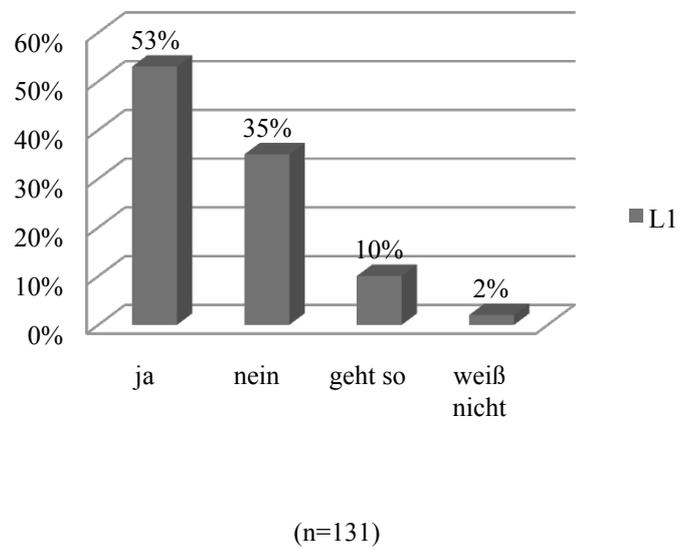


Abb. 34: Ist das STP für Sie persönlich sinnvoll, L1 vs L2

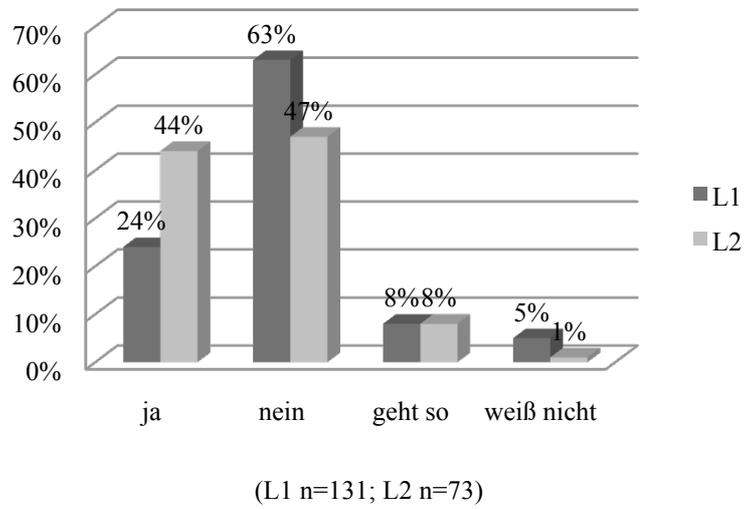


Abb. 35: Werden Sie auch in Zukunft am STP teilnehmen, Zeitraum L1

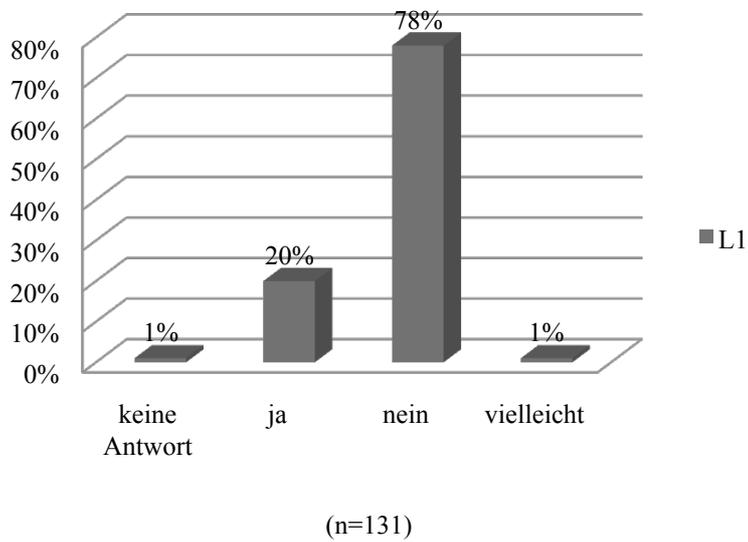
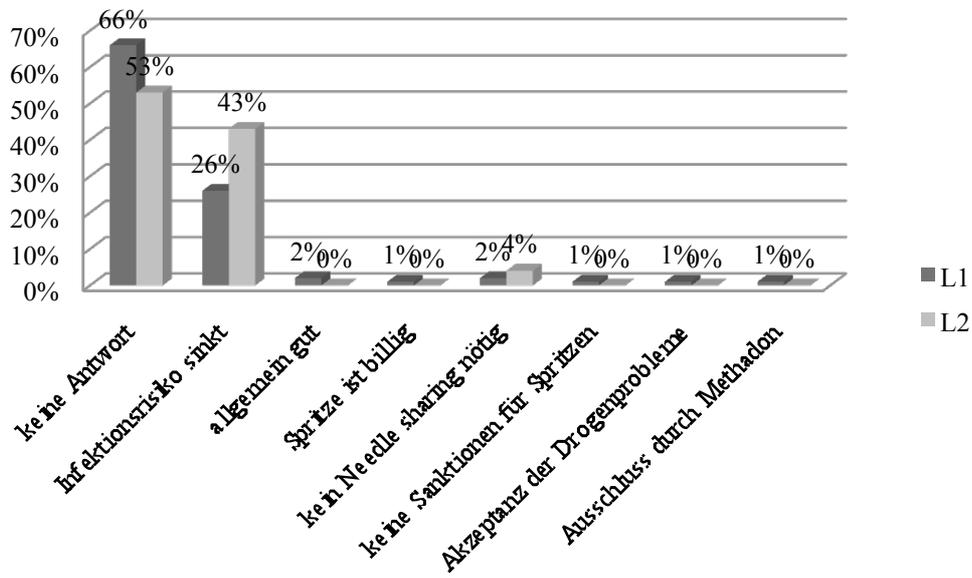
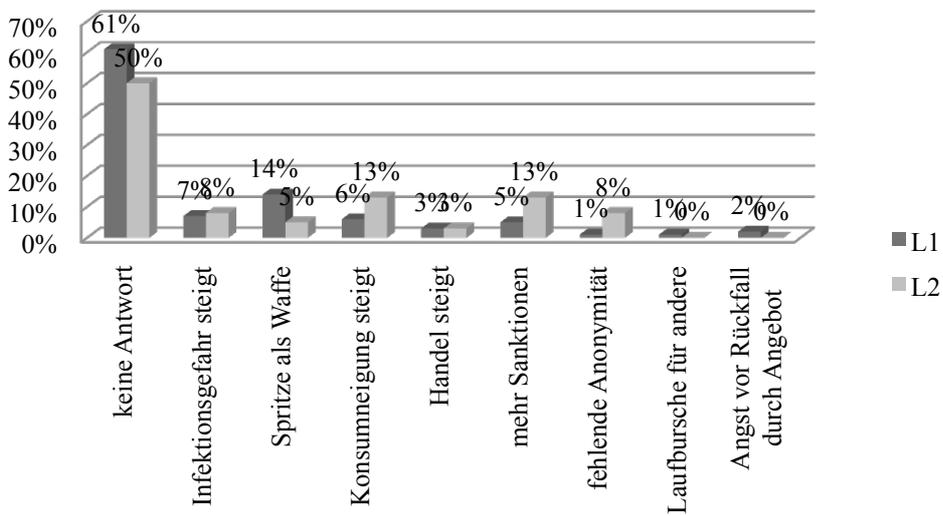


Abb. 36: Welche Vorteile bietet das STP, L1 vs L2



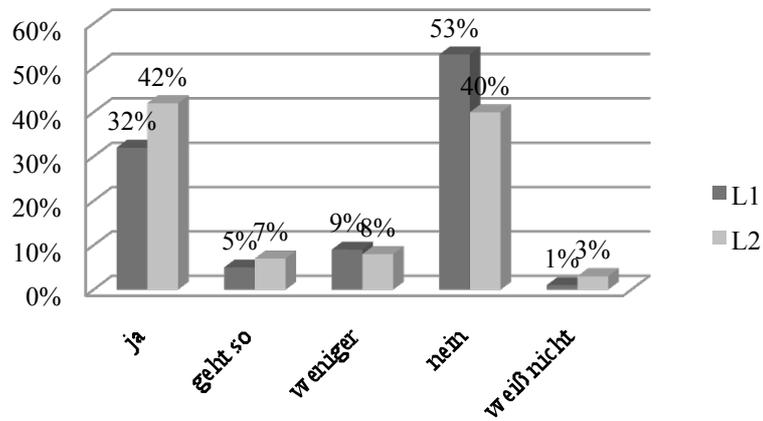
(L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 37: Welche Nachteile bietet das STP, L1 vs L2



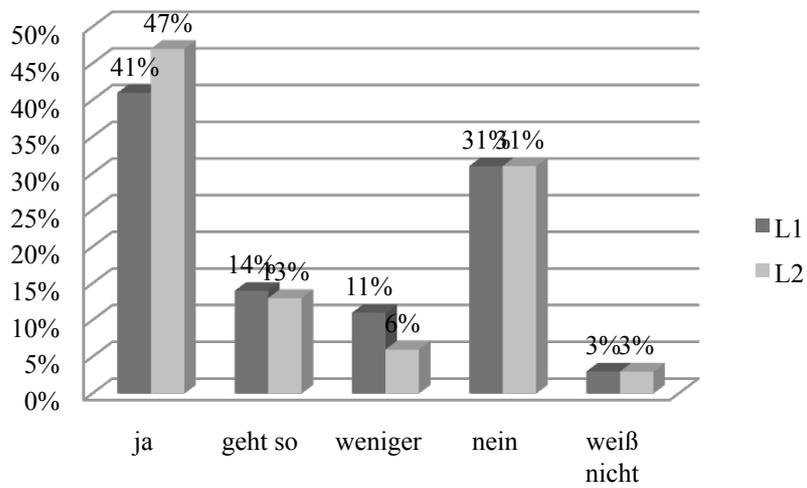
(L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 38: Könnten Nichtkonsumenten zum i.v.-Konsum verleitet werden, L1 vs L2



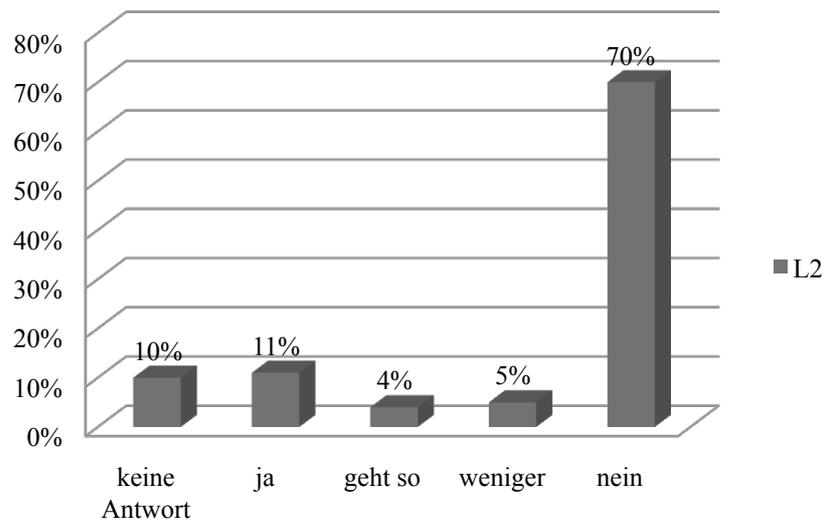
(L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 39: Könnten Blehraucher zum i.v.-Konsum verleitet werden, L1 vs L2



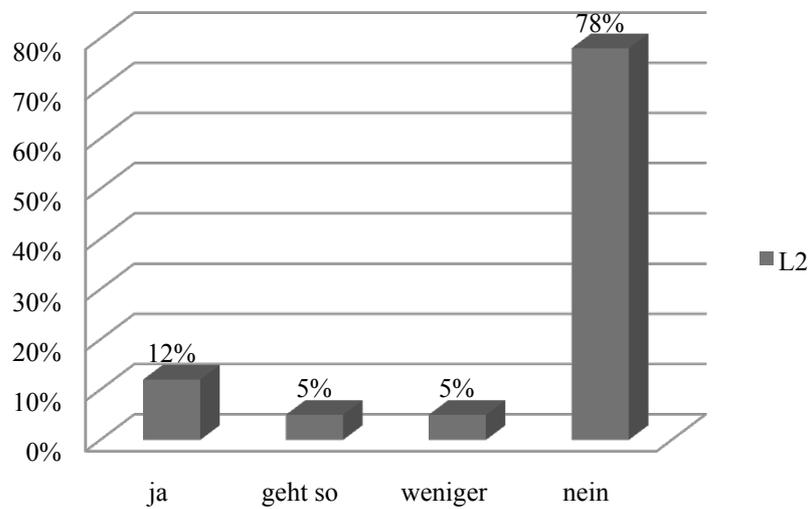
(L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 40: Fühlen Sie sich als Nichtkonsument zum BTM-Konsum verleitet, Zeitraum L2



(n=72)

Abb. 41: Fühlen Sie sich als Nichtkonsument zum i.v.-Konsum verleitet, Zeitraum L2



(n=73)

Abb. 42: Hat sich das Verhältnis zu den Beamten durch das STP verändert, L2

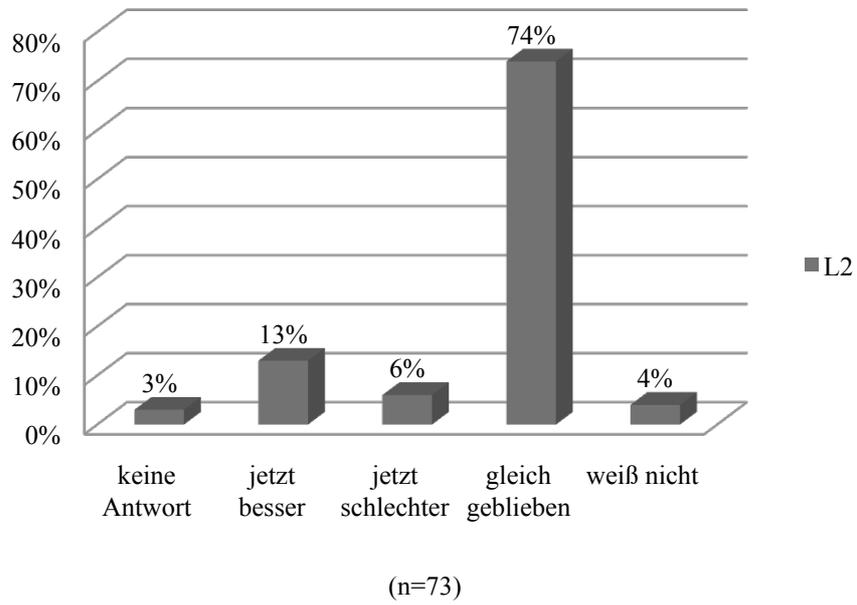


Abb. 43: Bevorzugen Sie eine automatenbasierte Vergabe, Zeitraum L2

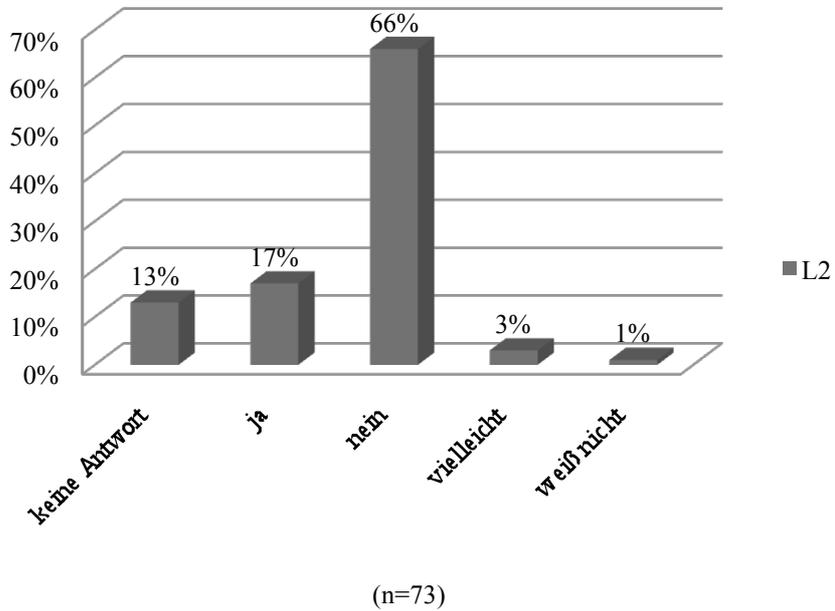


Abb. 44: Könnte das STP Ihren persönl. Konsum steigern, Zeitraum L2

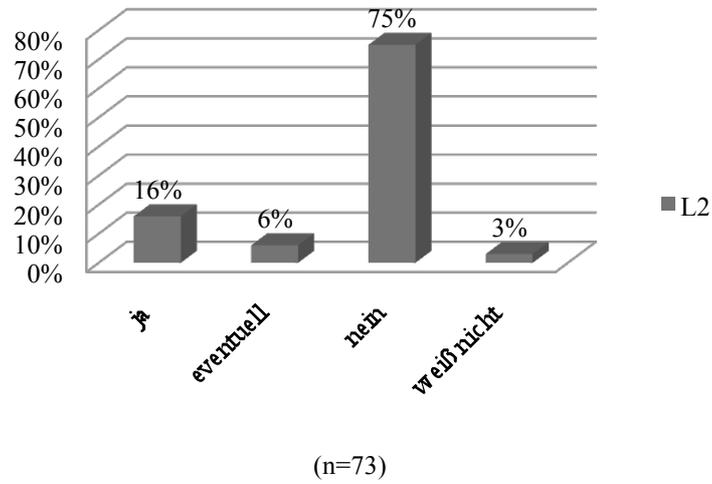


Abb. 45: Art der Heroin-Applikation, Freiheit-L1-L2

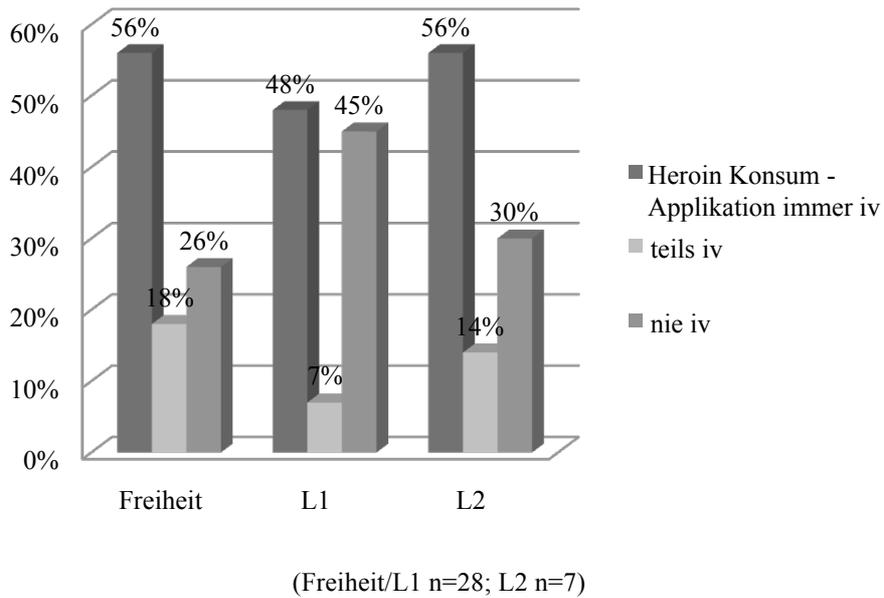


Abb. 46: Art der Kokain-Applikation, Freiheit-L1-L2

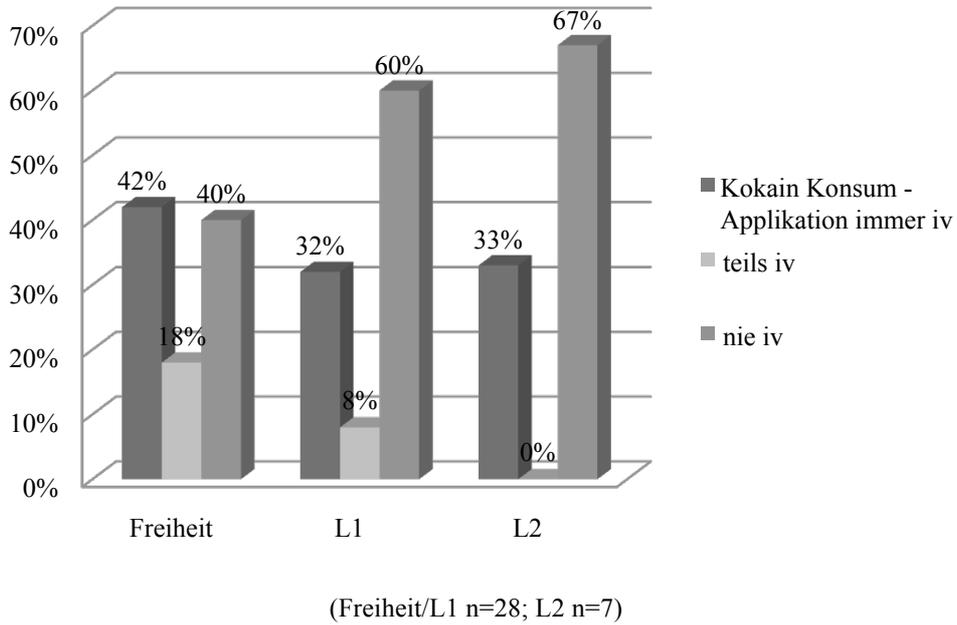


Abb. 47: Wieviele Spritzen stehen Ihnen durchschn. zur Verfügung, L1 vs L2

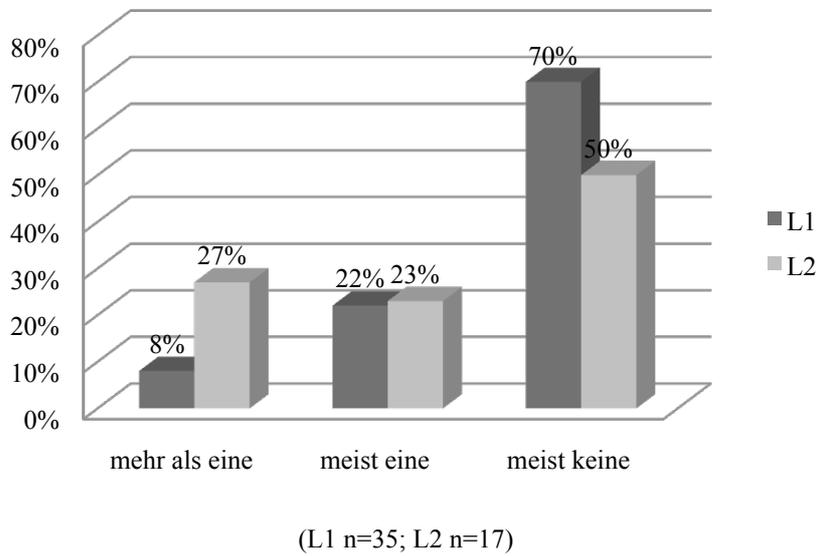
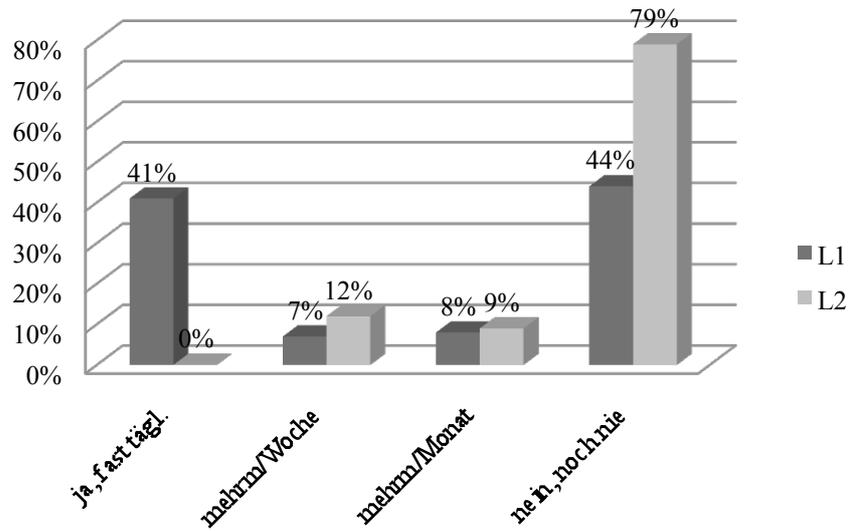
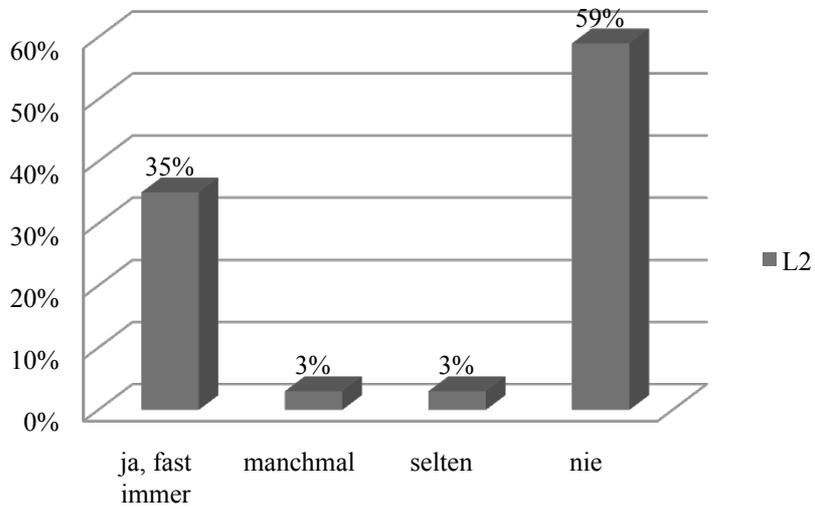


Abb. 48: Haben Sie bereits eine kontaminierte Spritze an andere weitergegeben, L1 vs L2



(L1 n=35; L2 n=17)

Abb. 49: Handelte es sich bei der weitergegebenen Spritze um ein Exemplar aus dem STP, Zeitraum L2



(n=17)

Abb. 50: Teilen Sie die Spritze mit anderen Insassen, Zeitraum L1

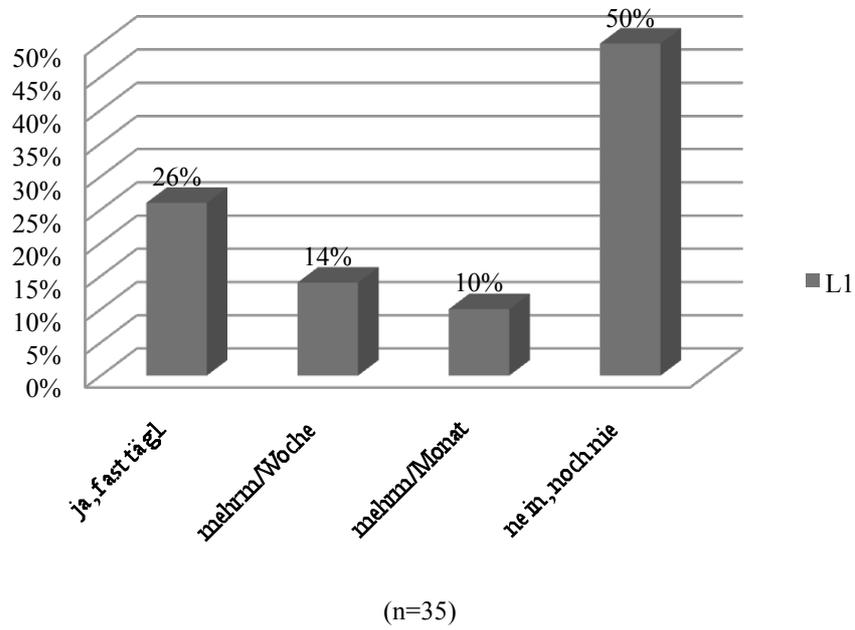


Abb. 51: Wie viele Insassen sind durchschnittlich an einer Spritze beteiligt, L1 vs L2

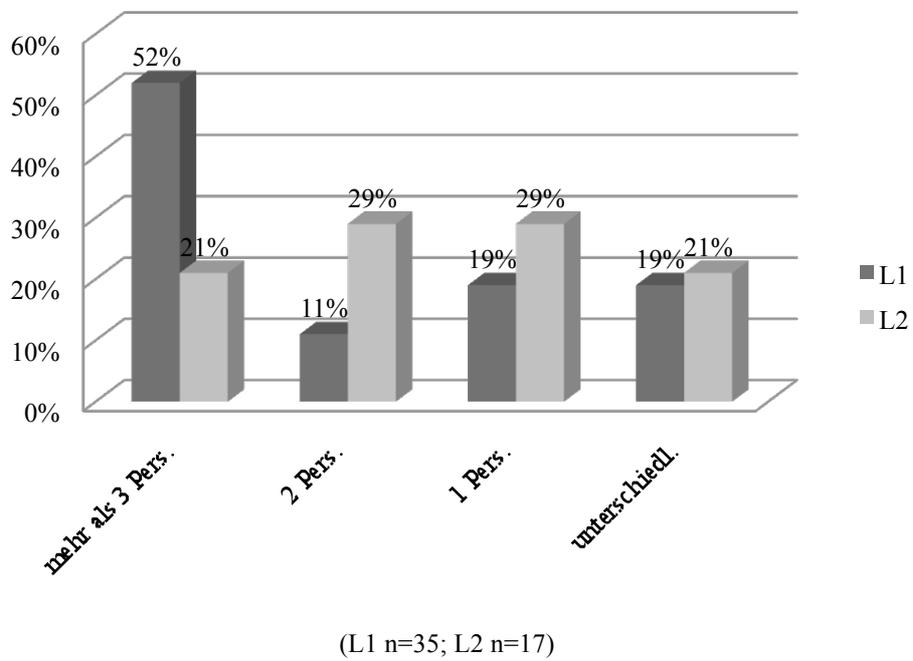
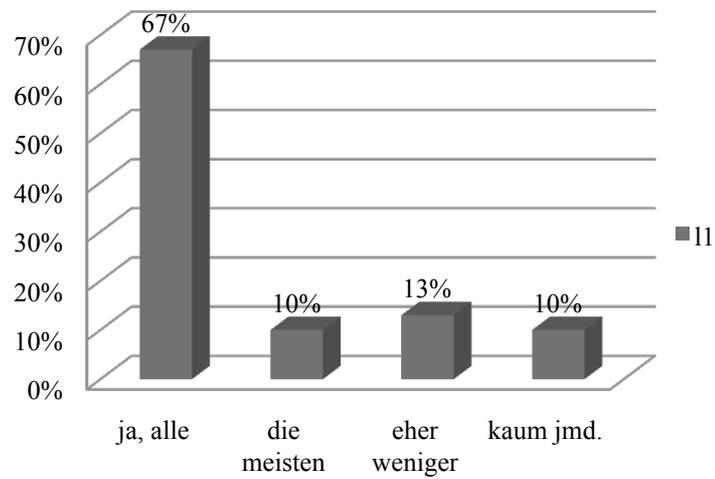
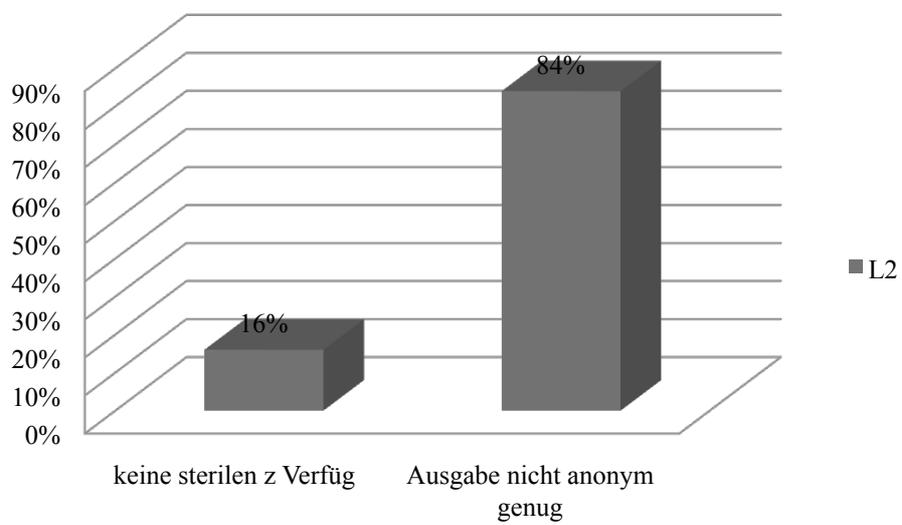


Abb. 52: Sind Ihnen die Mitbenutzer der Spritze bekannt, Zeitraum L1



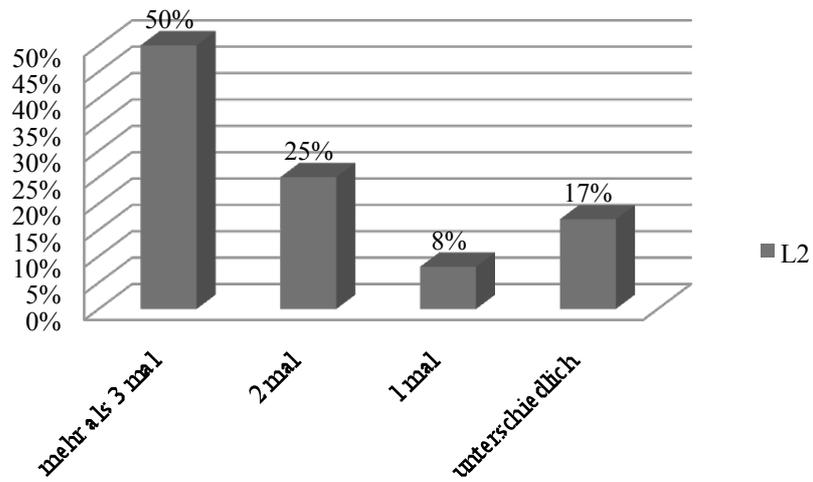
(n=35)

Abb. 53: Aus welchen Gründen benutzen Sie kontaminierte Spritzen, Zeitraum L2



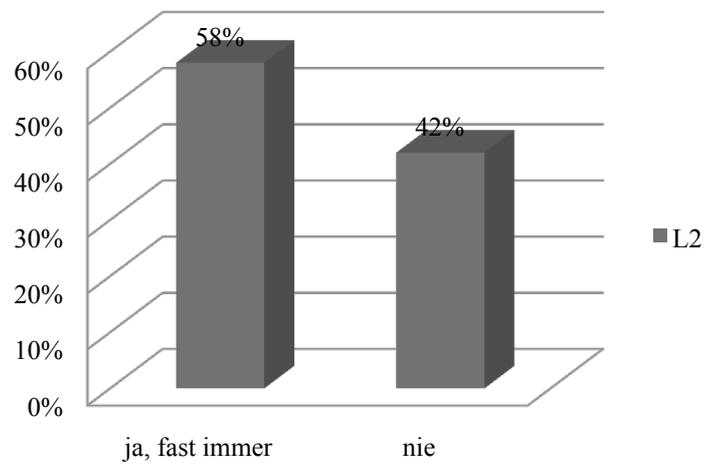
(n=17)

Abb. 54: Wie häufig benutzen Sie kontaminierte Spritzen, Zeitraum L2



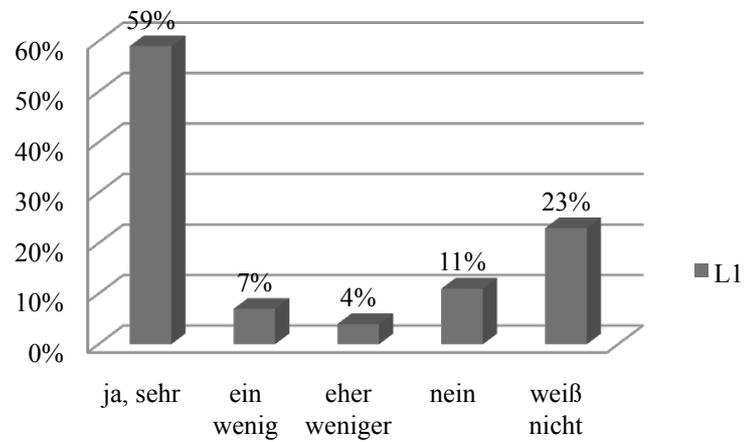
(n=17)

Abb. 55: Haben Sie bereits eine Spritze stellvertretend tauschen lassen, Zeitraum L2



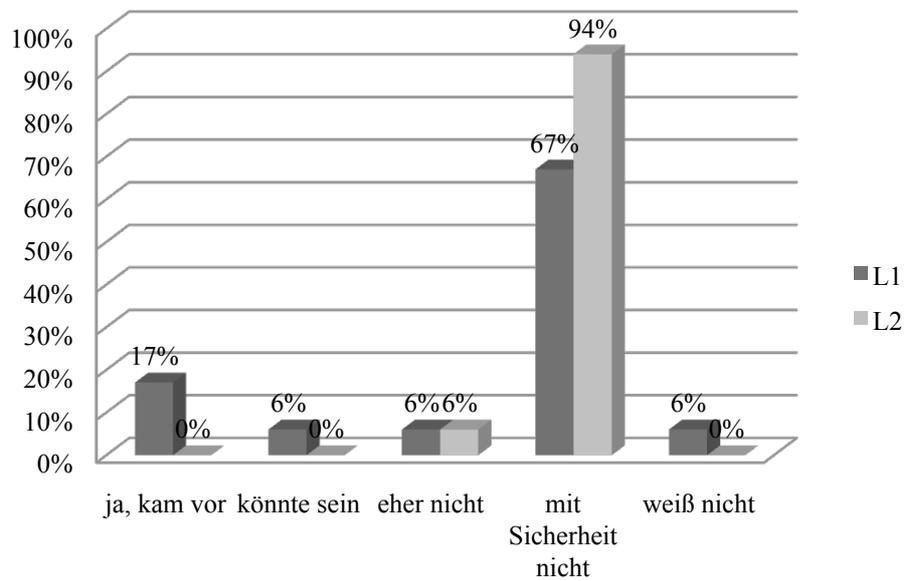
(n=17)

Abb. 56: Befürchten Sie eine erhöhte Infektionsgefahr bei der Benutzung kontaminierter Spritzen, Zeitraum L1



(n=35)

Abb. 57: Haben Sie Ihre Spritze bereits mit einem sicher HIV-positiven Insassen geteilt, L1 vs L2



(L1 n=35; L2 n=17)

Abb. 58; Reinigen Sie die Spritze vor bzw nach Benutzung, Zeitraum L1

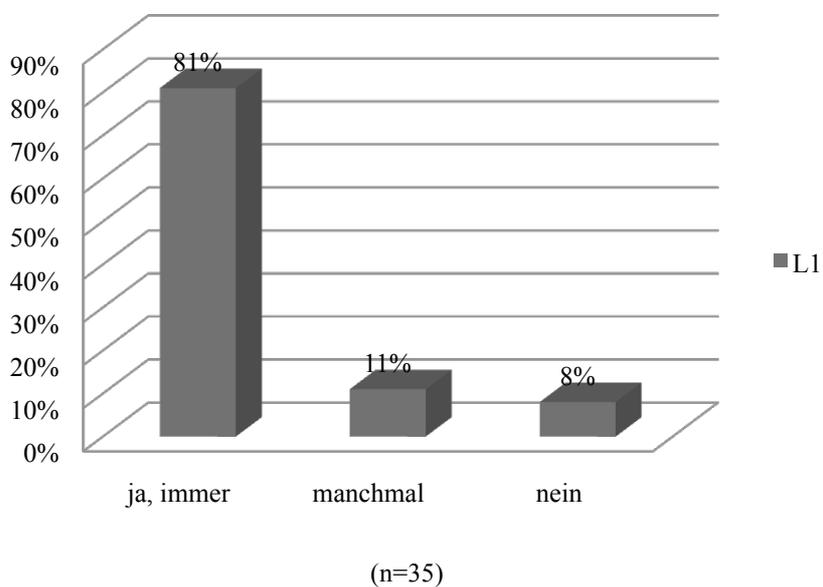


Abb. 59: Haben Sie einen eigenen Filter zur Verfügung, Zeitraum L2

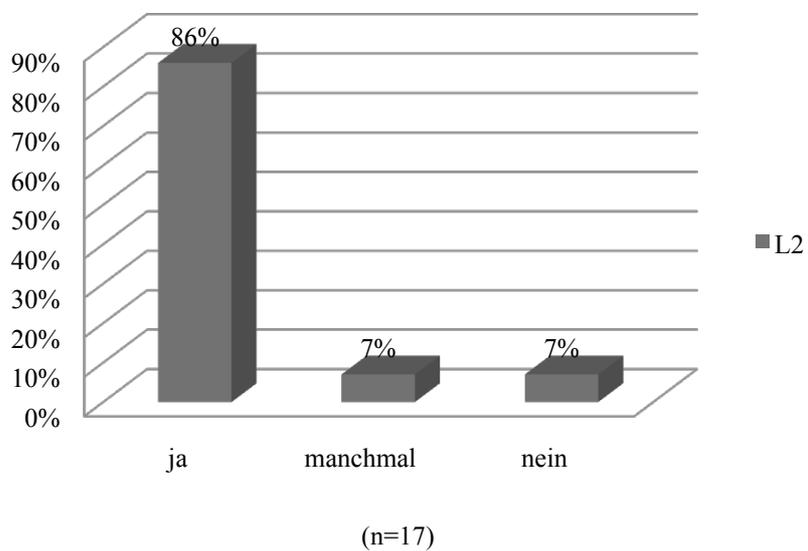


Abb. 60: Wie oft benutzen Sie einen Filter, Zeitraum L2

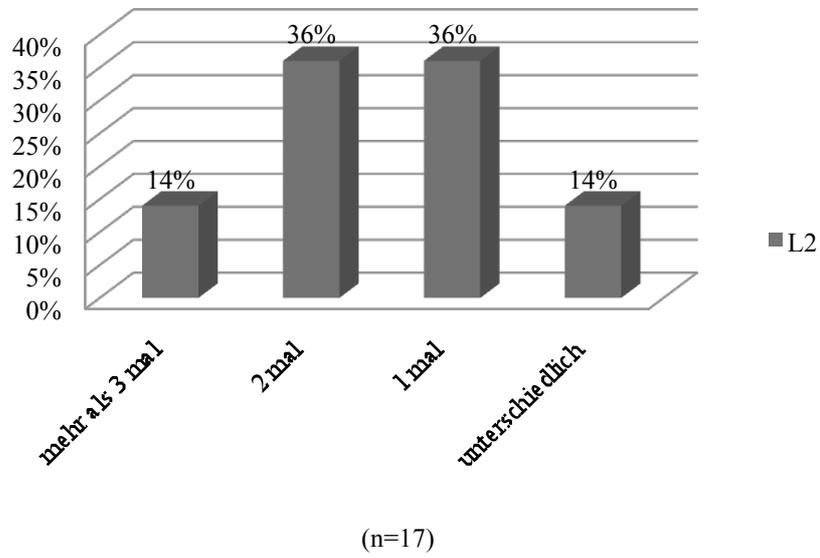


Abb. 61: Geben Sie Ihren kontaminierten Filter an andere Inassen weiter, Zeitraum L2

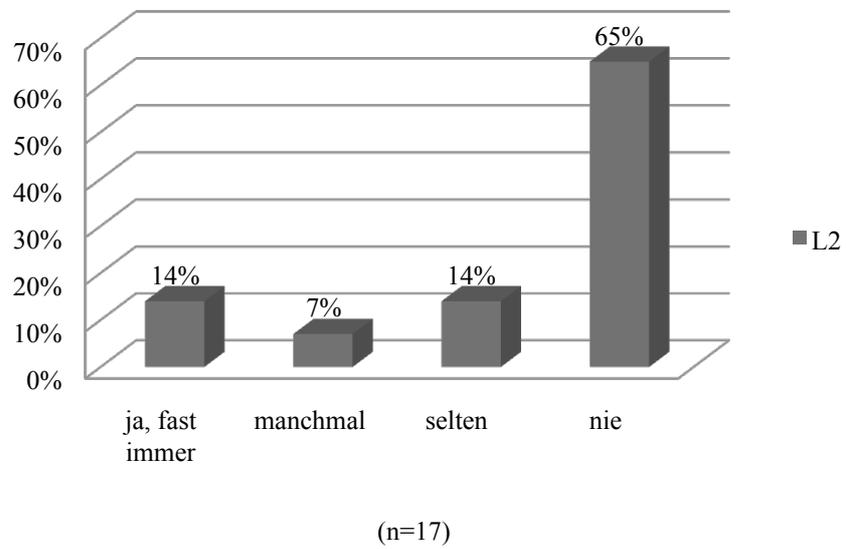
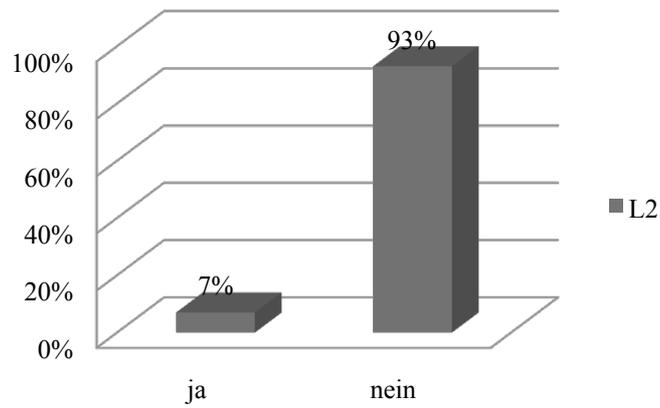
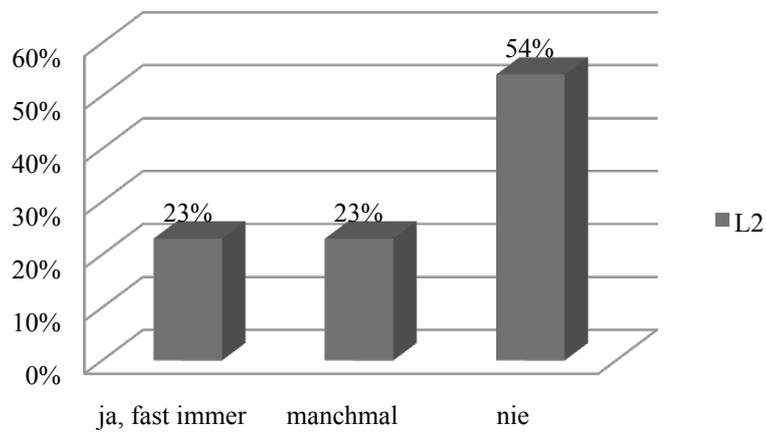


Abb. 62: Benutzen Sie Filter anderer Insassen, Zeitraum L2



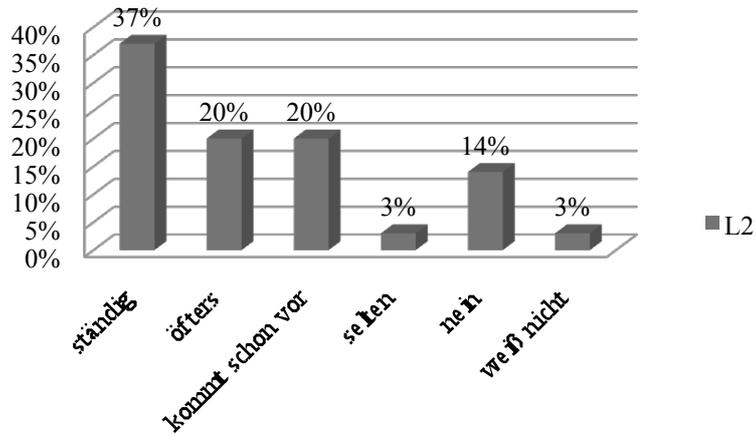
(n=17)

Abb. 63: Geben Sie Ihren kontaminierten Löffel an andere Insassen weiter, Zeitraum L2



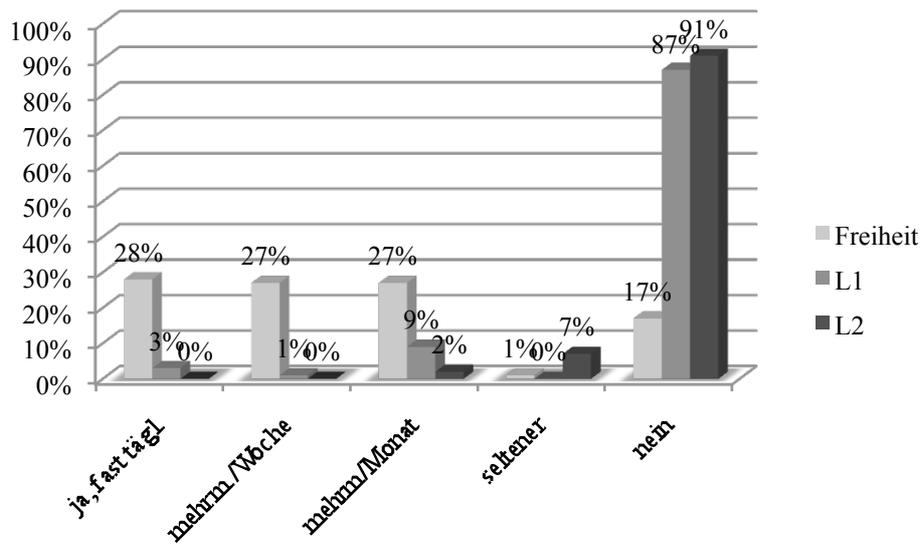
(n=17)

Abb. 64: Denken Sie über ein konkretes Konsumente nach, Zeitraum L2



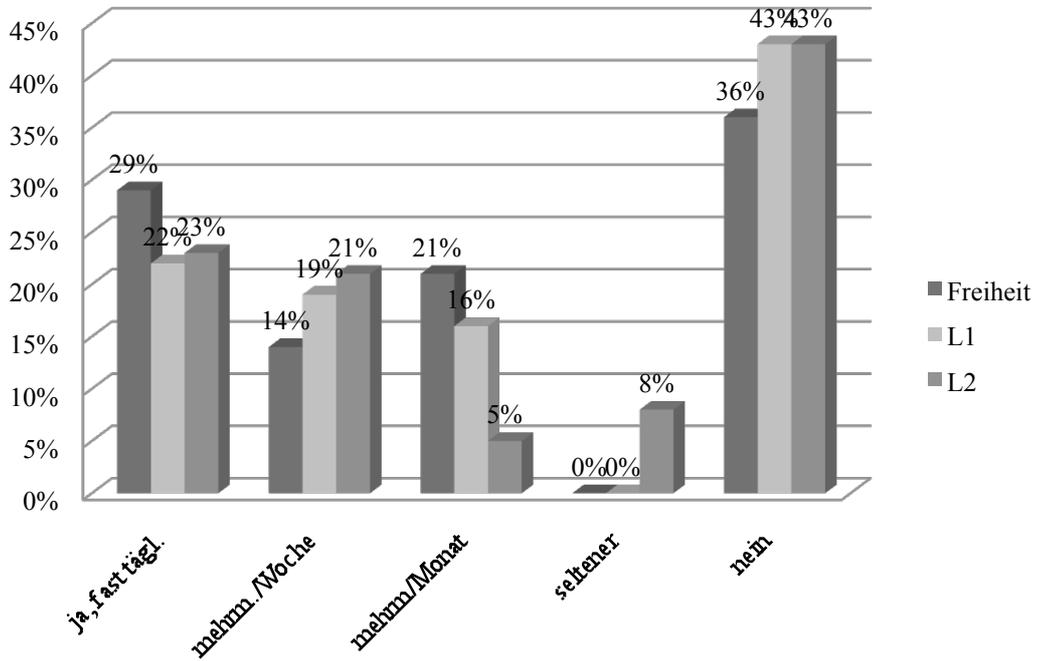
(n=17)

Abb. 65: Alkoholkonsum, Freiheit-L1-L2



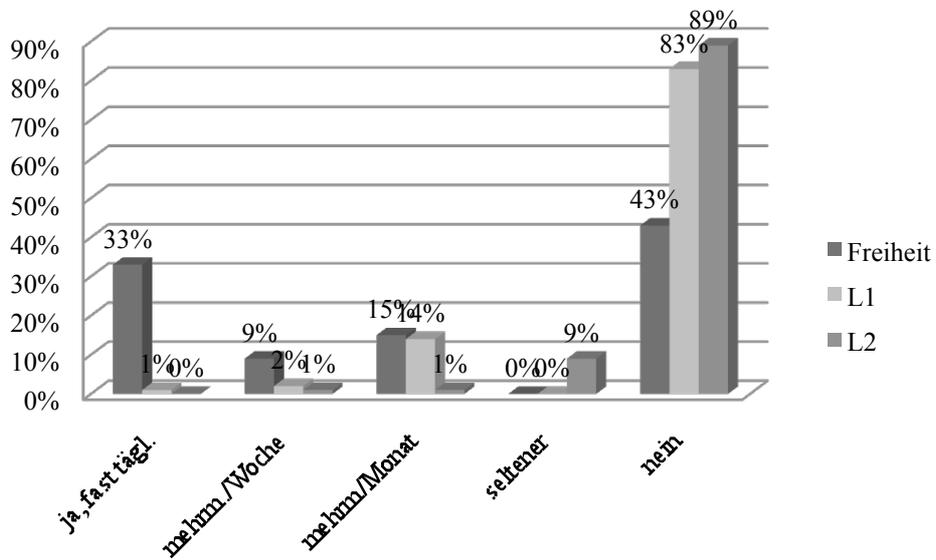
(Freiheit/L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 66: Cannabiskonsum, Freiheit-L1-L2



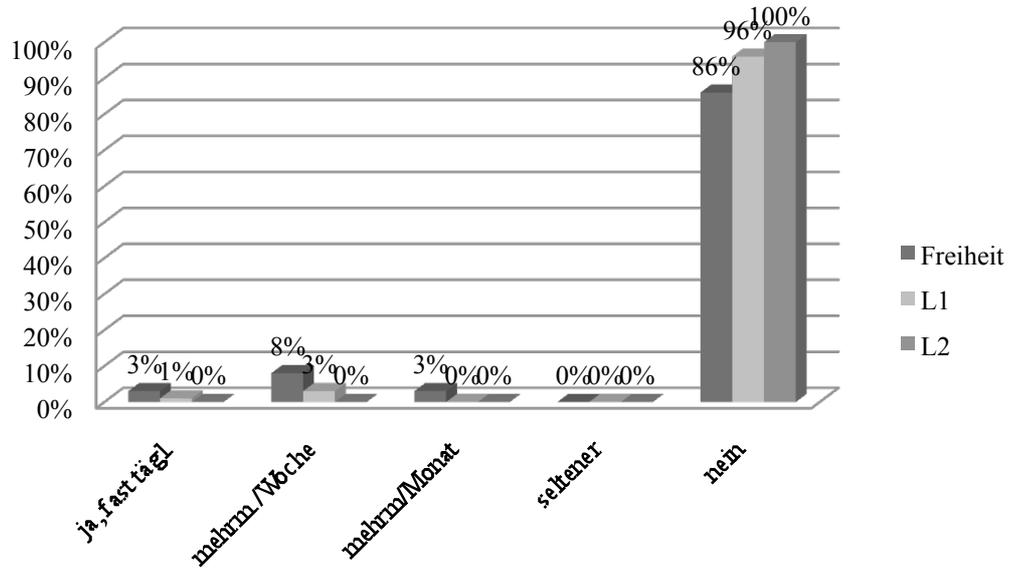
(Freiheit/L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 67: Kokainkonsum, Freiheit-L1-L2



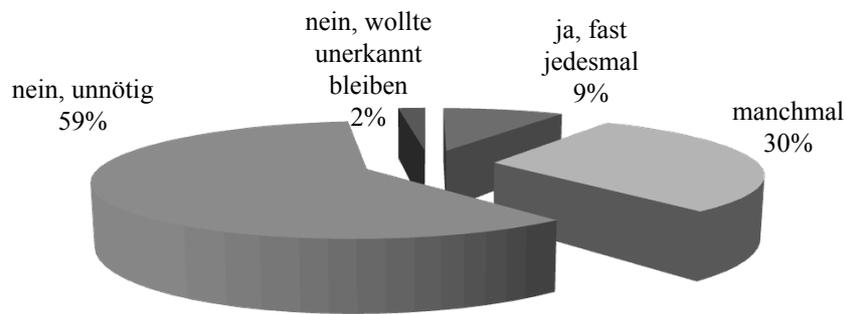
(Freiheit/L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 68: Crackkonsum, Freiheit-L1-L2



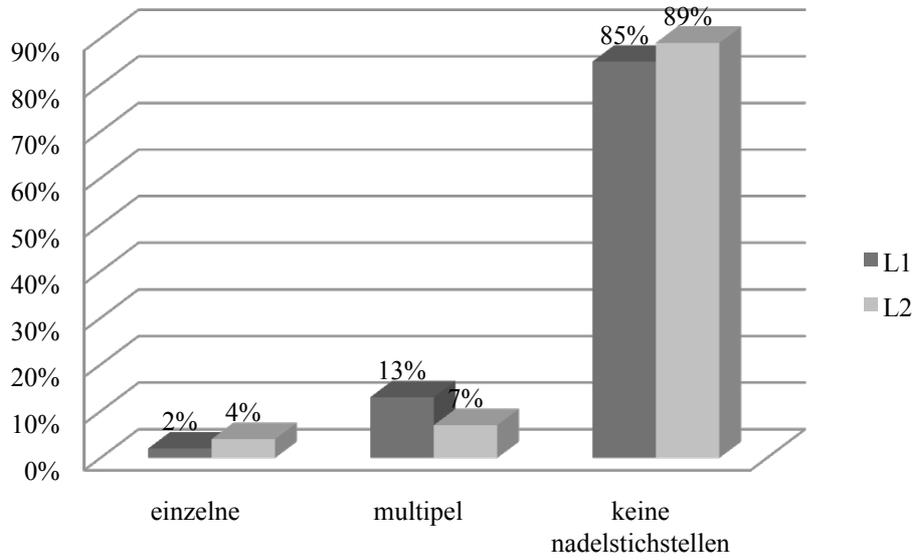
(Freiheit/L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 69: Mussten Sie bereits wegen Entzugssymptomen behandelt werden, Zeitraum L1



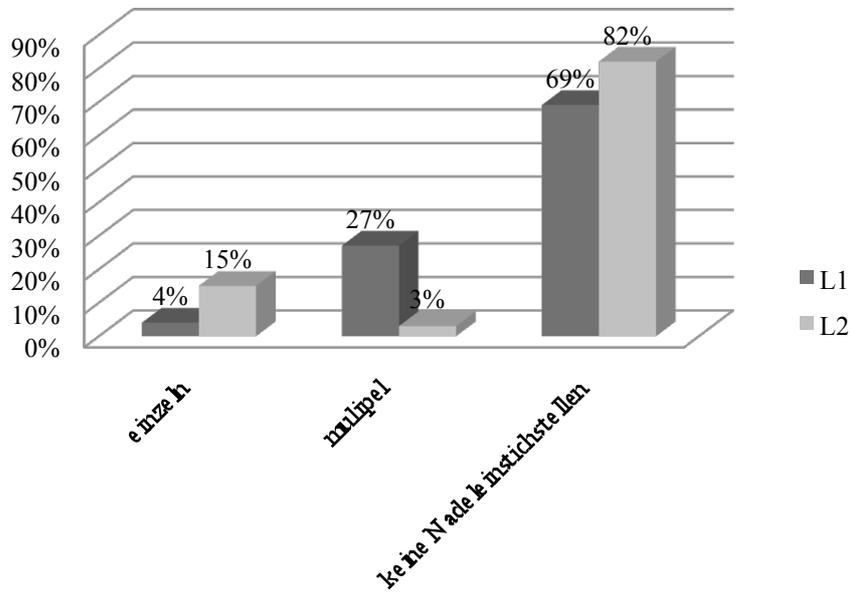
(n=131)

Abb. 70: Med.Befund Nadeleinstichstellen, L1 vs L2



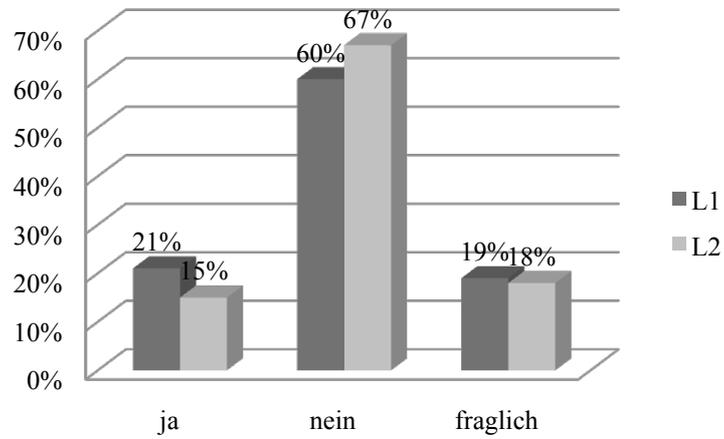
(L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 71: Med.Befund ältere Nadeleinstichstellen, L1 vs L2



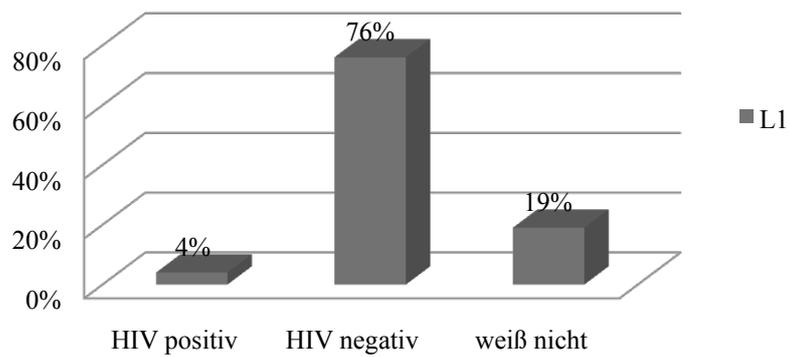
(L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 72: Med.Befund wirkt der Insasse intoxikiert, L1 vs L2



(L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 73: Ergebnis Ihrer letzten HIV-Serologie, Zeitraum L1



(n=131)

Abb. 74: Ergebnis Ihrer letzten Hepatitis-Serologie, Zeitraum L1

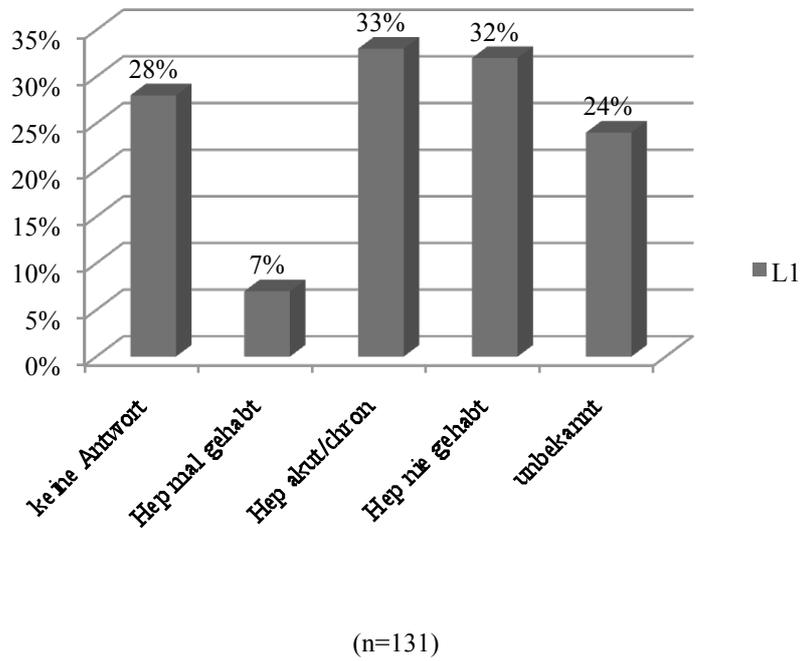


Abb. 75: Fühlen Sie sich in der JVA durch Hepatitis bedroht, L1 vs L2

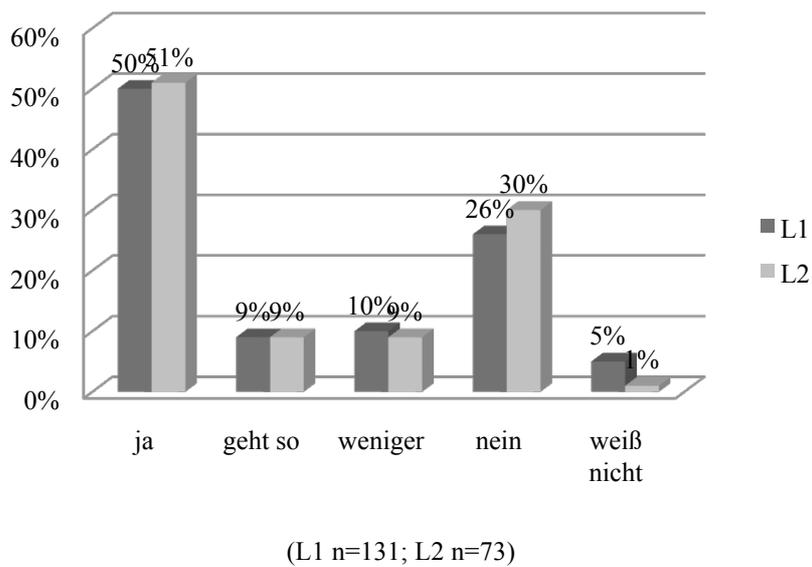


Abb 76: Fühlen Sie sich über Hepatitis gut informiert, L1-L2

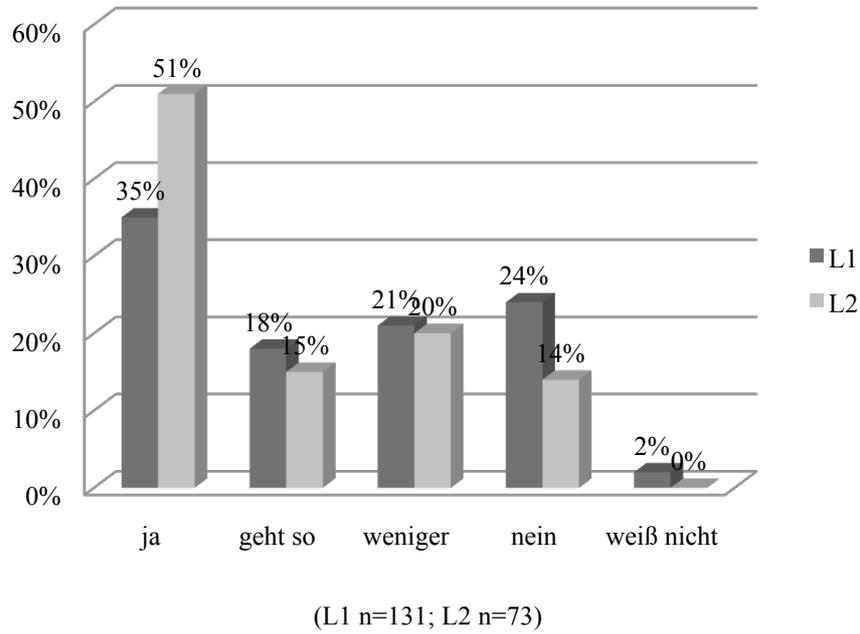


Abb. 77: Fühlen Sie sich durch HIV bedroht, L1-L2

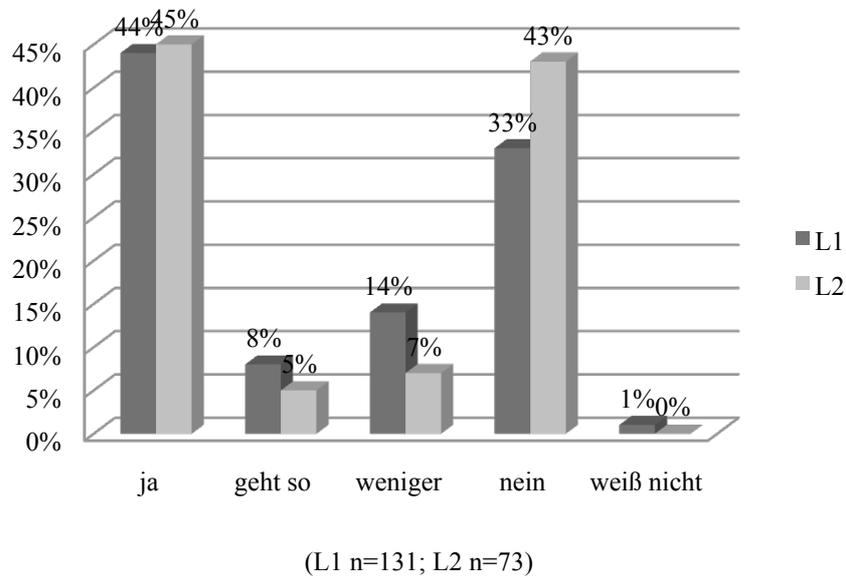
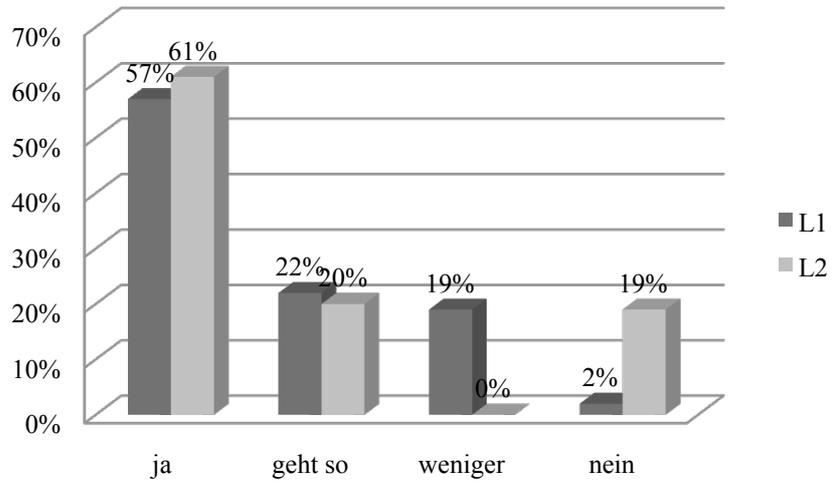
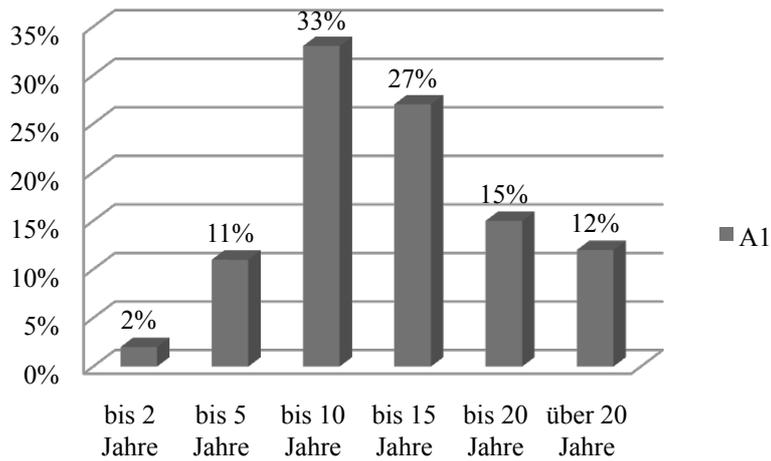


Abb. 78: Fühlen Sie sich gut über HIV informiert, L1-L2



(L1 n=131; L2 n=73)

Abb. 79: Mitarbeiter: Bisherige Dienstjahre im Vollzug, Zeitraum A1



(n=72)

Abb. 80: Mitarbeiter: Bisherige Dienstjahre in der JVA 2. Zeitraum A2

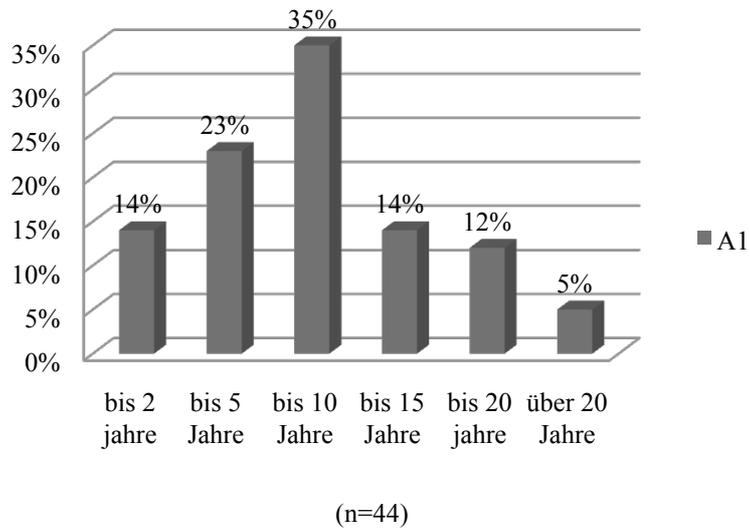


Abb. 81: Mitarbeiter: Dienstbereich innerhalb der JVA 2. Zeitraum A1

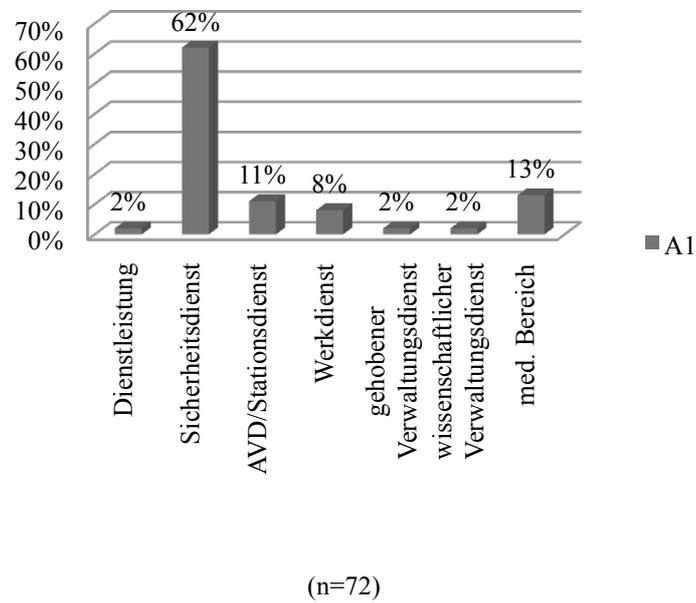


Abb. 82: Mitarbeiter: Dienstbereich innerhalb der JVA 2. Zeitraum A2

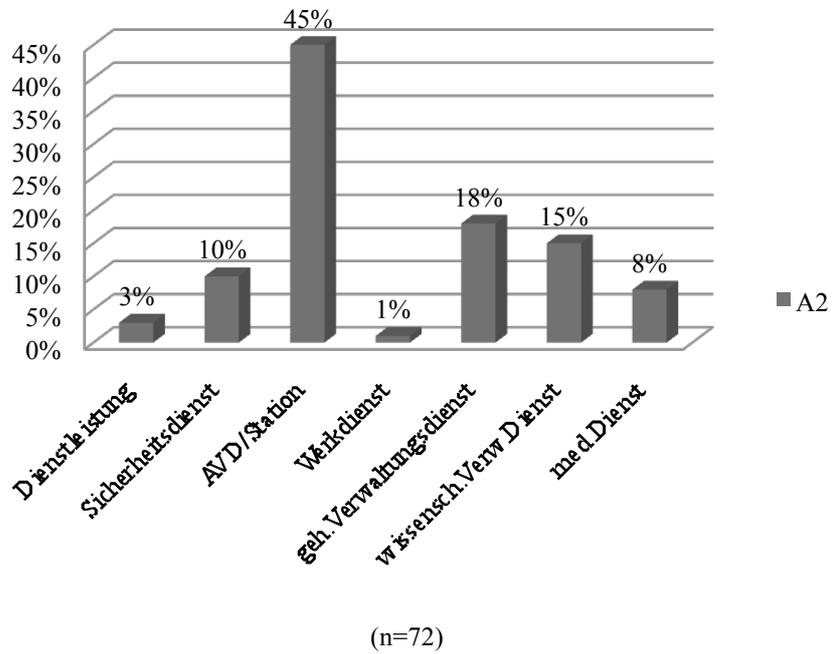


Abb. 83: Mitarbeiter: Hepatitis-B-Impfung erhalten? Zeitraum A1

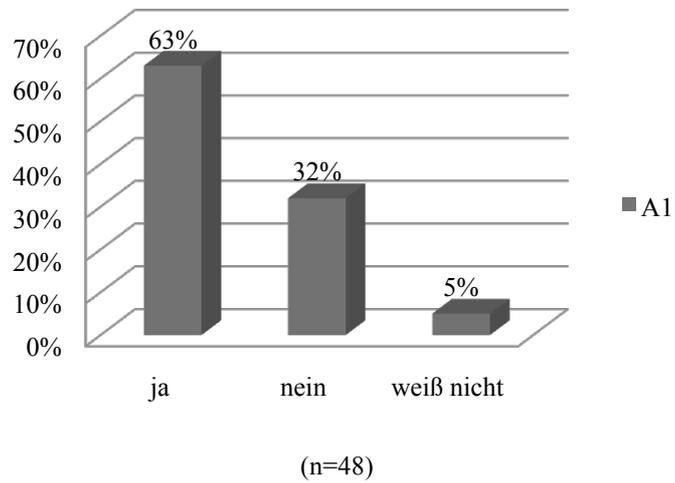


Abb. 84: Mitarbeiter: Zeitpunkt der letzten Titer-Kontrolle. Zeitraum A1

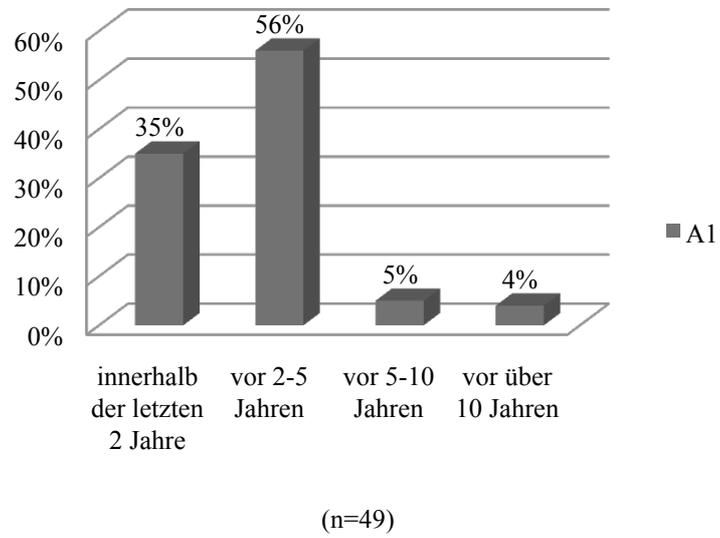


Abb. 85: Mitarbeiter: Ist Ihnen der Titer bekannt? Zeitraum A1

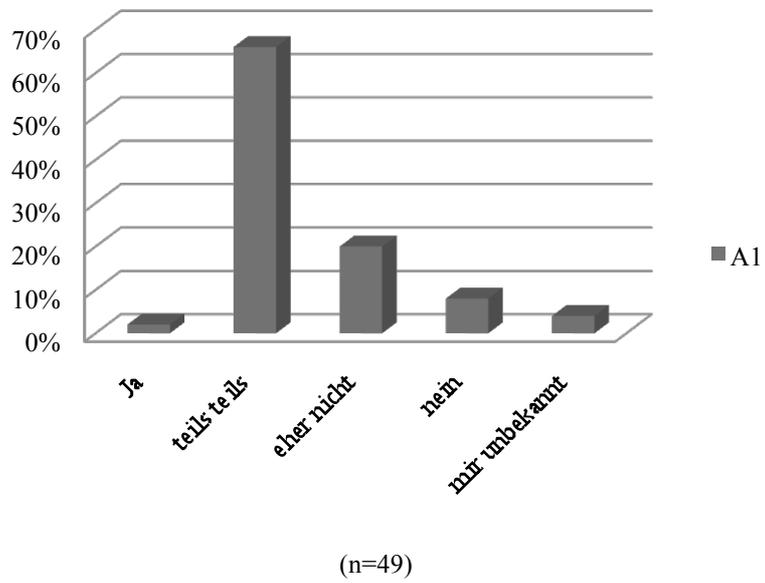
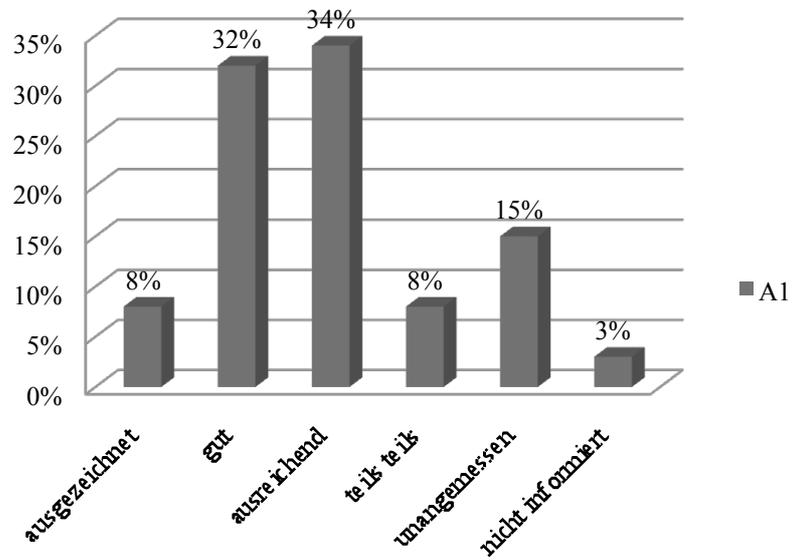
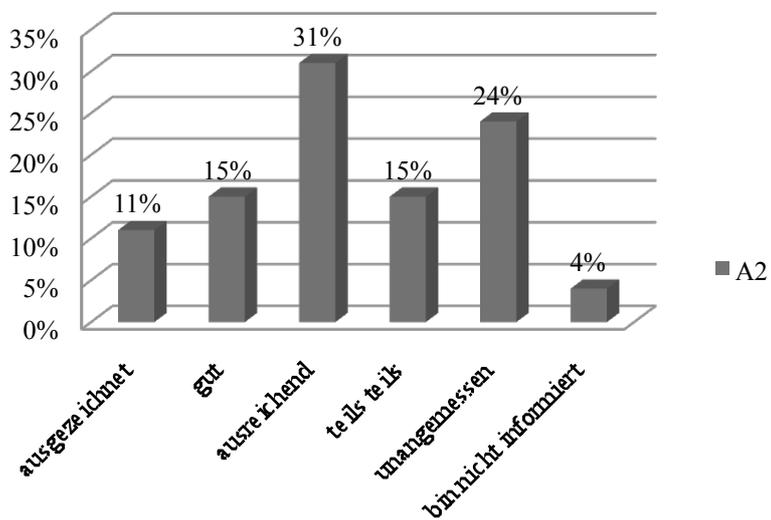


Abb. 86: Mitarbeiter: Wie gut sind Sie über das STP informiert? Zeitraum A1



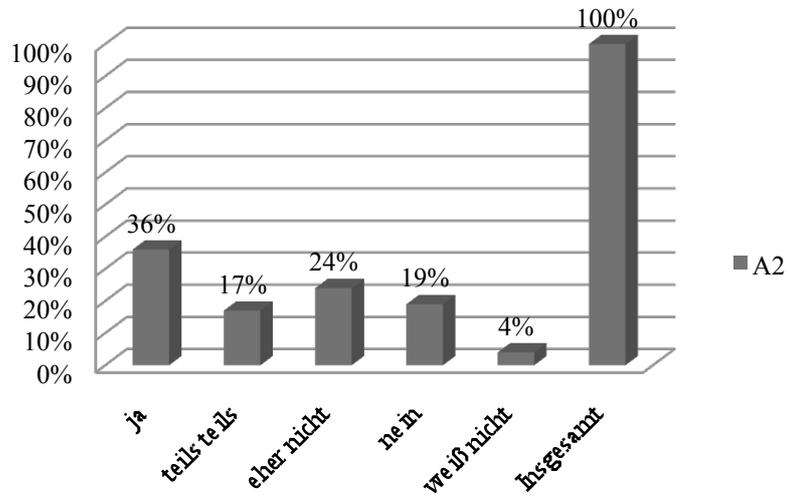
(n=72)

Abb. 87: Mitarbeiter: Wie gut fühlen Sie sich über das STP informiert? Zeitraum A2



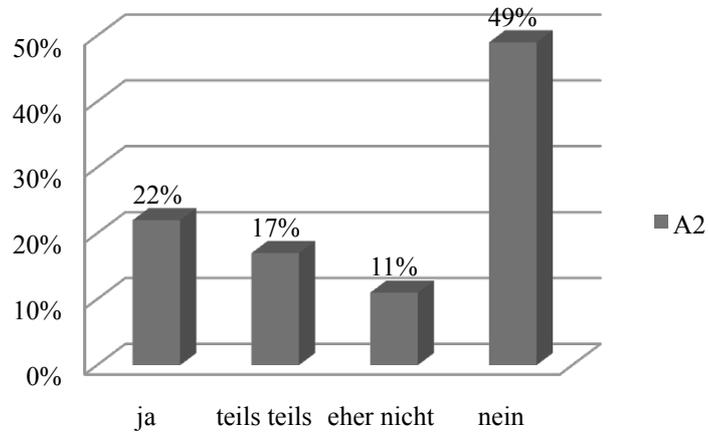
(n=72)

Abb. 88: Mitarbeiter: Bestanden weitere Informationsmöglichkeiten? Zeitraum A2



(n=72)

Abb. 89: Haben Sie Gebrauch von Fortbildungsveranstaltungen gemacht? Zeitraum A2



(n=71)

Abb. 90: Mitarbeiter: Ist das STP sinnvoll für die JVA 2? Zeitraum A1

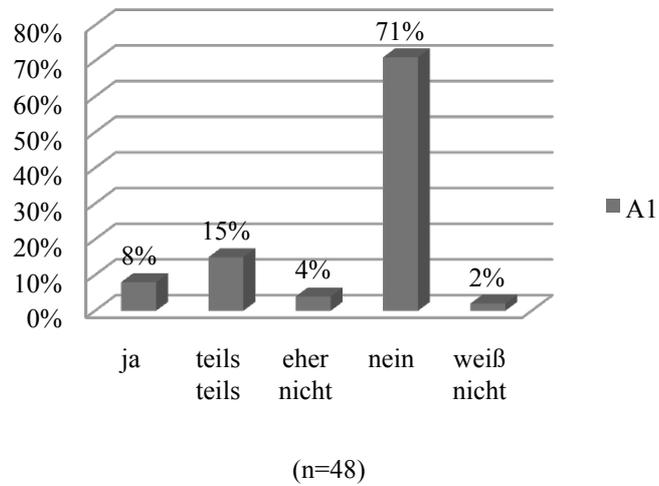


Abb. 91: Mitarbeiter: Ist das STP sinnvoll für die JVA 2? Zeitraum A2

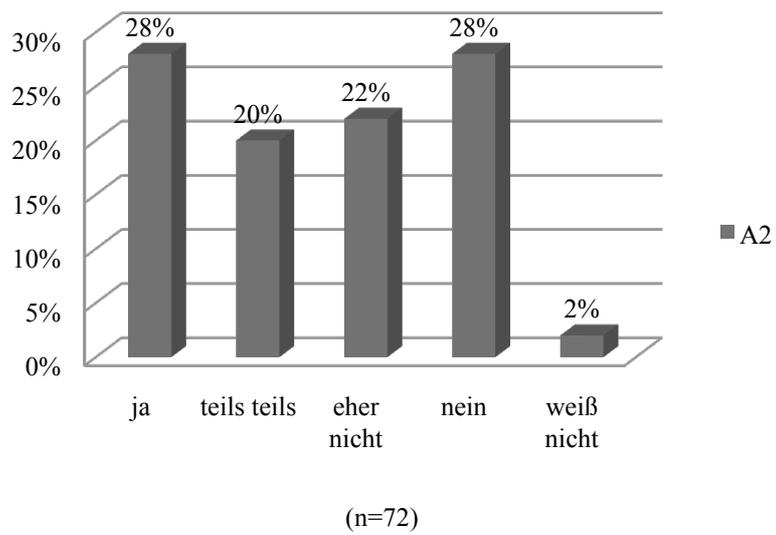


Abb. 92: Mitarbeiter: Hat das STP seine Ziele erreicht? Zeitraum A2

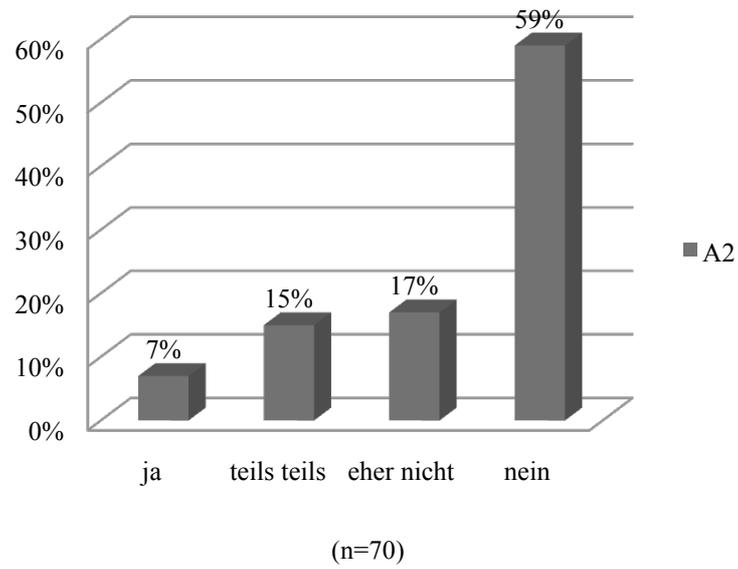


Abb. 93: Mitarbeiter: Sind die Zeile evtl. in Zukunft erreichbar? Zeitraum A2

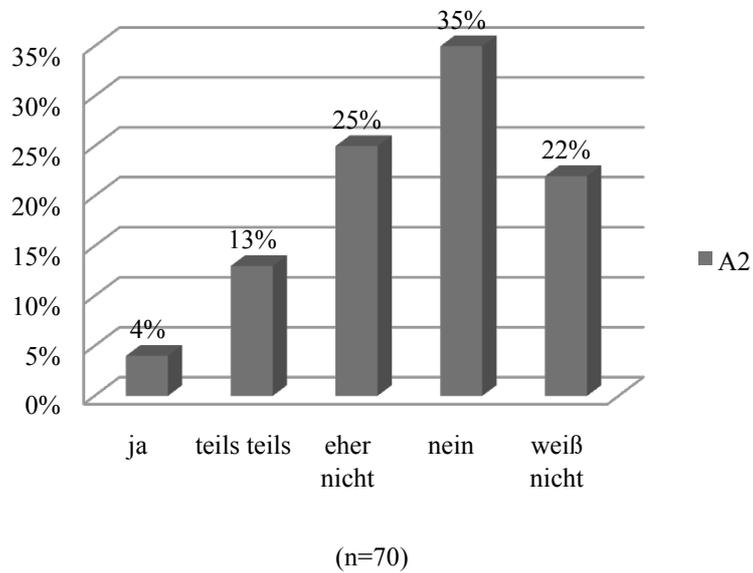


Abb. 94: Mitarbeiter: Fühlen Sie sich gut über HIV informiert? Zeitraum A1

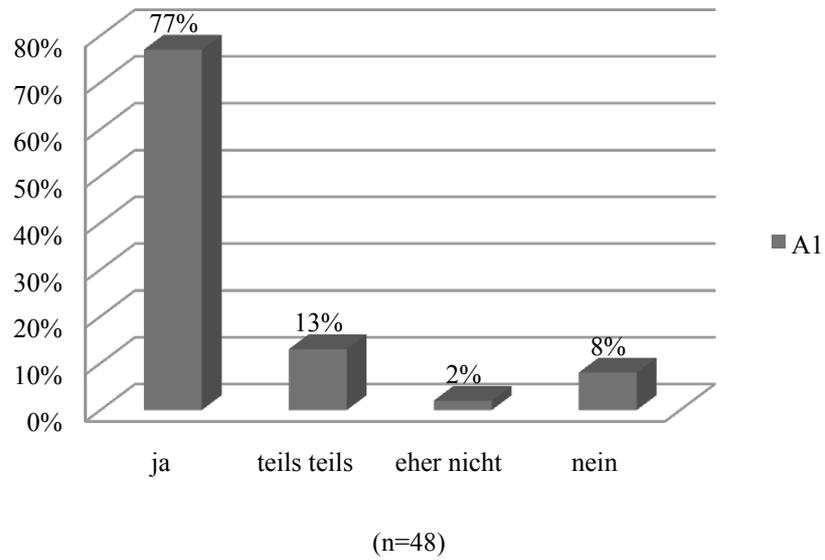


Abb. 95: Mitarbeiter: Fühlen Sie sich in der JVA 2 durch HIV bedroht? Zeitraum A1

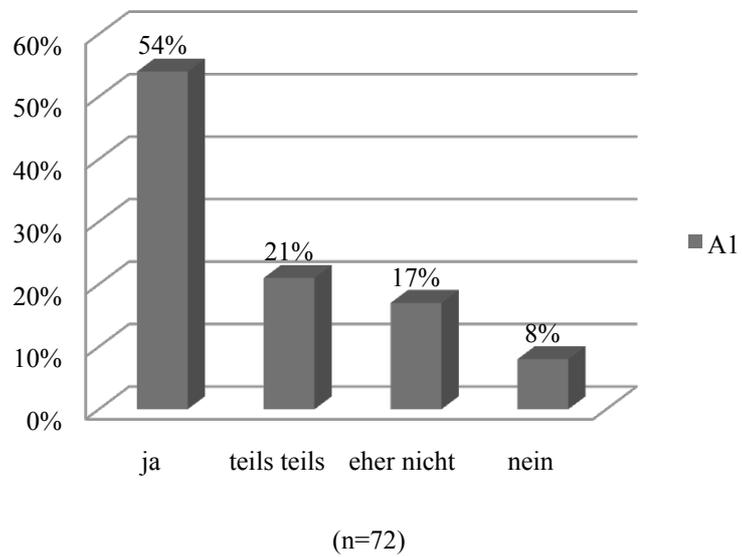


Abb. 96: Mitarbeiter: Fühlen Sie sich gut über Hepatitis informiert? Zeitraum A1

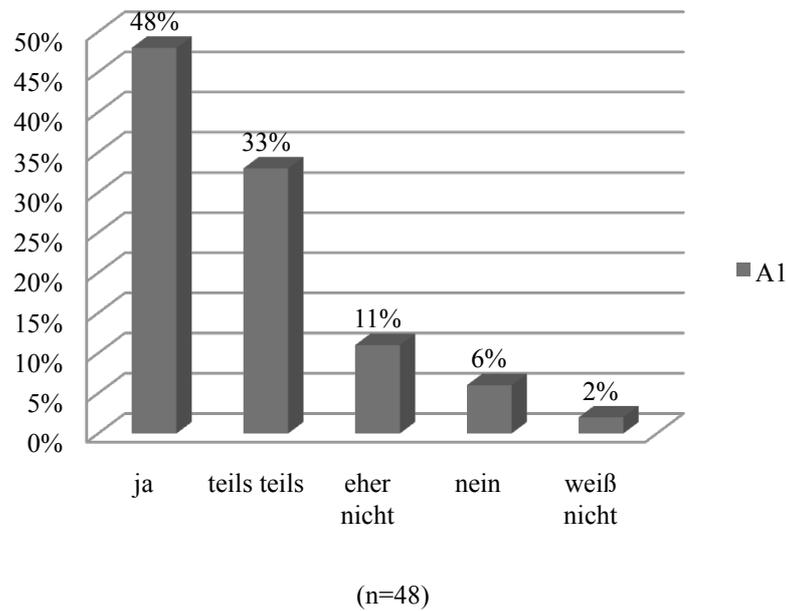


Abb. 97: Mitarbeiter: Fühlen Sie sich in der JVA 2 durch Hepatitis bedroht? Zeitraum A1

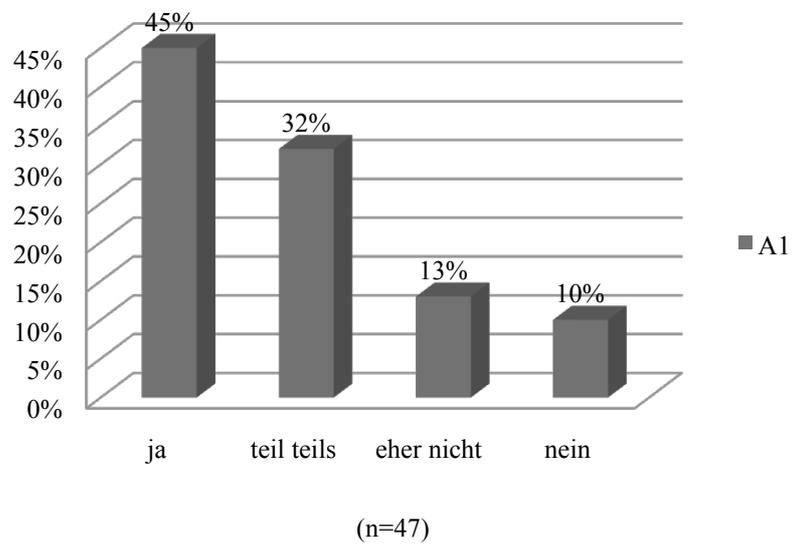


Abb. 98: Mitarbeiter: Wie hat sich der Grad der subj. Gefährdung verändert? Zeitraum A2

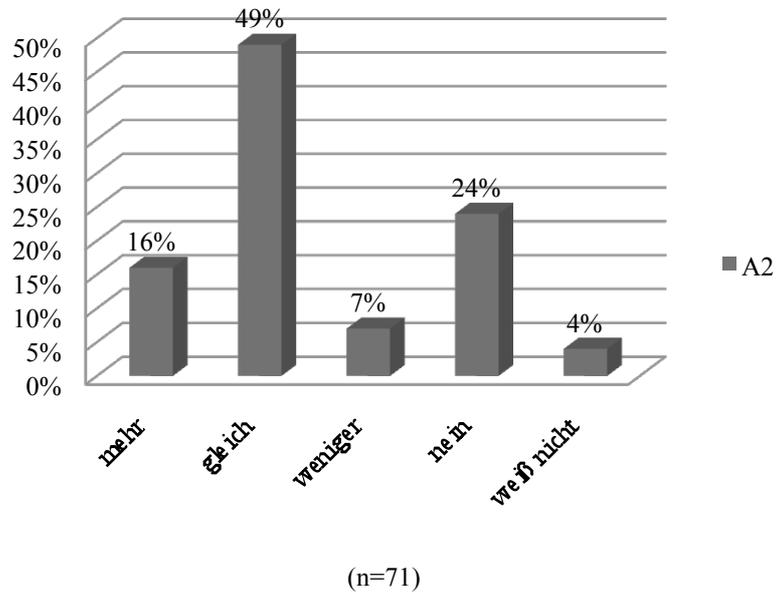


Abb. 99: Mitarbeiter: Wie viele von 100 IVDA nehmen am STP teil? Zeitraum A1

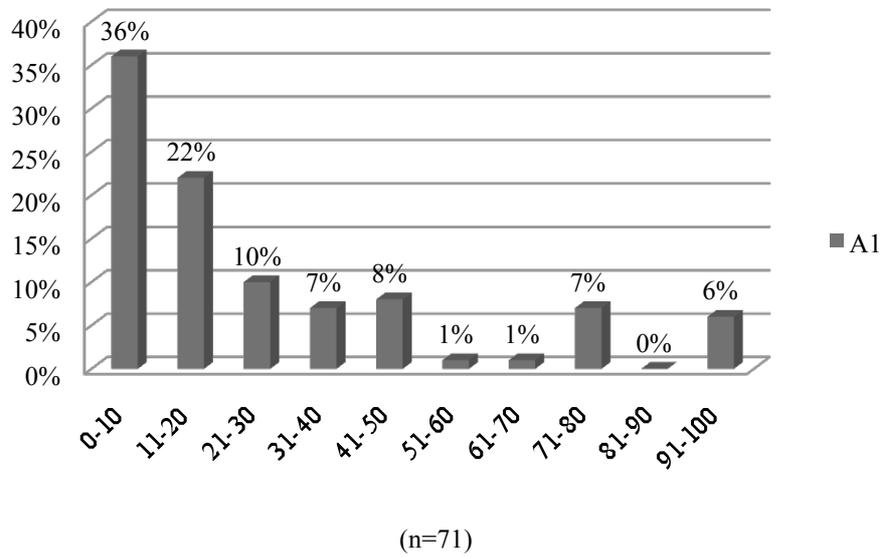


Abb. 100: Mitarbeiter: Rechnen Sie mit Drogenkonsum-Neueinsteigern? Zeitraum A1

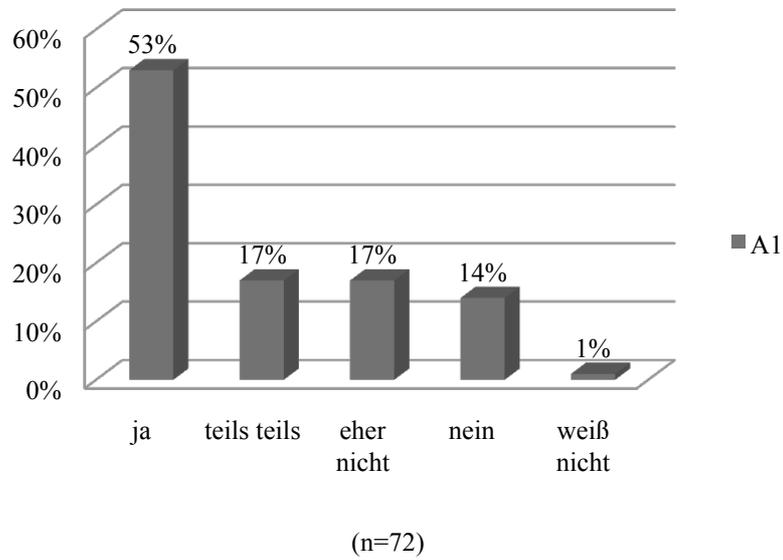


Abb. 101: Mitarbeiter: Könnten Nichtkonsumenten zum i.v. Konsum verleitet werden? Zeitraum A2

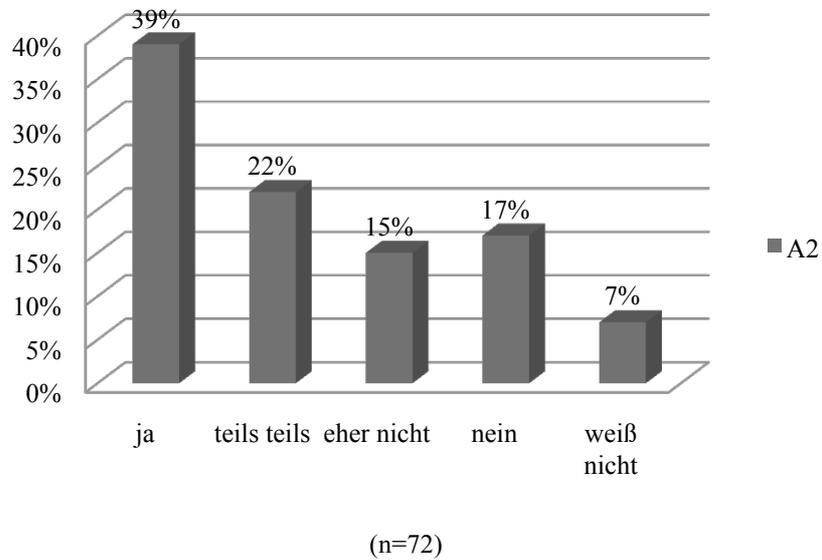


Abb. 102: Mitarbeiter: Existierte bislang ein Mangel an Spritzen in Relation zum Konsum? Zeitraum A1

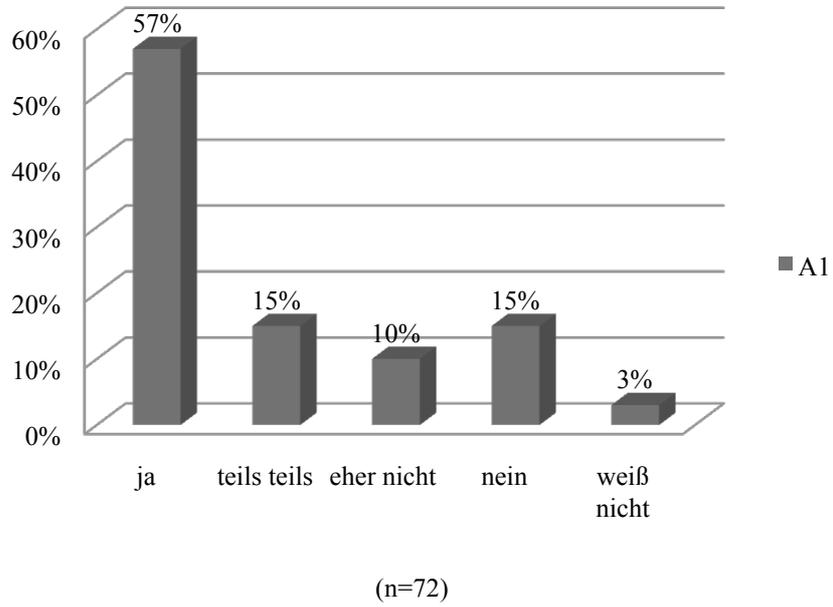


Abb. 103: Mitarbeiter: Existierte bislang ein Mangel an Spritzen in Relation zum Konsum? Zeitraum A2

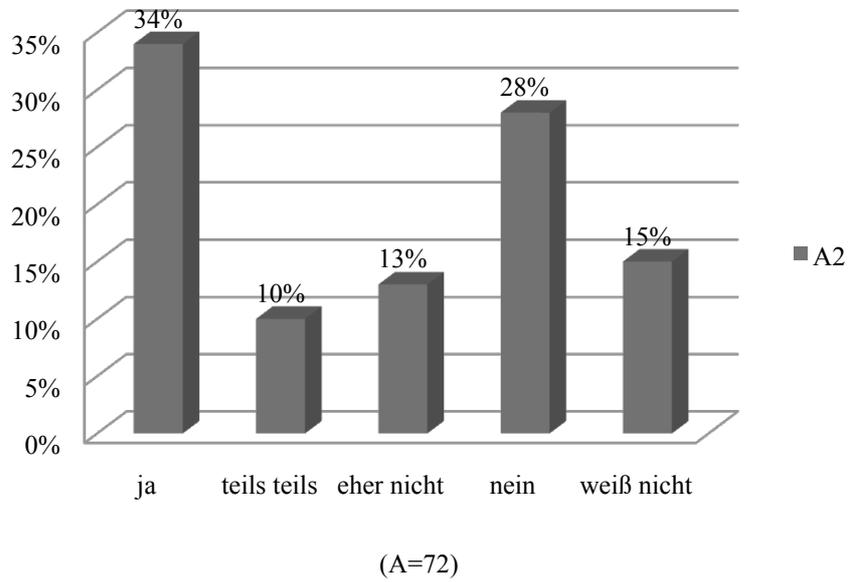


Abb. 104: Mitarbeiter: Könnten Nicht-i.v.-Konsumenten nun zum i.v. Konsum verleitet werden?
Zeitraum A1

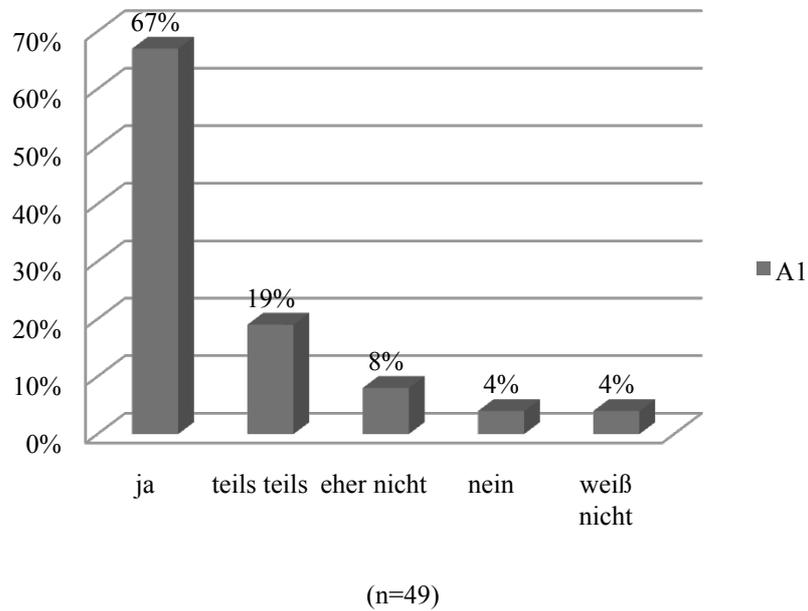


Abb. 105: Mitarbeiter: Werden seit Beginn des STP mehr Drogen konsumiert? Zeitraum A2

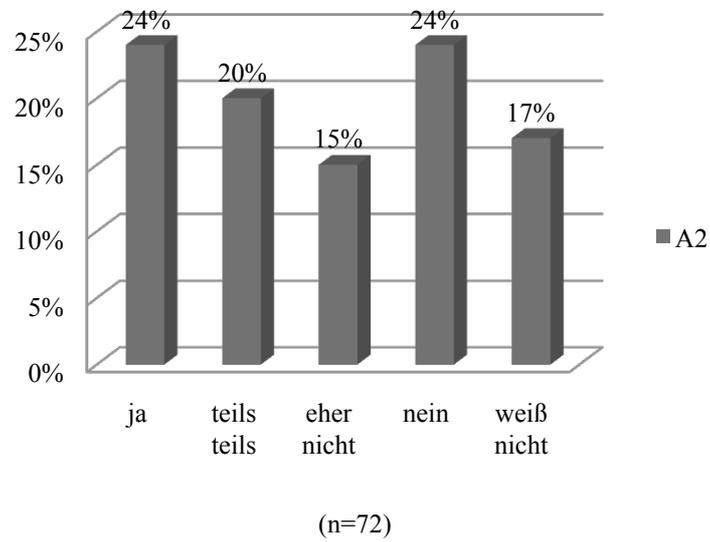


Abb. 106: Mitarbeiter: Wie ausgeprägt ist die Verunsicherung unter den Beamten? Zeitraum A1

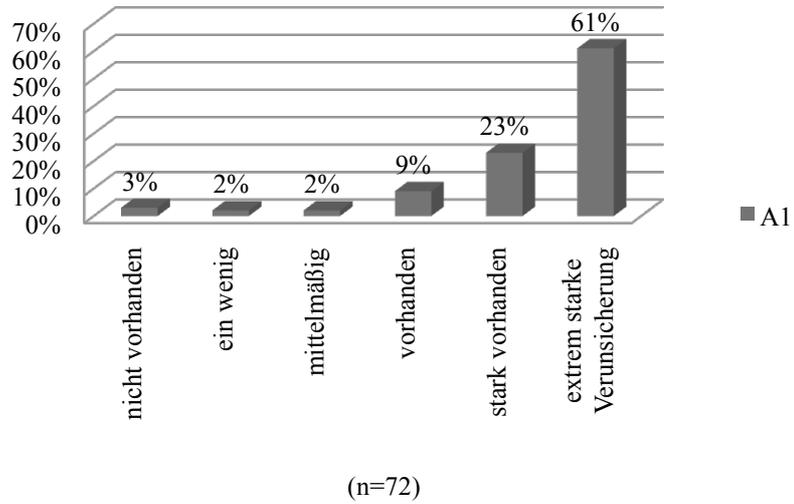


Abb. 107: Mitarbeiter: Wie ausgeprägt ist die Verunsicherung unter den Beamten? Zeitraum A2

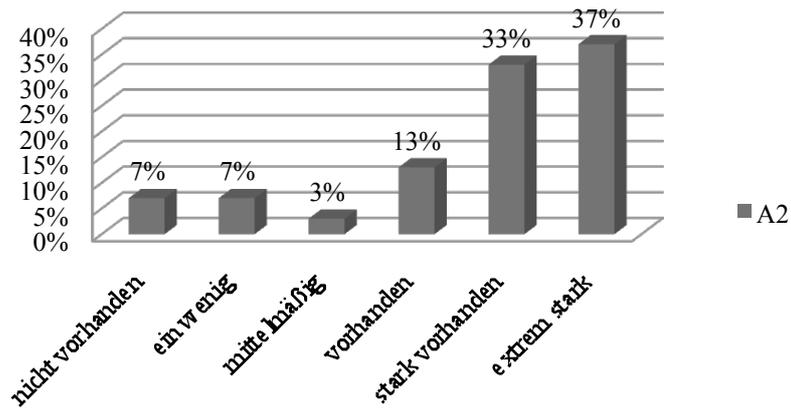
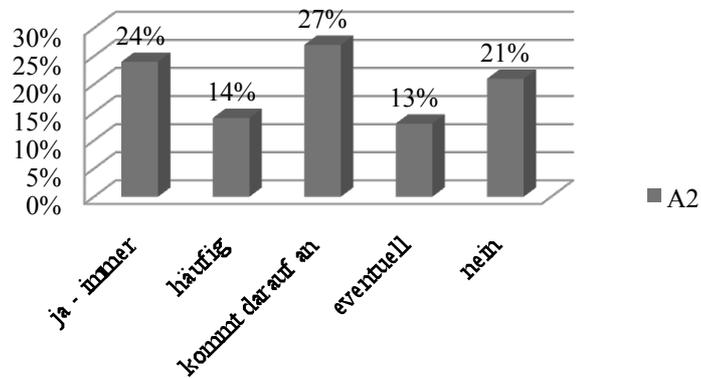


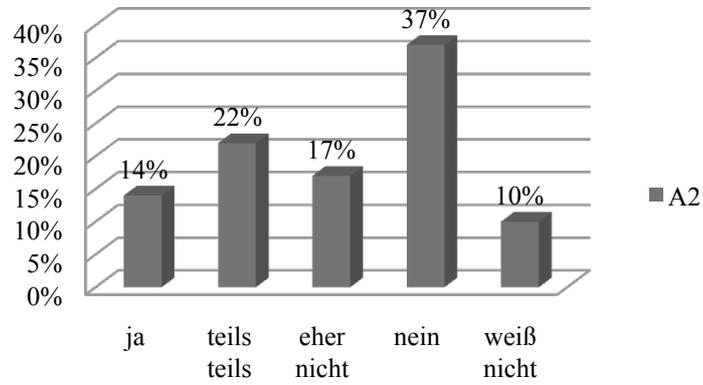
Abb. 108: Mitarbeiter: Sind Spritzen ohne Drogen ein pers. Revisionsgrund? Zeitraum

A2



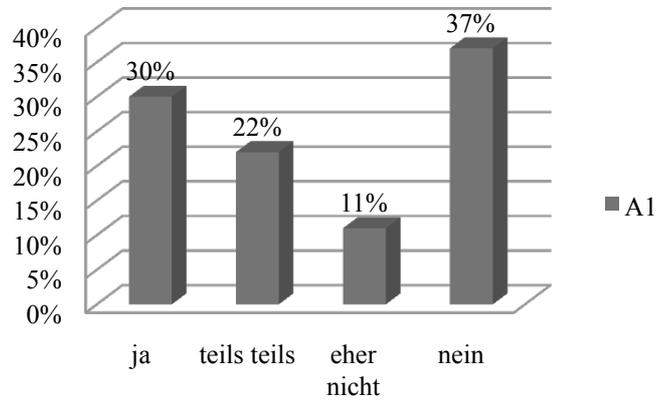
(n=72)

Abb. 109: Mitarbeiter: Hat sich das Arbeitsklima seit Beginn des STP negativ entwickelt? Zeitraum A2



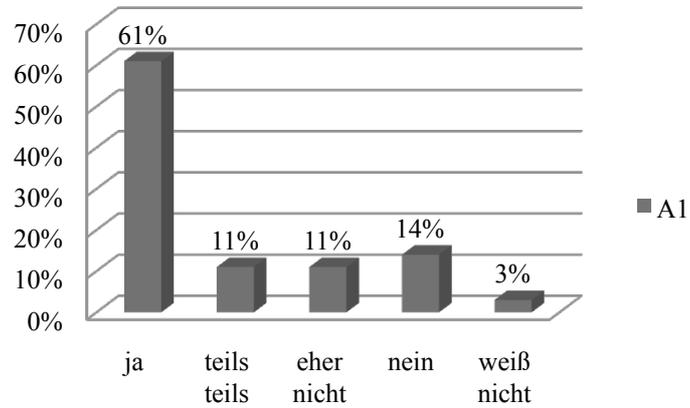
(n=70)

Abb. 110: Mitarbeiter: Würden Sie eine Intensivierung der Methadonvergabe dem STP vorziehen? Zeitraum A1



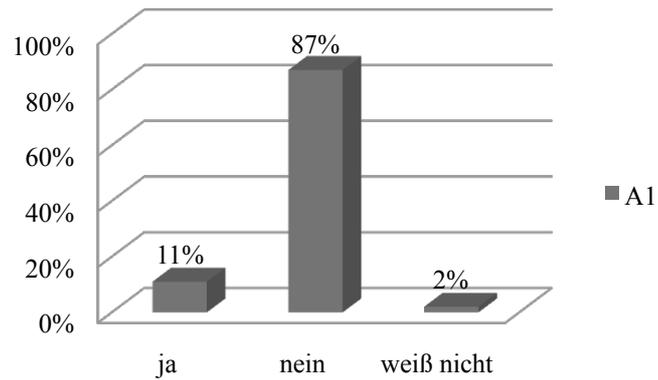
(n=49)

Abb. 111: Mitarbeiter: Sehen Sie eine höhere Gefahr im Alltag durch das STP? Zeitraum A1



(n=72)

Abb. 112: Mitarbeiter: Sind Sie in der JVA 2 durch eine Spritze verletzt worden? Zeitraum A1



(n=56)

Abb. 113: Mitarbeiter: Sind Sie in der JVA 2 mit einer Spritze bedroht worden?

Zeitraum A1

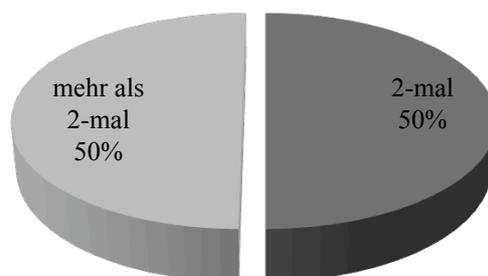


Abb. 114: Mitarbeiter: Sind Sie in den letzten sechs Monaten mit einer Spritze direkt/indirekt bedroht worden? Zeitraum A2

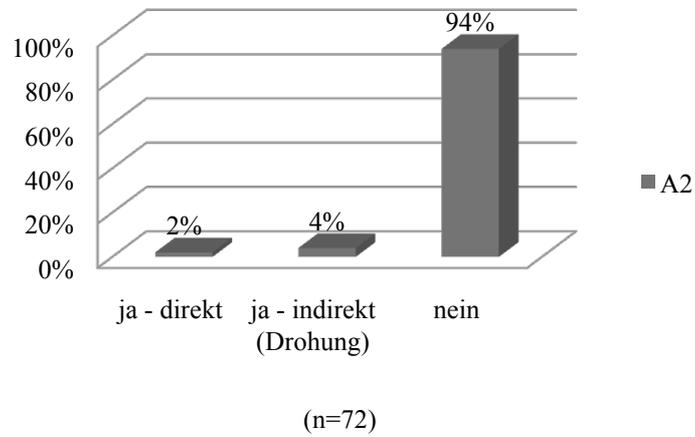
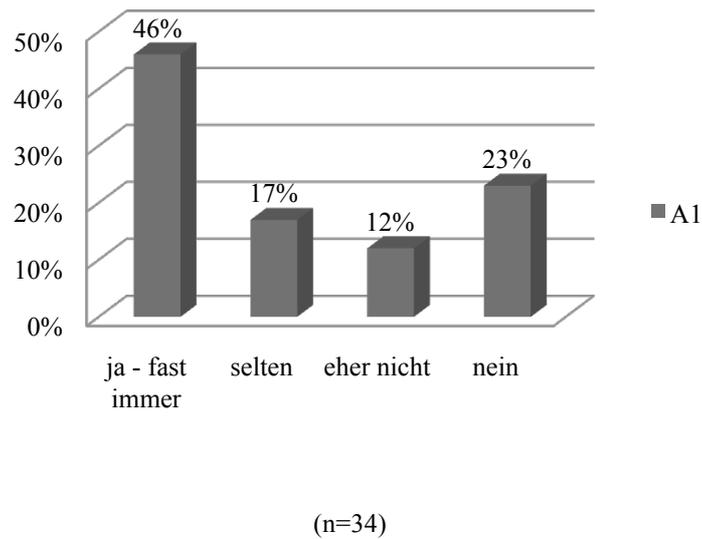


Abb. 115: Mitarbeiter: Benutzen Sie Lederhandschuhe im Dienst? Zeitraum A1



13. Anhang: Ergänzende Tabellen

Tab. 13: STP-Teilnehmer, Konsum weiterer BTM, Freiheit-L1-L2

Substanz	In Freiheit	L1	L2	Insgesamt
Crack	2 Ins.	0	0	9
Illeg. Methadon	3 Ins.	2 Ins.	0 Ins.	9
Codein	3 Ins.	1 Ins.	2 Ins.	9
Benzodiazepine	6 Ins.	1 Ins.	2 Ins.	9

Tab. 14: STP-Teilnehmer, Half die Drogenberatung der JVA? L2

STP-Teilnehmer	Auf jeden Fall	Ein wenig	So gut wie nicht
Teilnehmer-Anzahl	5	1	1

14. Anhang: Auszüge des Insassenfragebogens

12.1 Fragebogen –L1-

1) Geben Sie bitte Ihr Lebensalter in Jahren an:

18-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 unbek.

2) Ihre Staatsangehörigkeit/ in welcher Region liegt Ihr Heimatland?

deutsch	1	sonstiges Asien	7
polnisch	2	Südamerika	8
russisch	3	Afrika	9
türkisch	4	andere Länder	10
sonstiges Ost- und Südosteuropa	5	unbekannt	11
sonstiges Westeuropa	6		

3) Wie viele Jahre Ihres Lebens haben Sie bislang in Haft verbracht?

Ca. _____ Jahre und/oder _____ Monate

4) Haben Sie einen Schulabschluss gemacht?

Ja 1 Nein 2

5) Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

Ja 1 Nein 2 unbekannt 3

6) Kennen Sie das Ergebnis Ihrer letzten HIV/AIDS Untersuchung?

HIV positiv 1 HIV negativ 2 Weiß nicht 3 unbekannt 4

7) Kennen Sie das Ergebnis Ihrer letzten Hepatitis - Untersuchung?

Hepatitis mal gehabt 1 Hepatitis akut/chron. 2 Hepatitis nie gehabt 3 unbekannt 4

8) Falls Sie Hepatitis positiv sind, wissen Sie, für welche/r Hepatitis-Typ/en Sie haben oder gehabt haben?

Hepatitis A 1 Hepatitis B 2 Hepatitis C 3

30) **Nahmen Sie in Freiheit jemals**

Cannabis/Marihuana

Ja, fast täglich 1 Mehrmals/Woche 2 Mehrmals/Monat 3 Nein 4 Weiß nicht 5

Heroin

Ja, fast täglich 1 Mehrmals/Woche 2 Mehrmals/Monat 3 Nein 4 Weiß nicht 5

Immer gespritzt 1 teils gespritzt 2 nie gespritzt 3

Kokain

Ja, fast täglich 1 Mehrmals/Woche 2 Mehrmals/Monat 3 Nein 4 Weiß nicht 5

Immer gespritzt 1 teils gespritzt 2 nie gespritzt 3

Crack (Steine)

Ja, fast täglich 1 Mehrmals/Woche 2 Mehrmals/Monat 3 Nein 4 Weiß nicht 5

51) Bei dem Gebrauch einer benutzten Spritze, reinigen Sie diese?

Ja, immer 1 Manchmal 2 selten 3 nein 4 Keine Antwort 5

52) Falls **nicht**, warum reinigen Sie die „Fremdspritzen,, nicht?

- 1 keine Möglichkeiten zur Reinigung
- 2 ist doch unwichtig
- 3 ich bin zu bequem
- 4 anderer Grund: _____
- 5 weiß nicht

6 Keine Antwort

53) Falls **JA**, wie reinigen Sie die Spritze?

- 1 auskochen
- 2 Alkohol
- 3 desinfizieren
- 4 ausspülen
- 5 anders: _____

6 Keine Antwort

54) Denken Sie, dass Ihre Art der Spritzenreinigung das Infektionsrisiko senkt?

Ja, ich bin mir (fast) sicher 1 Eventuell 2 Eher weniger 3 nein 4 Weiß nicht 5

55) Sind Sie tätowiert?

Ja 1 Nein 2

56) Falls ja, wie viele Tätowierungen haben Sie?

Eine 1 Zwei 2 Drei 3 Vier 4 Mehr als Vier 5

57) Wenn mindestens eins in Haft gemacht, wo?

- 1 hier bei diesem Aufenthalt in Anstalt II
- 2 vorher in einer anderen Anstalt
- 3 keine Antwort

58) Sind Sie in Haft gepierct worden?

Ja 1 Nein 2

75) Was planen Sie in Zukunft hinsichtlich Ihres Drogenkonsums? Denken Sie darüber nach, mit harten Drogen aufzuhören?

- 1 ständig
- 2 öfters
- 3 kommt schon vor
- 4 selten
- 5 nein
- 6 weiß nicht

76) Wenn ja, wann wollen Sie aufhören?

- 1 noch in Haft
- 2 innerhalb der nächsten Wochen/Monate
- 3 ich würde gerne hier aufhören, weiß noch nicht wann
- 4 ich schaffe es sicher erst nach der Entlassung
- 5 vielleicht schaffe ich es nach Entlassung
- 6 anderes: _____
- 7 weiß nicht

A) Untersucherdokumentation

a) Zuverlässigkeit der Daten im Interview aus der Gesprächshaltung heraus:

- 1 überwiegend zuverlässig
- 2 eher unzuverlässig
- 3 wenig glaubhaft

Körperliche Untersuchung:

b) Zeichen des i.v. Konsums

- 1 Arme
- 2 Beine
- 3 Leisten
- 4 Hals

c) frische/ chronische Einstichstellen?

d) Nadelstichstraßen?

e) Abszesse? Wo, wie viele

f) andere Komplikationen in Injektionsbereichen?

g) Wirkt Intoxikiert?

Ja 1 Nein 2 fraglich 3

h) Romberg Stehversuch : Auffällig?

Ja 1 Nein 2

i) Fingerprobe : Auffällig?

Ja 1 Nein 2

j) Sprache verwaschen?

Ja 1 Nein 2

B) Ergebnisse der HIV/ Hepatitis - Testung sowie Auswertung von Gesundheitsakte (Infektionsstatus)

	aktuell erhoben
HIV	
Hepatitis B	
Hepatitis C	

C) Auswertung der sog. Verordnungskarte Spritzentausch

In welchem Zeitraum wurde insgesamt getauscht?

_____ bis _____

_____ bis _____

_____ bis _____

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

27) Glauben Sie, dass der Besitz von Spritzen bei Teilnehmern eine größere Gefahr für andere Personen als vor Beginn des Spritzenaustauschprojekts darstellen könnte?

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

27a) Sind Sie persönlich schon einmal in eine Gefahrensituation durch Spritzen gekommen?

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

27b) Falls ja, was war das für eine Situation und wann ist sie geschehen (vor/nach Projektbeginn)?

38) Nehmen Sie hier in Anstalt II:

Cannabis/Marihuana

Ja, fast täglich 1 Mehrmals/Woche 2 Mehrmals/Monat 3 seltener 6

39) wenn zur Zeit in einem Drogensersatzprogramm (Methadon bzw. Polamidon)

- seit wann?

- 1 ich bin zur Zeit im Methadon Programm
- 2 ich bin seit _____ im Methadon-Programm
- 3 ich war von _____ bis _____ im Methadon-Programm
- 4 ich bekomme nur bei Bedarf Methadon
- 5 nein, bin ich nicht

0 keine Antwort

41) Wie viel Methadon bekommen Sie bei jeder Gabe?

42) Haben Sie Nebenkonsum?

Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 0

43) Fall ja, welche Substanz konsumieren Sie dann?

- 1 Cannabis/Marihuana
- 2 Heroin
- 3 Kokain
- 4 Crack
- 5 Codein-Tabletten

6 Benzos

- 7 Ecstasy
 8 Andere Substanz: _____

46) Falls Sie intravenös Drogen konsumieren und nicht mehr in einem Substitutionsprogramm sind. Welche Gründe führten zum Abbruch?

- 1 Ich habe es probiert, der „Kick“, reicht mir nicht
 2 Ich bin aus dem Programm geflogen (z.B. wegen Nebenkonsum)
 3 Ich habe keine Lust. Warum? _____
 4 Durch die Inhaftierung. Warum nicht weiter in Haft? _____
 5 Andere Gründe: _____
 0 keine Antwort

53) Wie viele Spritzen haben Sie seit Beginn des STP meist zur Verfügung?

- Mehr als 1 1 Meist 1 2 Meist keine 3 Keine Antwort 0

54) Haben Sie 1) Teilnehmer: Seit Sie am Projekt teilnehmen ...

2) Nicht-Teilnehmer: in den letzten 6 Monaten ...

...generell eine Spritze benutzt, die von einem anderen Insassen benutzt/gebraucht wurde?

- Ja, fast täglich 1 Mehrmals/Woche 2 Mehrmals/Monat 3 seltener 0

56) Haben Sie schon mal 1) Seit Ihrer Teilnahme am STP...

2) als Nicht-Teilnehmer seit Beginn des STP...

...eine von Ihnen gebrauchte Spritze allgemein an andere weitergegeben?

56c/x) Falls ja, war dies eine im Revier getauschte Spritze?

- Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 0

56y) Wenn Sie im Revier eine Spritze geholt/getauscht haben, wie viele Insassen sind dann an dieser einen Spritze beteiligt?

- Mehr als 5 Pers. 1 3 Pers. 2 2 Pers. 3 Unterschiedlich 4 Nur ich 5 Keine Antwort 0

60) Aus welchen Gründen benutzen Sie „gebrauchte/benutzte Fremdspritzen“ ?

- 1 Keine sterilen/sauberen Spritzen zur Verfügung, selbst wenn ich wollte
- 2 Die Ausgabe der Spritzen ist mir nicht anonym genug
- 3 Neu oder gebraucht, ist mir egal
- 4 wenn wir Drogen gemeinsam spritzen, teile ich auch die Spritze mit anderen
- 5 Anderer Grund: _____

0 Keine Antwort

56a) Haben Sie derzeit auch (eine) eigene, selbst im Revier getauschte Spritze(n) zur Verfügung?

Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 5 0

56b) Wie oft haben Sie eine im STP getauschte Spritze benutzt?

Mehr als 3 mal 1 2 mal 2 1 mal 3 Unterschiedlich 4 Keine Antwort 5 0

56e) Haben Sie schon einmal eine Spritze durch einen Mitinsassen (*KEIN KONSUMENT*) tauschen lassen?

Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 5 0

63) Haben Sie sich schon einmal eine Spritze in den letzten 3 Monaten mit einem Insassen geteilt, von dem Sie annehmen, dass er ansteckend für Hepatitis (z.B. B oder C) sein könnte?

Ja, kam vor 1 Könnte sein 2 Eher nicht 3 Mit Sicherheit nicht 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 6 0

64) Haben Sie sich schon einmal eine Spritze in den letzten 3 Monaten mit einem Insassen geteilt, von dem Sie annehmen, dass er HIV/AIDS positiv sein könnte?

64a) Wie oft nehmen Sie einen eigenen Filter zum Aufziehen von Drogen?

Körperliche Untersuchung:

Zeichen des i.v. Konsums

- | | |
|-----------|--|
| 1 Arme | A Eine einzelne Lokalisation im Bereich |
| 2 Beine | B Mehrere Lokalisationen im Bereich |
| 3 Leisten | C Zahlreiche Lokalisationen im Bereich= Straßenartig |
| 4 Hals | |

g) Wirkt intoxikiert?

Ja 1 Nein 2 fraglich 3 4

h) Romberg Stehversuch : Auffällig?

Ja 1 Nein 2

i) Fingerprobe : Auffällig?

Ja 1 Nein 2

j) Sprache verwaschen?

Ja 1 Nein 2

l) Pupillenweite, -reaktion

Weit 1 mittel 2 eng 3

m) Bindehäute gerötet?

Ja 1 Nein 2

n) Schleimhautsekretion auffällig?

Ja 1 Nein 2

o) allg. Bemerkungen zum körperlichen Befund:

In welchem Zeitraum wurde insgesamt getauscht?

_____ bis _____

_____ bis _____

_____ bis _____

Wie viele Tauschereignisse sind insgesamt dokumentiert? _____

Wie oft wurde mehrfach am Tag getauscht? _____

Wie oft wurden mehr als 3 Spritzen am Tag getauscht? _____

Wie oft sind Spritzenverlustbehauptungen dokumentiert? _____

Wie oft sonstige Besonderheiten? _____

Folgende Fragen beziehen sich auf den in dieser Anstalt stattfindenden Spritzentausch

11) Haben Sie bereits davon gehört?

Ja 1 Nein 2 Weiß nicht 3 Keine Antwort 0

12) Wie, vermuten Sie, ist die allgemeine Stimmung in der Anstalt II über den Spritzentausch?

gut 1 schlecht 2 Geht so 3 Weiß nicht 4 Keine Antwort 0

13) Finden Sie es für sich selber sinnvoll ?

Ja 1 Nein 2 Geht so 3 Weiß nicht 4 Keine Antwort 0

14) Haben Sie daran schon teilgenommen?

Ja 1 Nein 2 Vielleicht 3 Weiß nicht 4 Keine Antwort 0

Zutreffende Ziffer bitte eintragen.

15) Wollen Sie in Zukunft daran teilnehmen?

Ja 1 Nein 2 Vielleicht 3 Weiß nicht 4 Keine Antwort 0

15a) Falls nicht, würden Sie teilnehmen, wenn der Spritzenaustausch in einer anderen Form (z.B. Automaten) stattfinden würde?

Ja 1 Nein 2 Vielleicht 3 Weiß nicht 4 Keine Antwort 0

16) Hat der Spritzenaustausch bislang für Sie persönlich irgendwelche Vorteile ?

17) Hat die Ausgabe der Spritzen bislang für Sie Nachteile ?

18) Haben Sie Anregungen oder Kritik zur bisherigen Spritzenausgabe:

18a) Hat sich Ihr persönliches Verhältnis zu Beamten des Vollzuges seit Beginn der Spritzenausgabe geändert

19) Fühlen Sie sich durch Hepatitis bedroht?

20) Fühlen Sie sich gut über die Infektionskrankheit Hepatitis informiert?

20a) Falls ja, woher bekamen Sie Ihre Informationen?

- 1 Anstaltsarzt
- 2 Revierpersonal
- 3 Drogenberatung
- 4 Broschüren, Literatur
- 5 TV
- 6 von Mitgefangenen
- 7 sonstiges: _____

21) Fühlen Sie sich gut über die Infektionskrankheit AIDS (HIV) informiert?

Sehr gut 1 Geht so 2 Schlecht 3 Weiß nicht 4 Keine Antwort 0

21a) Falls ja, woher bekamen Sie Ihre Informationen?

- 1 Anstaltsarzt
- 2 Revierpersonal
- 3 Drogenberatung
- 4 Broschüren, Literatur
- 5 TV
- 6 von Mitgefangenen
- 7 sonstiges: _____
- 0 keine Antwort

22) Fühlen Sie sich durch AIDS bedroht?

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

23) Denken Sie, dass Informationen über Insassen vom Gesundheitsrevier zum Vollzugspersonal gelangt sind?

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

24) Was schätzen Sie, wie viele von 100 Fixern nehmen am Projekt teil?

Keiner 1 Ca. 25 2 Ca. 50 3 Ca. 75 4 Fast alle 5 Keine Antwort 0

25) Rechnen Sie mit Neueinsteigern (Insassen, die noch nie Kontakt mit harten Drogen wie Heroin oder Kokain hatten) bzw. denken Sie, dass es diese bereits gibt?

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

26) Glauben Sie, dass Insassen zum Drücken/ Fixen verleitet werden, die bisher Heroin/ Kokain nur geraucht oder gesniffelt (Nase genommen) haben, bzw. glauben Sie, dass es diese bereits gibt?

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

26a) Falls Sie bislang nicht i.v. Drogen konsumiert haben, fühlen Sie sich jetzt eher dazu verleitet?

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

27) Glauben Sie, dass der Besitz von Spritzen bei Teilnehmern eine größere Gefahr für andere Personen als vor Beginn des Spritzenaustauschprojekts darstellen könnte?

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

27a) Sind Sie persönlich schon einmal in eine Gefahrensituation durch Spritzen gekommen?

Ja 1 Geht so 2 Weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5 Keine Antwort 0

27b) Falls ja, was war das für eine Situation?

28) Sind Sie in den letzten 3 Monaten tätowiert worden?

Ja 1 Nein 2 Keine Antwort 0

29) Falls ja, wie viele Tätowierungen haben Sie?

Eine 1 Zwei 2 Drei 3 Vier 4 Mehr als Vier 5 Keine Antwort 0

30) Wenn mindestens eins in Haft gemacht, wo?

- 1 hier bei diesem Aufenthalt in Anstalt II
- 2 vorher in einer anderen Anstalt
- 3 Hafturlaub
- 0 keine Antwort

31) Sind Sie in den letzten 3 Monaten gepierct worden?

Ja 1 Nein 2 Keine Antwort 0

Sexualverhalten letzte 6 Monate in Anstalt II bzw. seit Zugang

32) Hatten Sie Sexualverkehr in den letzten 6 Monaten, ganz grundsätzlich gefragt, z.B. im Rahmen von Langzeitbesuch oder mit anderen Personen?

32a) Wenn ja in Frage 32, wo (Mehrfachnennung möglich)?

33) Hatten Sie homosexuellen Verkehr in den letzten 6 Monaten?

33a) Wenn ja in Frage 33, wo (Mehrfachnennung möglich)?

34) Haben Sie bei den geschilderten Sexualkontakten Kondome verwendet?

35a) Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken?

35b) Wie oft haben Sie mehr als ca. 60g Alkohol/Tag getrunken? (~3 hochproz. „Kurze“ / ~2 l Bier / ~0.75 l Wein)

35c) Wann haben Sie das letzte Mal Alkohol getrunken

35e) Wann haben Sie *VOR den letzten 4 Wochen* das letzte Mal Alkohol getrunken?

39) wenn zur Zeit in einem Drogensatzprogramm (Methadon bzw. Polamidon)- seit wann?

Seit.....

- 1 ich bin zur Zeit im Methadon Programm
- 2 ich bin seit _____ im Methadon-Programm
- 3 ich war von _____ bis _____ im Methadon-Programm
- 4 ich bekomme nur bei Bedarf Methadon
- 5 nein, bin ich nicht
- 0 keine Antwort

40) Wie oft bekommen Sie Methadon?

41) Wie viel Methadon bekommen Sie bei jeder Gabe?

42) Haben Sie Nebenkonsum?

Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 0

43) Fall ja, welche Substanz konsumieren Sie dann?

- 1 Cannabis/Marihuana
- 2 Heroin
- 3 Kokain
- 4 Crack
- 5 Codein-Tabletten
- 6 Benzos
- 7 Ecstasy
- 8 Andere Substanz: _____

46) Falls Sie intravenös Drogen konsumieren und nicht mehr in einem Substitutionsprogramm sind. Welche Gründe führten zum Abbruch?

- 1 Ich habe es probiert, der „Kick,, reicht mir nicht
- 2 Ich bin aus dem Programm geflogen (z.B. wegen Nebenkonsum)
- 3 Ich habe keine Lust. Warum? _____
- 4 Durch die Inhaftierung. Warum nicht weiter in Haft? _____
- 5 Andere Gründe: _____
- 0 keine Antwort

48) Hat sich der Preis oder Gegenwert, den Sie für Drogen hier zahlen, im Vergleich zu der Zeit vor Beginn des Spritzenaustausches geändert ?

a) für Heroin: (Preis/Gramm)

früher: ca. DM Preis _____/1 Gramm

jetzt: ca. DM Preis _____/1 Gramm

Zutreffenden Preis bitte eintragen.

b) für Kokain: (Preis/Gramm)

früher: ca. DM Preis _____/1 Gramm

jetzt: ca. DM Preis _____/1 Gramm

Zutreffenden Preis bitte eintragen.

50) Was schätzen Sie, wie viele von 100 Insassen konsumieren seit Beginn des STP Drogen in Anstalt II?

- < 10 1 10-30 2 30-50 3 50-70 4 70-90 5

51) Was schätzen Sie, wie viele von 100 Insassen konsumieren seit Beginn des STP intravenös Drogen in Anstalt II?

- < 10 1 10-30 2 30-50 3 50-70 4 70-90 5

53) Wie viele Spritzen haben Sie seit Beginn des STP meist zur Verfügung?

- Mehr als 1 1 Meist 1 2 Meist keine 3 Keine Antwort 0

54) Haben Sie generell eine Spritze benutzt, die von einem anderen Insassen benutzt/gebraucht wurde?

56) Haben Sie schon mal, seit Beginn des STP eine von Ihnen gebrauchte Spritze allgemein an Andere weitergegeben?

56c/x) Falls ja, war dies eine im Revier getauschte Spritze?

Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 0

56y) Wenn Sie im Revier eine Spritze geholt/getauscht haben, wie viele Insassen sind dann an dieser einen Spritze beteiligt?

60) Aus welchen Gründen benutzen Sie „gebrauchte/benutzte Fremdspritzen“?

- 1 Keine sterilen/sauberen Spritzen zur Verfügung, selbst wenn ich wollte
- 2 Die Ausgabe der Spritzen ist mir nicht anonym genug
- 3 Neu oder gebraucht, ist mir egal
- 4 wenn wir Drogen gemeinsam spritzen, teile ich auch die Spritze mit anderen
- 5 Anderer Grund: _____
- 0 Keine Antwort

56a) Haben Sie derzeit auch (eine) eigene, selbst getauschte Spritze(n) zur Verfügung?

Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 0

59) Gingen/gehen Sie davon aus, dass Sie alle Vorbenutzer bei Entgegennahme einer Spritze kennen?

Ja, alle 1 Die meisten 2 Eher weniger 3 Kaum jemand 4 Keine Antwort 0

56b) Wie oft haben Sie eine im STP getauschte Spritze benutzt?

Mehr als 3 mal 1 2 mal 2 1 mal 3 Unterschiedlich 4 Keine Antwort 0

56e) Haben Sie schon einmal eine Spritze durch einen Mitinsassen (KEIN KONSUMENT) tauschen lassen?

Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 0

61) Befürchten Sie derzeit seit Beginn des STP, eine erhöhte Infektionsgefahr bei der Benutzung von „gebrauchten Fremdspritzen“?

62) Falls Ja, welche Infektion(en) fürchten Sie am meisten (Mehrfachnennung)?

- 1 Hepatitis B
- 2 Hepatitis C
- 3 HIV/AIDS
- 4 keine besonderen
- 5 weiß nicht

63) Haben Sie sich schon einmal eine Spritze in den letzten 3 Monaten mit einem Insassen geteilt, von dem Sie annehmen, dass er ansteckend für Hepatitis (z.B. B oder C) sein könnte?

64) Haben Sie sich schon einmal eine Spritze in den letzten 3 Monaten mit einem Insassen geteilt, von dem Sie annahmen, dass er HIV/AIDS positiv sein könnte?

64a) Besitzen Sie einen eigenen Filter?

Ja 1 manchmal 2 selten 3 nein 4 Keine Antwort 0

64b) Wie oft benutzen Sie diesen Filter?

Mehr als 3 mal 1 2 mal 2 1 mal 3 Unterschiedlich 4 Keine Antwort 0

64c) Haben Sie diesen, von Ihnen benutzten Filter einmal an andere Mitinsassen weitergegeben?

Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 0

64d) Sind Ihnen alle Mitbenutzer bekannt?

Ja, alle 1 Die meisten 2 Eher weniger 3 Kaum jemand 4 Keine Antwort 0

64e) Bekamen Sie einmal einen gebrauchten Filter von einem Mitinsassen?

Ja 1 manchmal 2 selten 3 nein 4 Keine Antwort 0

64f) Kannten Sie alle Vorbenutzer des von Ihnen benutzten Filters?

Ja, alle 1 Die meisten 2 Eher weniger 3 Kaum jemand 4 Keine Antwort 0

64g) Befürchten Sie eine erhöhte Infektionsgefahr bei der Benutzung von gebrauchten Filtern?

64h) Besitzen Sie einen eigenen Löffel?

Ja 1 manchmal 2 selten 3 nein 4 Keine Antwort 0

64i) Wie oft benutzen Sie diesen Löffel?

Mehr als 3 mal 1 2 mal 2 1 mal 3 Unterschiedlich 4 Keine Antwort 0

64j) Haben Sie diesen, von Ihnen benutzten Löffel einmal an andere Mitinsassen weitergegeben?

Ja, (fast) immer 1 manchmal 2 selten 3 nie 4 Keine Antwort 0

64k) Sind Ihnen alle Mitbenutzer bekannt?

Ja, alle 1 Die meisten 2 Eher weniger 3 Kaum jemand 4 Keine Antwort 0

64l) Bekamen Sie einmal einen gebrauchten Löffel von einem Mitinsassen?

Ja 1 manchmal 2 selten 3 nein 4 Keine Antwort 0

64m) Kannten Sie alle Vorbenutzer des von Ihnen benutzten Löffels?

Ja, alle 1 Die meisten 2 Eher weniger 3 Kaum jemand 4 Keine Antwort 0

64n) Befürchten Sie eine erhöhte Infektionsgefahr bei der Benutzung von gebrauchten Löffel?

72) Wie oft waren Sie bereits bei Ihrem jetzigen Haftaufenthalt bei einer Drogenberatung?

- 1 nur einmal
- 2 2-3 mal
- 3 öfter
- 4 war zeitweise in ständigem Kontakt
- 5 keine Antwort

74) Werden Sie in Zukunft eine Drogenberatungsstelle aufsuchen?

77) Was planen Sie in Zukunft hinsichtlich Ihres Drogenkonsums? Denken Sie darüber nach, mit harten Drogen aufzuhören?

- 1 ständig
- 2 öfters
- 3 kommt schon vor
- 4 selten
- 5 nein
- 6 weiß nicht
- 0 keine Antwort

78) Wenn ja, wann wollen Sie aufhören?

- 1 noch in Haft
- 2 innerhalb der nächsten Wochen/Monate
- 3 ich würde gerne hier aufhören, weiß noch nicht wann
- 4 ich schaffe es sicher erst nach der Entlassung
- 5 vielleicht schaffe ich es nach Entlassung

- 6 anderes: _____
 7 weiß nicht
 0 keine Antwort

79) Wie stehen Sie zu der Idee, Heroin im Gefängnis an Insassen - z.B. zum i.v.- Konsum zu verschreiben?

Sehr gut 1 Geht so 2 Schlecht 3 Weiß nicht 4

1) Anhang

A) Untersucherdokumentation

a) Zuverlässigkeit der Daten im Interview aus der Gesprächshaltung heraus:

- 1 überwiegend zuverlässig
 2 eher unzuverlässig
 3 wenig glaubhaft

Körperliche Untersuchung:

Zeichen des i.v. Konsums

- | | |
|-----------|--|
| 1 Arme | A Eine einzelne Lokalisation im Bereich |
| 2 Beine | B Mehrere Lokalisationen im Bereich |
| 3 Leisten | C Zahlreiche Lokalisationen im Bereich= Straßenartig |
| 4 Hals | |

b) frische Einstichstellen?

d) Abszesse?

e) andere Komplikationen in Injektionsbereichen? Bitte beschreiben

g) Wirkt intoxikiert?

h) Romberg Stehversuch : Auffällig?

i) Fingerprobe : Auffällig?

j) Sprache verwaschen?

l) Pupillenweite, -reaktion

m) Bindehäute gerötet?

n) Schleimhautsekretion auffällig?

B) Ergebnisse der HIV/ Hepatitis - Testung sowie Auswertung von Gesundheitsakte (Infektionsstatus)

	aktuell erhoben	Sero: am _____	Akte: am _____
HIV			
Hepatitis B			
Hepatitis C			

C) Auswertung der sog. Verordnungskarte Spritzenaustausch

Wie viele Tauschereignisse sind insgesamt dokumentiert? _____

Wie oft wurde mehrfach am Tag getauscht? _____

Wie oft wurden mehr als 3 Spritzen am Tag getauscht? _____

Wie oft sind Spritzenverlustbehauptungen dokumentiert? _____

Wie oft sonstige Besonderheiten? _____

15. Anhang: Auszüge des Mitarbeiter-Fragebogens

13.1 Mitarbeiter-Fragebogen -A1-

1) Geben Sie bitte Ihr Lebensalter in Jahren an:

18-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64

2) Seit wann arbeiten Sie im Bereich des Strafvollzuges?

3) Seit wann arbeiten Sie in der Anstalt II Am Hasenberge?

4) In welchem Bereich sind Sie beschäftigt?

- 1 Dienstleistungsbereich (z.B. Kammer, Hofkolonne)
- 2 Sicherheitsdienst
- 3 AVD/Stationsdienst
- 4 Werkdienst
- 5 gehobene Verwaltungsdienste
- 6 wissenschaftlicher Verwaltungsdienst
- 7 speziell: ärztlicher oder medizinischer/pflegerischer Dienst

5) Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

Ja 1 Nein 2 Unbekannt 3

7) Falls **Ja**: wann wurden Sie bzw. wann haben Sie sich zuletzt über Ihren aktuellen Impfschutz informiert

8) (=sogenannter Antikörpertiter im Blut)?

7) Fühlen Sie sich ausreichend über die Hepatitis B Impfung informiert?

Ja, gut 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

8) Wie gut fühlen Sie sich über das bevorstehende Projekt informiert?

Ausgezeichnet 1 Gut 2 Ausreichend 3 Teils, teils 4

Unangemessen 5 Bin nicht informiert 6 Unbekannt 7

9) Auf welche Weise haben Sie sich über das hier geplante Projekt bislang informiert (bzw. wie wurden Sie informiert)? (hier auch Mehrfachantworten möglich)

Fortbildung 1 Anstaltsverfügung 2 Durch Kollegen 3 Anders 4

10) Halten Sie die Ziele eines solchen Projekts grundsätzlich für sinnvoll für Anstalt II?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

11) Finden Sie das Projekt in der hier konkret geplanten Umsetzung sinnvoll für Anstalt II?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

12) Fühlen Sie sich ausreichend über die Infektionskrankheit AIDS (HIV) informiert?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

Zutreffende Ziffer bitte eintragen.

13) Fühlen Sie sich in Ihrem Arbeitsbereich durch die Möglichkeit einer HIV- Infektion bedroht?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

14) Fühlen Sie sich ausreichend über die Infektionskrankheit Virushepatitis informiert?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

15) Fühlen Sie sich in Ihrem Arbeitsbereich durch eine Hepatitis-Infektion bedroht?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

16) Falls Ja: Durch welche Form(en) der Virushepatitis fühlen Sie sich bedroht?

17) Derzeit ist die Erfassung der Projektteilnehmer im Gesundheitsrevier auf einer Verordnungskarte vorgesehen, die Bestandteil der Gesundheitsakte ist. Nehmen wir an, es gebe 100 intravenös-drogenkonsumierende Insassen in der Anstalt, die Zugang zur Handvergabe von Einmalspritzen haben. Wie viele von ihnen werden tatsächlich im Gesundheitsrevier an dem Tauschprogramm teilnehmen? Wovon gehen Sie aus?

Anzahl: Ca. _____ Personen

18) Rechnen Sie unter den Insassen mit „Neueinsteigern“, die ohne das Spritzenangebot nicht mit Drogenkonsum begonnen hätten? (Neueinsteiger = Personen, die zuvor noch nie Kontakt mit harten Drogen wie Heroin oder Kokain hatten)

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

19) Gehen Sie davon aus, dass es bislang unter den intravenös Drogen konsumierenden Insassen in Anstalt II einen Mangel an Spritzen gab, gemessen im Verhältnis zum Angebot an Drogen?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

Zutreffende Ziffer bitte eintragen.

20) Glauben Sie, dass Insassen, die bisher harte Drogen geraucht/gesniffelt haben, nach Projektbeginn zum intravenösen Konsum (Fixen) verleitet werden?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

21) Könnte der bloße Besitz einer nicht mit Drogensubstanz gefüllten Spritze zukünftig für Anstaltsbedienstete ein Revisionsgrund sein, trotz gegenteiliger Regelung?

Ja, immer 1 Häufig 2 Kommt darauf an 3 Eventuell 4 Nein 5

22) Stellen Sie sich vor, Sie geraten selbst in eine solche Entscheidungssituation. Wäre die in Frage Nr. 21 geschilderte Situation für Sie persönlich ein Revisionsgrund?

Ja, immer 1 Häufig 2 Kommt darauf an 3 Eventuell 4 Nein 5

23) Könnte es vorkommen, dass der Besitz einer Spritze mit eindeutigen Drogenanhaftungen in der Praxis nach Projektbeginn im Einzelfall nicht mehr als Revisionsgrund gesehen wird?

Ja, immer 1 Häufig 2 Kommt darauf an 3 Eventuell 4 Nein 5

24) Stellen Sie sich vor, Sie geraten selbst in eine solche Entscheidungssituation. Wäre die in Frage Nr. 23 geschilderte Situation für Sie persönlich ein Revisionsgrund?

Ja, immer 1 Häufig 2 Kommt darauf an 3 Eventuell 4 Nein 5

25) Gehen Sie davon aus, dass ein Insasse mit offensichtlichem (aber gemäß der Regeln des Projekts offiziell geduldetem) Spritzenbesitz doch öfter revidiert werden wird als ein Insasse, der die Spritze versteckt?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

26) Wie ausgeprägt schätzen Sie die Verunsicherung des AVD bezüglich der Tatsache ein, dass der Besitz einer Spritze erlaubt ist, Drogen aber verboten?

Nicht vorhanden <

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 > Extrem stark

27) Denken Sie, dass Abhängigkeitsverhältnisse drogenkonsumierender Insassen von Mithäftlingen durch das Spritzenaustauschangebot geringer werden?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

28) Gehen Sie davon aus, dass die Bereitschaft drogenabhängiger Insassen, in eine Ersatztherapie mit Methadon zu wechseln, durch den Spritzentausch sinken wird?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

29) Befürchten Sie indirekt negative Auswirkungen auf das Arbeitsklima zwischen den Kollegen durch das Projekt in der geplanten Form?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

30) Glauben Sie, dass nach Projektbeginn Spritzen im Besitz von Insassen eine größere Gefahr für andere Personen als bisher darstellen könnten?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

31) Sind Sie schon einmal in dieser Anstalt mit einer Spritze bedroht worden?

Ja, direkt 1 Ja, indirekt (Drohung o.ä.) 2 Nein 3 Unbekannt 4

Die Fragen 32-38 wenden sich nur an AVD bzw. Revisionsbeamte:

32) Haben Sie sich in dieser Anstalt einmal an einer Spritze/Kanüle verletzt?

Ja 1 Nein 2

33) Falls Ja: Wie oft ist dies schon passiert?

Einmal 1 2 mal 2 Mehr als 2 mal 3

34) Denken Sie, dass die Gefahr abnimmt, sich an einer Spritze zu verletzen, wenn das Spritzentauschangebot für die Insassen in der geplanten Form eingeführt worden ist?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

35) Tragen Sie regelmäßig Latex-Handschuhe bei den Revisionen?

Ja, (fast) immer 1 Selten 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

36) Falls nein, welche Gründe treffen für Sie zu?

Wenn „anderes“, was? _____

37) Tragen Sie regelmäßig Leder/Schutz-Handschuhe bei den Revisionen?

Ja, (fast) immer 1 Selten 2 Eher nicht 3 Nein 4 Unbekannt 5

38) Falls nein, welche Gründe treffen für Sie zu?

Wenn „anderes“, was? _____

39) Welche Vorteile könnte das Projekt aus Ihrer persönlichen Sicht haben?

40) Welche Nachteile könnte das Projekt aus Ihrer persönlichen Sicht haben?

41) Welche Vorteile sehen Sie für die Anstalt II?

42) Welche Nachteile sehen Sie für die Anstalt II?

43) Vergeben Sie bitte eine „Gesamtnote“ zwischen 1 und 6 für das geplante Projekt:

Sehr gut <

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 >Sehr schlecht

44) Haben Sie Anregungen, Kritiken oder schreiben Sie einfach Ihre Meinung zum geplanten Projekt:

13.2 Mitarbeiter-Fragebogen -A2-

1) Geben Sie bitte Ihr Lebensalter in Jahren an:

18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
<input type="checkbox"/>								

Bitte zutreffendes ankreuzen

2) Seit wann arbeiten Sie im Bereich des Strafvollzuges?

3) In welchem Bereich sind Sie beschäftigt? Nummer bitte eintragen: _____

- 1 Dienstleistungsbereich (z.B. Kammer, Hofkolonne)
- 2 Sicherheitsdienst
- 3 AVD/Stationsdienst
- 4 Werkdienst
- 5 gehobener Verwaltungsdienst
- 6 wissenschaftlicher Verwaltungsdienst
- 7 speziell: ärztlicher oder medizinischer/ pflegerischer Dienst
- 8 speziell: externe Revisionsabteilung

4) Wie gut fühlen Sie sich über das laufende Projekt informiert?

Ausgezeichnet	<input type="checkbox"/>	Gut	<input type="checkbox"/>	Ausreichend	<input type="checkbox"/>	Teils, teils	<input type="checkbox"/>
Unangemessen	<input type="checkbox"/>	Bin nicht informiert	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

4a) Gab es für Sie Möglichkeiten sich zusätzlich zu informieren?

Ja	<input type="checkbox"/>	Teils, teils	<input type="checkbox"/>	Eher nicht	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------	--------------------------	------------	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------

4b) Haben Sie Gebrauch von weiteren Info-Angeboten/Fortbildungen gemacht?

Ja	<input type="checkbox"/>	Teils, teils	<input type="checkbox"/>	Eher nicht	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------	--------------------------	------------	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------

5) Halten Sie die Ziele eines solchen Projekts grundsätzlich für sinnvoll für Anstalt II?

Ja	<input type="checkbox"/>	Teils, teils	<input type="checkbox"/>	Eher nicht	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------	--------------------------	------------	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------

5a) Würden Sie sagen, dass *bislang* die angestrebten Ziele erreicht worden sind?

Ja	<input type="checkbox"/>	Teils, teils	<input type="checkbox"/>	Eher nicht	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------	--------------------------	------------	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------

5b) Denken Sie, die Ziele werden generell/in absehbarer Zeit erreicht?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Weiß nicht 5

5c) Hat die Anstalt II bislang vom Projekt profitiert bzw. war das Projekt bislang sinnvoll für Anstalt II?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Weiß nicht 5

6a) Fühlen Sie sich seit Beginn des Projekts mehr/gleich/weniger durch Infektionskrankheiten am Arbeitsplatz gefährdet?

mehr 1 gleich 2 weniger 3 Nein 4 Weiß nicht 5

6b) Gab es konkrete Gefahrensituationen für Ihre Gesundheit, die direkt/indirekt mit dem Projekt zu tun hatten?

Ja 1 Nein 4 Unbekannt 5

Falls ja, können Sie diese Situation kurz (in Stichworten) schildern:

6d) Vermuten Sie in Ihrem Arbeitsbereich Insassen die Spritzen bei sich tragen?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Weiß nicht 5

Bitte nur eine Ziffer ankreuzen

8) Rechnen Sie unter den Insassen mit „Neueinsteigern“, die ohne das Spritzenangebot nicht mit Drogenkonsum begonnen hätten? (Neueinsteiger = Personen, die zuvor noch nie Kontakt mit harten Drogen wie Heroin oder Kokain hatten)

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Weiß nicht 5

10) Gehen Sie davon aus, dass es unter den intravenös Drogen konsumierenden Insassen in Anstalt II noch immer einen Mangel an Spritzen gibt, gemessen im Verhältnis zum Angebot an Drogen?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Weiß nicht 5

9a) Würden Sie sagen, dass durch das prinzipiell vorhandene Angebot an Spritzen auch der Konsum harter Drogen angestiegen ist?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Weiß nicht 5

11) Kann der bloße Besitz einer nicht mit Drogensubstanz gefüllten Spritze für Anstaltsbedienstete derzeit ein Revisionsgrund sein, trotz gegenteiliger Regelung?

Ja, immer 1 Häufig 2 Kommt darauf an 3 Eventuell 4 Nein 5

Nur für Beamte des AVD:

10a) Stellen Sie sich vor, Sie geraten selbst in eine solche Entscheidungssituation. Wäre die in Frage Nr. 10 geschilderte Situation für Sie derzeit persönlich ein Revisionsgrund?

Ja, immer 1 Häufig 2 Kommt darauf an 3 Eventuell 4 Nein 5

Wieder für alle Mitarbeiter:

12) Wie ausgeprägt schätzen Sie die Verunsicherung des AVD bezüglich der Tatsache ein,
13) dass der Besitz einer Spritze erlaubt ist, Drogen aber verboten?

Nicht vorhanden <

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 > Extrem stark

13) Gab es negative Auswirkungen auf das Arbeitsklima zwischen den Kollegen durch das Projekt?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Weiß nicht 5

13a) Falls ja, in welcher Form? _____

14) Glauben Sie, dass seit Projektbeginn Spritzen im Besitz von Insassen eine größere Gefahr für andere Personen als bisher darstellen könnten?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Weiß nicht 5

15) Sind Sie seit Projektbeginn in dieser Anstalt mit einer Spritze bedroht worden?

Ja, direkt 1 Ja, indirekt (Drohung o.ä.) 2 Nein 3 Weiß nicht 4

nur für Beamte des AVD bzw. Beamte, die mit Zellenrevisionen befasst sind:

16) Haben Sie sich seit Projektbeginn einmal an einer Spritze/Kanüle verletzt?

Ja 1 Nein 2

17) Denken Sie, dass die Gefahr geringer geworden ist, sich an einer Spritze zu verletzen, weil der Aufbewahrungsort für Spritzen jetzt theoretisch vorgegeben ist?

Ja 1 Teils, teils 2 Eher nicht 3 Nein 4 Weiß nicht 5

Die Fragen 18- 21 wenden sich wieder an alle Mitarbeiter:

18) Welche Vorteile hat das Projekt aus Ihrer persönlichen Sicht?

19) Welche Nachteile hat das Projekt aus Ihrer persönlichen Sicht?

20) Vergeben Sie bitte eine „Gesamtnote“ zwischen 1 und 6 für das Projekt, so wie es bisher gelaufen ist:

Sehr gut <

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 >Sehr schlecht

16. Literaturverzeichnis

1. Abdala, N., et al., *Can HIV-1 contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2001. **28**(5): p. 487-94.
2. Adjei, A.A., et al., *Prevalence of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison-inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana*. Journal of Medical Microbiology, 2006. **55**(5): p. 593-7.
3. Airey, N. and J. Marriot, *Measuring therapeutic attitudes in the prison environment: development of the Prison Attitude to Drugs scale*. Addiction, 2003. **98**: p. 179-184.
4. Albota, M. and A. Koops, *Erhebung zur HIV Prävalenz intravenös Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug*. 1994, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Hamburg.
5. Allwright, S., et al., *Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: a result of a national cross survey*. BMJ, 2000. **321**(7253): p. 78-82.
6. Arrada, A., O. Zak Dit Zbar, and V. Vasseur, *Prevalence of HBV and HCV infections and incidence of HCV infections after 3, 6 and 12 months detention in La Sante prison, Paris*. Ann Med Interne (Paris), 2001. **152**(7): p. 6-8.
7. Backmund, M., et al., *Hepatitis C virus infection and injecting drug users: Prevention, risk factors and treatment*. Clinical infection diseases, 2005. **40**: p. 330-335.
8. Baumgärtner, T. and A. Gies, *Zur Topographie des Drogenkonsums in Hamburg: Ausgewählte Ergebnisse der Key-Person-Befragungen im Rahmen des Local Monitoring Systems (LMS) 2004*. Büro für Suchtprävention, Hamburg, 2005.
9. Bellach, B.-M., *Der Bundes-Gesundheitssurvey*. 1998, Robert-Koch-Institut: Berlin.
10. Bialek, S.R., et al., *Risk factors for hepatitis B in an outbreak of hepatitis B and D among drug users*. Journal of Urban Health, 2005. **82**(3): p. 468-78.
11. Bluthenthal, R.N., et al., *The effect of syringe exchange use on high risk injection drug users: A cohort study*. AIDS, 2000. **14**(5): p. 605-611.

12. Bornemann, R., *Varianten des gemeinsamen Besteckgebrauchs bei i.v. Drogenabhängigen und deren Bedeutung für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten*. AIFO, 1993. **8**: p. 467-470.
13. Boys, A., et al, *Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales*. *Addiction*, 2000. **97**: p. 1551-1560.
14. Braine, N., et al., *Long-term effects of syringe exchange on risk behaviour and HIV prevention*. *AIDS Educ. Prev.*, 2004. **16**(3): p. 264-75.
15. Braine, N., et al., *HIV risk behaviour among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs*. *AIDS Educ. Prev.*, 2005. **17**(6): p. 515-24.
16. Bredeek, U.F., et al., *HIV und AIDS in Berliner Justizvollzugsanstalten*. *Epidemiologische Forschung* 1997. **1**: p. 13-21.
17. Brook, G., et al, *Prevention of viral hepatitis in HIV co-infection*. *Journal of Hepatology*, 2006. **44**(1): p. 104-7.
158. Bundesamt, S., *Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzuges 2005*, Statistisches Bundesamt.
19. Bundesamt, S., *Lange Reihen zur Strafverfolgungsstatistik: Verurteilte nach ausgewählten Straftaten, Geschlecht und Altersgruppen*. 2005, Statistisches Bundesamt.
20. Bundesamt, S., *Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen a. 31.03.2004 in Fachserie 10, Reihe 4.1 2004*. 2004, Statistisches Bundesamt: Berlin.
21. Bundesregierung, D.D.d., *Drogen- und Suchtbericht*. 2002, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Berlin.
22. Bundesregierung, D.D.d., *Drogen- und Suchtbericht*. 2004, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Berlin.
23. Bundesregierung, D.D.d., *Drogen- und Suchtbericht*. 2006, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Berlin.
24. Burrows, D., et al, *Cad Saude Publica*. *Advocacy and coverage of needle exchange programs: result of a comparative study of harm reduction programs in Brazil, Bangladesh, Belarus, Ukraine, Russian Federation, and China*, 2006. **22**(4): p. 871-879.

25. Butler, T.G., et al., *Hepatitis B and C in New South Wales prison: prevalence and risk factors*. MJA, 1997. **166**: p. 127-30.
26. Caiaffa, W.-T., et al., *Estimation of the number of injecting drug users attending an outreach syringe exchange program and infection with HIV and hepatitis C virus: The AJUDE Brazil project*. Journal of Urban Health, 2003. **80**(1): p. 106-14.
27. Calzavara, L.M., et al., *The prevalence of HIV-1 infection among inmates on Ontario, Canada*. Can. Journal of Public Health, 1995. **86**(5): p. 335-339.
28. Carey, J., et al., *Knowledge of hepatitis among active drug injectors at a syringe exchange program*. Journal of Subst. Abuse Treatment, 2005. **29**(1): p. 47-53.
29. CDC, C.f.D.C.a.P., *Update: syringe exchange programs - United States, 2002*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 2005. **54**(27): p. 673-6.
30. Ceretti, A. and I. Merzagora, *AIDS in prisons in Italy*. AIDS in prison. 1994, Dartmouth, Aldershot Brookfield Singapore Sydney: Thomas, P.A., Moerings, M.
31. Choopanya, K., et al., *Incarceration and risk for HIV infections among drug users in Bangkok*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2002. **310**: p. 289-292.
32. Christensen, P.B., et al., *Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners*. European Journal of Epidemiology, 2000. **16**(11): p. 1043-9.
33. Crofts, N., et al., *Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants*. BMJ, 1995. **310**: p. 285-288.
34. Curran, L., et al., *Additional methadone increases craving for heroin: a double blind, placebo-controlled study of chronic opiate users receiving methadone substitution treatment*. Addiction, 1999. **94**(5): p. 665-674.
35. Deren, S., et al., *Trends in HIV seroprevalence and needle sharing among Puerto Rican drug injectors in Puerto Rico and New York: 1992-1999*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2001. **26**(2): p. 164-9.
36. Des Jarlais, D.C., et al., *Reductions in hepatitis C virus and HIV infections among injection drug users in New York City, 1990-2001*. AIDS, 2005. **19**(3): p. 20-5.

37. DeSimone, J., et al, *Needle exchange programs and drug infection behaviour*. Journal of Policy Analysis Manege, 2005. **24**(3): p. 559-77.
38. Dolan, K., et al, *HIV transmission in a prison system in an Australian State* Med Journal, 1999. **171**(1): p. 14-7.
39. Dolan, K., S. Rutter, and A. Wodak, *Prison based syringe exchange programmes: a review of international research and development*. Addiction, 2003. **98**: p. 153-158.
40. Dolan, K. and A. Wodak, *HIV transmissions in a prison system in an Australian state*. Medical Journal of Australia, 1999. **171**: p. 14-17.
41. Dolan, K., et al., *HIV risk behaviour of IDUs before, during and after imprisonment in New South Wales*. Addiction Research, 1996. **4**(2): p. 151-160.
42. Dufour, A., et al., *Prevalence and risk behaviour for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City*. AIDS, 1996. **10**: p. 1009-1015.
43. Dye, S. and C. Isaac, *Intravenous drug misuse among prison inmates: implications for spread of HIV*. BMJ, 1991. **302**: p. 1506.
44. E.B.D.D.-Europäische-Beobachtungsstelle-für-Drogen-und-Drogensucht, *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union*. 2001, Europäische Beobachtungsstellen für Drogen und Drogensucht 2001: Brüssel.
45. Edwards, A., S. Curtis, and J. Sherrard, *Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison*. International Journal STD AIDS, 1999. **10**(7): p. 464-6.
46. Emmanuelli, J. and J.C. Desenclos, *Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003*. Addiction, 2006. **100**(11): p. 1690-700.
47. Estebanez, P., et al., *The role of prison in the HIV epidemic among female injecting drug users*. AIDS Care, 2002. **14**(1): p. 95-104.
48. Europäische-Beobachtungsstelle-für-Drogen-und-Drogensucht, *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union*. 2001, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften: Luxemburg.
- 48a. Europäische-Beobachtungsstelle-für-Drogen-und-Drogensucht, *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union*. 2006, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften: Luxemburg.

49. European-Monitoring-Centre-for-Drugs-and-Drug-Addiction, *Deutschland - Drogensituation 2001*, in *Bericht 2002 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD*. 2001, Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung.
50. European-Monitoring-Centre-for-Drugs-and-Drug-Addiction, *Deutschland - Drogensituation 2002*, in *Bericht 2002 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD*. 2002, Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung.
51. European-Monitoring-Centre-for-Drugs-and-Drug-Addiction, *Deutschland - Drogensituation 2003*, in *Bericht 2003 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD*. 2003, Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung.
52. European-Monitoring-Centre-for-Drugs-and-Drug-Addiction, *Deutschland - Drogensituation 2004*, in *Bericht 2004 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD*. 2004, Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung.
53. European-Monitoring-Centre-for-Drugs-and-Drug-Addiction, *Deutschland - Drogensituation 2005*, in *Bericht 2005 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD*. 2005, Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung.
54. European-Network-on-HIV-and-Hepatitis-Prevention-in-Prison. 1998.
55. Ferreira, A.D., et al., *Injecting drug users who are (un)aware of their HIV serostatus: findings from the multi-center study AjUDE-Brasil II*. *Cad Saude Publica*, 2006. **22**(4): p. 815-826.
56. Franzkowiak, P., et al, *Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung - Präventionsstrategien im Wandel*. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 2002. **19**: p. 107-127.
57. Fritsche, E., *Epidemiologie von HIV und Hepatitis intravenös Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug und in der ambulanten Substitution im Hamburger Strafvollzug und in der ambulanten Substitution für die Jahre 1996 und 1997*. Med. Dissertation. 1999, Hamburg: Universität Hamburg.
58. Fuhrer, A. and J. Nelles, *Harm reduction in prison: Aspects of a scientific discussion*. *Harm Reduction in prison*. 1997, Bern: Peter Lang. 13-22.
59. Garzon, E., *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union*. 2001, Government Delegation on the National Plan on Drugs (DGNPND): Madrid.

60. Gaughwin, M.D., et al., *HIV Prevalence and risk behaviours for HIV transmission in South Australian prisons*. AIDS, 1991. **5**: p. 845-851.
61. Goldberg, D., et al., *Trends in HCV prevalence among injecting drug users in Glasgow and Edinburgh during the era of needle/syringe exchange*. Scandinavian Journal of Infection Disease, 2001. **33**(6): p. 457-61.
62. Goll, *Spritzenvergabe in den Justizvollzugsanstalten*. Der Vollzugsdienst, 1997. **3**: p. 8-9.
63. Gore, S.M., *No Escape: HIV transmission in Jail*. BMJ 1993. **307**: p. 147-148.
64. Gore, S.M. and G. Bird, *HIV, hepatitis and drugs epidemiology in prisons*. Drug use and prisons. 2000, Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
65. Göttinger, G., *AIDS und Justizvollzug - Modellprojekt zur Prophylaxe und Betreuungsarbeit im niedersächsischen Vollzug*. 1994, Justizministerium Niedersachsen: Hannover.
66. Hagan, H., et al., *Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses*. American Journal of Epidemiology, 1999. **149**(3): p. 203-13.
67. Hamburg, P., *Polizeibericht 2001*. 2001, Polizei Hamburg: Hamburg.
68. Hankins, C.A., et al., *HIV Infection among women in prison: an assesement of risk factors using normal methodology*. American Journal of Public Health, 1994. **84**(10): p. 1637-1640.
69. Heimer, R., et al., *Effects of increasing syringe availability on syringe-exchange use and HIV risk: Conneticut, 1990-2001*. Journal of Urban Health, 2002. **79**(4): p. 556-70.
70. Heinemann, A. and U. Gross, *Infektionsprophylaxe für Drogenkonsumenten im offenen Strafvollzug durch Vergabe steriler Einmalspritzen über Automaten*. Sucht, 2001. **47**(1): p. 57-65.
71. Heinemann, A. and K. Püschel, *Drogen und Infektionen im Hamburger Strafvollzug (Teil 3): Prävalenz und Transmission von viralen Infektionskrankheiten im geschlossenen Strafvollzug Hamburg Fuhlsbüttel (Anstalten II und V) - Komparative Begleitstudie zum Pilotprojekt zur Infektionsprophylaxe für Drogenabhängige in der Anstalt des offenen Vollzugs in Vierlande (Anstalt XII)*. Eigendruck Institut für Rechtsmedizin, Hamburg, 1998.

72. Hien, N.-T., et al., *Risk factors of HIV infection and needle sharing among injecting drug users in Ho Chi Minh City, Vietnam*. Journal of Subst. Abuse Treatment, 2001. **13**(1-2): p. 45-58.
73. Hughes, R.A., *Drug injectors and the cleaning of needles and syringes*. European Addict Res., 2000. **6**(1): p. 20-30.
74. Hunter, G.M., et al, *Measuring injection risk behaviour in the 2nd decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England*. Addiction, 2000. **95**(9): p. 1351-1361.
75. Huo, D., et al., *Drug use and HIV risk practices of secondary and primary needle exchange users*. AIDS Educ. Prev., 2005. **17**(2): p. 170-184.
76. Hurley, S.F., J.J. Damien, and J.M. Kaldor, *Effectiveness of needle exchange programmes for prevention of HIV infection*. Lancet, 1997. **349**: p. 1797-1780.
77. Iles, J., et al., *How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners*. Drug and Alcohol Review, 1999. **18**: p. 133-138.
78. Jackson, L.A., et al., *Safer and unsafe injection drug use and sex practices among injection drug users in Halifax, Nova Scotia. An exploratory look at community and interpersonal influences*. Can. Journal of Public Health, 2002. **93**(3): p. 219-22.
79. Jacob, J., Stöver, H., *The transfer of harm-reduction strategies into prison: needle exchange programmes in two German prisons*. 2000. **11**(5): p. 325-335.
80. Jacob, J. and H. Stöver, *Drogenkonsum und Infektionsrisiken im Justizvollzug - Empirische Befunde im Rahmen eines eigenen Modellprojektes*. Sucht, 1998. **44**(4): p. 247-256.
81. Jacob, J. and H. Stöver, *Drug use, drug control, and drug services in German prisons. Contradictions, insufficiencies and innovative approaches*, in *Drug use and Prison: An international Perspective*. 2000, Harwood Academic Publishers. p. 57-87.
82. Jacob, J. and H. Stöver, *The transfer of harm reduction strategies into prison. Needle exchange programmes in two german prisons*. International Journal of Drug Policy, 2000. **11**: p. 325-335.
83. Jurgens, R., *Another review of prison based needle exchange programs published*. Can. HIV AIDS Policy Law Rev., 2004. **9**(1): p. 46.

84. Keppler, K. and G. Schaper, *Das Spritzentauschprogramm in der JVA für Frauen in Vechta/Niedersachsen*. Lebhaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. 2001, Berlin: Deutsche AIDS Hilfe 2001. 42-51.
85. Keppler, K.-H., B. Knorr, and H. Stöver, *Zum Stand der Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug*. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligen-Hilfe, 2004. **4**: p. 202-207.
86. Knorr, B., et al, *Gesundheit und Prävention in Haft*. Drogen, HIV, AIDS, Hepatitis - Deutsche AIDS Hilfe Berlin, 2004: p. 144-164.
87. Koller, H., *Rechtliche Konsequenzen bei der Verweigerung der Abgabe von sterilem Injektionsmaterial in Strafvollzugsanstalten*. 1997, Bundesamt für Justiz.
88. Koops, A., *Infektionserkrankungen bei Drogenabhängigen, Prävalenz bei Häftlingen Klienten in Drogenhilfeeinrichtungen und Drogentodesfällen*. 2000: Dr. Kovac.
89. Kozal, M.J., et al., *HIV drug resistance and HIV transmission risk behaviours among active injection drug users*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2005. **40**(1): p. 106-9.
90. Kral, A.H., et al., *Risk factors among IDUs who give injections to or receive injections from other drug users*. Addiction, 1999. **94**(5): p. 675-683.
91. Kraus, L., et al, *Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway*. Addiction, 2003. **98**: p. 471-485.
92. Kraus, L., et al, *Kokainkonsum und kokain bezogene Störungen: Epidemiologie, Therapie und Prävention*. 2004, Institut für Therapieforschung: München.
93. Kraus, L., et al, *Konsummuster und Trends des Kokaingebrauchs in Deutschland*. Sucht, 2005. **51**: p. 199-208.
94. Kraus, L. and R. Augustin, *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2001*. 2001, Institut für Therapieforschung: München.
95. Kraus, L. and R. Bauernfeind, *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997*. Sucht, 1998. **44**(Sonderheft 1).

96. Kreuzer, A., C. Semmler, and R. Augustin, *Bedingungen der strafrechtlichen Praxis in stationären Einrichtungen*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen - Suchtprobleme hinter Mauern, Drogen, Sucht- und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug, 2002: p. 35-63.
97. Kufner, H., M. Vogt, and D. Weiler, *Ambulante medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution. Katamnese nach 12 Monaten - Modellprojekt zur Vorbereitung und Einleitung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen bei übergangsweisen Einsatz einer Substitution mit Methadon*. IFT-Berichte, Bd. 107. 1999, München: Institut für Therapieforschung.
98. Laar, v.d.T.J., et al., *Changes in risk behaviour and dynamics of hepatitis C virus infections among young drug users in Amsterdam, the Netherlands*. Journal of medical Virology, 2005. **77**(4): p. 509-18.
99. Laticevski, D. and A. Leorda, *HIV Prävention in Moldawien - Schwerpunkt Spritzenabgabe*. Lebhaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. 2001, Berlin: Deutsche AIDS Hilfe.
100. Lettau, S., et al., *Das Sprizentauschprogramm in der Justizvollzugsanstalt Lingen*. Lebhaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. 2001, Berlin: Deutsche AIDS Hilfe.
101. Lines, R. and H. Stöver, *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings. A framework for an effective national response*. 2005, Prepared for the United Nations Office on Drugs and Crime.
102. Lines, R. and H. Stöver, *HIV/AIDS Prevention, care, treatment, and support in prison settings - Background Notes*. 2005, Prepared for the United Nations Office on Drugs and Crime.
103. Long, J., et al., *Prevalence of Antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey*. BMJ, 2001. **323**(7323): p. 1209-13.
104. Ludwig, K. and K. Püschel, *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*. 2002: Lambertus.
105. Lum, P.J., C. Sears, and J. Guydish, *Injection risk behaviour among women syringe exchangers in San Francisco*. Subst. Use Misuse, 2005. **40**(11): p. 1681-96.

106. Magis-Rodriguez, C., et al., *HIV prevalence and correlates of receptive needle sharing among injection drug users in the Mexican-U.S. city of Tijuana*. Journal of Psychoactive Drugs, 2005. **37**(3): p. 333-9.
107. Maier, K.-P., *akute und chronische Hepatitis C - Epidemiologie - Diagnostik - Therapie*. 2. Auflage ed. 2002: Thieme.
108. Malliori, S.F., et al., *A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviour in Greek prisons*. Addiction, 1998. **93**(2): p. 243-251.
109. Mauss, S., J.-K. Rockstroh, and H. Jäger, *Koinfektion Hepatitis und HIV*. Standards of Care. 2002: Thieme.
110. McBride, A.J., et al., *Needle fixation, the drug user's perspective: a qualitative study*. Addiction, 2001. **96**: p. 1049-1058.
111. McCusker, M., et al, *Inflence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment*. Addiction, 2001. **96**: p. 1007-1014.
112. McCusker, M., et al., *Readmissions to drug abuse treatment and HIV risk behaviour*. American Journal of Drug Alcohol abuse, 1998. **24**(4): p. 523-540.
113. McNeely, J., J.H. Arnsten, and M.N. Gourevitch, *Sterile syringe access and disposal among injection drug users newly enrolled in a methadone maintenance treatment: a cross sectional survey*. Harm Reduction Journal, 2006. **3**: p. 8.
114. Menoyo, C., D. Zulaica, and F. Parras, *Needle exchange programmes in prison in Spain*. Canadian HIV/AIDS, Policy and Law Newsletter, 2000. **5**: p. 20-21.
115. Mexenburg, R., et al., *Infektionsprophylaxe im Justizvollzug - Abschlussbericht*. 1999, BIS Verlag: Oldenburg.
116. Meyenberg, R., et al., *Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Vollzug*. 3 ed. Schriftenreihe "Gesundheitsförderung im Justizvollzug". 1999: bis.
117. Miller, M., et al., *Gender differences in Syringe Exchange Programm use in Oslo, Norway*. Addiction, 2001. **96** (11): p. 1639-51.
118. Mullen, L. and J. Barry, *an Analysis of 15-19 year old first attenders at the Dublin needle exchange, 1990-1997*. Addiction, 2001. **96**: p. 251-258.
- 118.a Naber, D. et al. *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, Abschluss der 2. Studienphase*, 2006, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

119. Neaigus, A., et al., *Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: a comparison of former injectors and never injectors*. *Addiction*, 2001. **96**: p. 847-860.
120. Negrete, J.C., et al, *Harm reduction - quo vadis*. *Addiction*, 2001. **96**: p. 543-545.
121. Nelles, J., et al., *Provision of syringes: The cutting edge of harm reduction strategies in prison?* *British Medical Journal*, 1998. **317**(7153): p. 141-172.
122. Nelles, J., A. Fuhrer, and I. Vincenz, *Drug, HIV and hepatitis prevention in the Realta Contonal Men's prison: summary of the evaluation*. 1999, Swiss Federal Office of Public Health: Bern.
123. Nelles, J. and H. Stöver, *Zehn Jahre Spritzenvergabe im Gefängnis: Ein Review der bisherigen Spritzenvergabeprojekte in der Schweiz, Deutschland und Spanien*. *Suchttherapie*, 2002. **3**: p. 155-161.
124. Nelles, J., et al., *Pilotprojekt Drogen- und HIV Prävention in den Anstalten von Hindelbank*, in *Evaluationsbericht*. 1995, Bundesamt für Gesundheit: Bern.
125. Neumann, E., M.-S. Martens, and S. Buth, *Bado Hamburger Drogen-und Suchtbericht*. 2004, Ambulante Suchthilfe in Hamburg: Hamburg.
126. Pallas, J., et al., *Coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C in imprisoned injecting drug users*. *European Journal of Epidemiology*, 1999. **15**(8): p. 699-704.
127. Pallas, J., et al., *Risk factors for mono infections and co-infections with hepatitis B and hepatitis C viruses in northern Spanish prisoners* *Journal of Epidemiology Infections*, 1999. **123**(1): p. 95-102.
128. Pant, A., *Risiken der HIV Infektion bei i.v. Drogenkonsumenten*. *Infektionsepidemiologische Forschung III*, 1997. **97**: p. 32-41.
129. Parsons, J., et al., *Over a decade of syringe exchange: results from 1997 UK survey*. *Addiction*, 2002. **97**(7): p. 845-50.
130. Perez-Gracia, T., et al., *Relationship of hepatitis C viremia to HIV state and to infection by specific hepatitis C genotypes*. *Liver*, 1999. **19**(4): p. 288-93.
131. Post, J.J., et al., *Acute hepatitis C virus infection in an Australian prison inmate: tattooing as a possible transmission route*. *Journal of Medicine*, 2001. **174**(4): p. 183-4.

132. Reimer, J., et al., *Virale Leberinfektionen bei intravenösen Drogengebrauchern*. Suchtmed, 2005. **7**: p. 128.
133. Rhodes, T., et al., *Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injection drug users in Russia: a multi-city study*. Addiction, 2006. **101**(2): p. 252-66.
134. Robert-Koch-Institut, ed. *Hepatitis C - Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*. Vol. 15. 2004, RKI, Berlin.
135. Robert-Koch-Institut, *HIV-Infektionen und AIDS Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten*, in *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A*. 2005, RKI.
136. Rockstroh, J.-K., *HIV and Hepatitis C Virus co-infection*. Lancet Infection Disease, 2004. **4**(7): p. 437-44.
137. Rotily, M., et al., *HIV risk behaviour in prison and factors associated with reincarceration of injection drug users*. Presse Med, 2000. **29** (28): p. 1549-56.
138. Rotily, M., et al., *HBV and HIV screening, and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France*. Int. Journal STD AIDS, 1997. **8**(12): p. 753-9.
139. Rotily, M., et al., *Surveillance of HIV infection related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study*. European Journal of Public Health, 2001. **11**(3): p. 243-50.
140. Ruiz, J.D., et al., *Prevalence and correlates of hepatitis C infection among inmates entering California correctional system*. West Journal Med., 1999. **170**(3): p. 156-160.
141. Rutter, S., et al., *Prison-based syringe exchange. A review of international research and programme development*, in *Technical report No. 112*. 2001, National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW: Sydney.
142. Samuel, M.C., et al., *Association between heroin use, needle sharing and tattoos received in prison with hepatitis B and C positivity among street-recruited drug users in New Mexico, USA*. Journal of Epidemiology Infections, 2001. **127**(3): p. 475-84.
143. Schäfer, M. and T. berg, *Die chronische Hepatitis C Infektion: Häufigkeit, Verlauf und Stand der Behandlungsmöglichkeiten bei Patienten mit intravenöser Drogenabhängigkeit*. Sucht, 2005. **51**: p. 96-108.

144. Schmidt, B., *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland - Grundlagen und Konzeption*, in *Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung (24)*. 2004, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
145. Smyth, B.P., J. Barry, and E. Keenan, *Syringe borrowing persists in Dublin despite harm reduction interventions*. *Addiction*, 2001. **96**: p. 717-727.
146. Stark, K., et al., *History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and HIV infection among injecting drug users in Berlin*. *Int. Journal of Epidemiology*, 1997. **26**(6): p. 1359-66.
147. Stark, K., et al., *A syringe exchange programme in prison as a prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany*. *Epidemiol. Infect.*, 2005: p. 1-6.
148. Stempel, K., *Illegale Drogen/Rauschgift - Zahlen und Fakten*. *Jahrbuch Sucht*. 2005: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 69-82.
149. Stöver, H., *Evaluation of needle exchange pilot programmes shows positive results*. *Canadian HIV/AIDS, Policy and Law Newsletter*, 2000. **5**: p. 20-21.
150. Stöver, H., *Hepatitis Prophylaxe für Drogengebraucher*, Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen.
151. Stöver, H., *Study on Assistance to Drug Users in Prisons*. 2001, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
152. Stöver, H., L. Hennebel, and J. Casselmann, *Substitution Treatment in European prisons - A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 countries*. 2004, Oldenburg/Deutschland: BIS-Verlag.
153. Stöver, H. and J. Nelles, *Ten Years of experience with needle exchange programmes in European prisons: a review of evaluation studies*. *International Journal of Drug Policy*. **14**: p. 437-44.
154. Stöver, H. and C. Weilandt, *Prävalenz viraler Infektionskrankheiten und infektionsrelevanten Risikoverhaltens im deutschen Justizvollzug*. *Infektionsepidemiologische Forschung*, 1997. **2**: p. 22-27.
155. Tielking, K., S. Becker, and H. Stöver, *Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug - Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg*. 2003, Bibliothek und Informationssystem der Universität Oldenburg.

156. Tsang, T.H., et al, *Transmission of hepatitis C through tattooing in a United States prison*. American Journal of Gastroenterology, 2001. **96**(4): p. 1304-5.
157. Valenciano, M., J. Emmanuelli, and F. Lert, *Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France*. Addiction, 2001. **96**: p. 597-606.
158. Vlahov, D. and B. Junge, *The role of needle exchange programs in HIV prevention*. Journal of Public Health Rep., 1998. **113**(1): p. 75-80.
159. Wada, K., et al, *HIV and HCV infections among drug users in Japan*. Addiction, 1999. **94**(7): p. 1063-1070.
160. Weber, U., et al, *Syringe exchange in Germany*. Journal of Subst. Misuse, 1998. **33**(5): p. 1093-112.
161. Weilandt, C. and M. Rotily, *European Network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, in 2. Annual report*. 1998, O.R.S./WIAD: Marseille/Bonn.
162. Weild, A.R., et al., *Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey*. Commun. Disease Public Health, 2000. **3**(2): p. 121-6.
163. Welton, A., et al., *Optimal placement of syringe-exchange programs*. Journal of Urban Health, 2004. **81**(2): p. 268-77.
164. Wood, E., et al., *Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help?* CMAJ, 2001. **165**(4): p. 405-10.
165. Zador, D., *Injectable opiate maintenance in the UK: is it good clinic practice?* Addiction, 2001. **96**: p. 547-553.
166. Zule, W.A., K.N. Vogtsberger, and D.P. Desmond, *The intravenous injection of illicit drugs and needle sharing: an historical perspective*. Journal of Psychoactive Drugs, 1997. **29**(2): p. 199

17. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zeitlicher Ablauf der wissenschaftlichen Begleitstudie	25
Abb. 2: Spritzenvergabeanalyse im Evaluationszeitraum	36
Abb. 3: Haben Sie bereits einmal eine kontaminierte Spritze benutzt? L1 vs. L2	38
Abb. 4: Welche Infektionskrankheiten befürchten Sie am meisten bei der benutzung kontaminierter Spritzen? Zeitraum L1	40
Abb. 5: Heroinkonsum, Freiheit-L1-L2.....	44
Abb. 6: Applikationsform von Heroin, Freiheit-L1-L2	45
Abb. 7: Applikationsform von Kokain, Freiheit-L1-L2	46
Abb. 8: Sero-Prävalenz, Gesamtkollektiv, L1	48
Abb. 9: Sero-Prävalenz, Insassen mit negativer Lebenszeitprävalenz, L1	49
Abb. 10: Sero-Prävalenz bei IVDA, L1	50
Abb. 11: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C, Gesamtkollektiv, L1.....	51
Abb. 12: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C, Gesamtkollektiv, L2.....	51
Abb. 13: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C, negative Lebenszeitprävalenz für Drogen, L1	52
Abb. 14: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C, negative Lebenszeitprävalenz für Drogen, L2	53
Abb. 15: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C bei IVDA, L1	54
Abb. 16: Inzidenzen von HIV, Hepatitis-B und -C bei IVDA, L2	54
Abb. 17: Woher bezogen Sie Ihre Informationen über Hepatitis und HIV? Zeitraum L2	56
Abb. 18: Applikationsform bei Heroinkonsum, STP-Teilnehmer, Freiheit-L1-L2.....	61
Abb. 19: Applikationsform bei Kokainkonsum, STP-Teilnehmer, Freiheit-L1-L2	61
Abb. 20: Haben Sie Ihre Spritze bereits einmal mit sicher Hepatitis-positiven Insassen geteilt? L1 vs. L2	64
Abb. 21: Wirkt der Proband intoxikiert? STP-Teilnehmer, L1 vs L2	68
Abb. 22: Geht jetzt (durch das STP) eine grössere Gefahr von Spritzen aus? Methadonsubstituierte, L1 vs. L2.....	73
Abb. 23: Welche Nachteile beinhaltet das STP? Methadonsubstituierte, L1 vs. L2	74
Abb. 24: Cannabiskonsum bei Methadonsubstituierten, Freiheit-L1-L2	77
Abb. 25: Altersverteilung, Mitarbeiter, Zeitraum A1	81
Abb. 26: Haben Sie bereits eine Gefahrensituation durch Spritzen erlebt? Mitarbeiter, Zeitraum A1	85
Abb. 27: Benutzen Sie bei Ihrer Tätigkeit im Vollzug Latexhandschuhe? Mitarbeiter, Zeitraum A1	86
Abb. 28: Welche Schulnote geben Sie dem STP? Mitarbeiter, Zeitraum A1.....	88
Abb. 29: Welche Schulnote geben Sie dem STP? Mitarbeiter, Zeitraum A2.....	88

18. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anzahl der Haftplätze, Deutschland 2000	16
Tab. 2: Anzahl der Strafgefangenen in Deutschland, Stand 11.06.2006	17
Tab. 3: Weitere Risikofaktoren bei STP-Teilnehmern (n in Klammern), Zeitraum L1	66
Tab. 4: Klinische Untersuchungsbefunde, STP-Teilnehmer, L1 vs. L2	69
Tab. 5: Demographische Daten der erfassten Methadonsubstituierten (n in Klammern).....	71
Tab. 6: Klinischer Untersuchungsbefund, Methadonsubstituierte, L1 vs. L2	76
Tab. 7: Anderweitiger, illegaler Konsum, Methadonsubstituierte, Freiheit-L1-L2.....	78
Tab. 9: Weitere Risikofaktoren, Methadonsubstituierte (n in Klammern), Zeitraum L1	79
Tab. 10: Prozentualer Anteil intravenös-drogenkonsumierender Insassen in Relation zum Gesamtkollektiv europäischer Gefängnisse	115
Tab. 11: Seroprävalenzen von HIV, HBV und HCV bei IVDA in internationalen Gefängnissen.....	133
Tab. 12: Entwicklung Methadon vs. Buprenorphin 2002 - 2005	143

19. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. K. Püschel, der mir dieses interessante Thema vermittelt hat und mich darüber hinaus für das Fach Rechtsmedizin dauerhaft begeistern konnte.

Weiterhin möchte ich meinem Betreuer Herrn Dr. med. A. Heinemann danken, der mich fortwährend, sowohl theoretisch als auch in der praktischen Arbeit innerhalb der Justizvollzugsanstalt 2 -Am Hasenberge- konsequent unterstützte.

Ferner danke ich den Mitarbeitern/innen der Justizvollzugsanstalt 2 -Am Hasenberge- in Hamburg Fuhlsbüttel, die mir in freundlicher Atmosphäre die Möglichkeit gaben, die Probanden aufzusuchen und mir ohne jeden Vorbehalt mit viel Einsatz und Mühe zur Seite standen und ohne deren Unterstützung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Abschließend danke ich meinen Eltern, Frau Ulrike Siedler und Herrn Dr. med. Frank Glet für ihre aufopferungsvolle Unterstützung während meines gesamten Studiums und der Bearbeitungszeit an dieser Dissertation.

20. Lebenslauf

Assistenzarzt	Seit 03/2008	Weiterbildungsabschnitt Innere Medizin, Praxis Dres. Med. Goldbach/Zowe/Kohlsche
	11/2007 – 02/2008	Weiterbildungsabschnitt Hals-Nasen- Ohrenheilkunde, Praxis Dr. med. Wucherpfennig
	04/2007 – 11/2007	Weiterbildungsabschnitt Innere Medizin, Klinikum Nord Hamburg
	10/2005 – 04/2007	Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in der Praxis Dres. med. Goldbach/Zowe/Kohlsche
	08/2004 – 10/2005	Kardiologie / Innere Medizin Herzzentrum Segeberger Kliniken Bad Segeberg
Arzt im Praktikum	01/2004 – 07/2004	Unfallchirurgie/Traumatologie Berufsgenossenschaftliches Krankenhaus Hamburg/Boberg
	01/2003 – 01/2004	Rechtsmedizin, Institut. f. Rechtsmedizin (UKE), Hamburg
Praktisches Jahr	10/2001 – 02/2002	Innere Medizin, Klinikum Nord Ochsenzoll, Hamburg
	02/2002 – 06/2002	Chirurgie, Klinikum Nord Heidberg, Hamburg
	06/2002 – 10/2002	Rechtsmedizin, Institut f. Rechtsmedizin (UKE), Hamburg

Hochschulausbildung	11/2002	3.Staatsexamen
	09/2001	2. Staatsexamen
	03/1998	1.Staatsexamen
	03/1997	Physikum
	10/1994	Studium der Humanmedizin Universität Hamburg
Berufliche Ausbildung	10/1991 – 10/1994 (Examen 09/94)	Ausbildung zum examinierten Krankenpfleger Klinikum Nord, Hamburg
Schulbildung	1982 - 1991	Abitur, Gymnasium Heidberg, Hamburg

21. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, den 05.12.2008

Unterschrift: _____

(Erik Glet)