

EPIDEMIOLOGIE/PRÄVENTION IM JUSTIZVOLLZUG

HIV- und Hepatitisprävention in Haft

Menschen in Haft und insbesondere Drogengebraucher haben ein besonders hohes Risiko für HIV und Hepatitis. Dennoch ist das Präventionsangebot im „Knast“ spärlich. Spritzen, Kondome, Substitution und Schutzimpfungen gegen Hepatitis sollten überall verfügbar sein, sind es aber leider nur in wenigen Gefängnissen.

Schätzungen zufolge durchlaufen pro Jahr etwa 200.000 bis 250.000 Gefangene Deutschlands Haftanstalten, zum Stichtag 01.08.2006 waren etwa 80.000 Menschen bei uns inhaftiert¹. Abgesehen davon, dass die Haft allein schon durch die erzwungene soziale und physische Inaktivität die Gesundheit gefährdet, war ein Großteil dieser Gefangenen auch schon vor Haftantritt erheblichen sozialen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Überproportional viele haben z.B. ein geringes Bildungs- und Ausbildungsniveau und sind arbeitslos, der Anteil der Migrantinnen und Migranten ist ebenfalls überdurchschnittlich hoch, und Infektionskrankheiten – insbesondere HIV und Hepatitis – kommen weitaus häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung: Die HIV-Prävalenz ist (mit regionalen Unterschieden) bis zu 20-mal höher, die von Hepatitis C bis zu 40-mal².

BESONDERS GEFÄHRDET: DROGENGEBRAUCHER/INNEN

Sind Gefangene schon per se gesundheitlich besonders gefährdet, so gilt dies in besonderem Maße für die intravenös Drogen Konsumierenden (intravenous drug users, IDUs) unter ihnen. Schätzungen zufolge sind bis zu 90% aller inhaftierten IDUs mit Hepatitis A, B und/oder C infiziert, und auch die HIV-Prävalenz ist gegenüber den anderen Gefangenen erhöht³. Der Anteil der Drogenerfahrenen oder -abhängigen bei den Inhaftierten ist dabei mit etwa 30–50% der männlichen und bis zu 80% der weiblichen Gefangenen sehr hoch⁴. Eine 1996 veröffentlichte Befragung unter IDUs zeigte, dass fast zwei

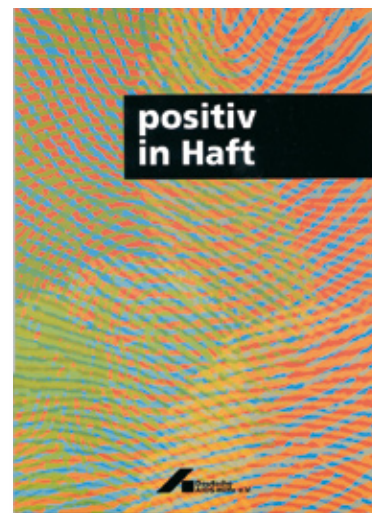
Drittel der Befragten seit Konsumaufnahme mindestens einmal in Haft gewesen waren (der Schnitt der Haftaufenthalte lag bei 2,7). Zu einem beliebigen Stichtag sind schätzungsweise 10% aller Drogengebraucher/innen in Haft – doppelt so viele wie in einer stationären Therapie.¹ Umgekehrt ist ein Haftaufenthalt häufig auch Anlass, in den intravenösen Konsum einzusteigen: 5–10% der inhaftierten IDUs aus der erwähnten Befragung waren im Gefängnis, als sie zum ersten Mal Drogen spritzten. Ein weiteres Gesundheitsrisiko sind Tätowierungen und Piercings, die unter unhygienischen Bedingungen und mit selbstgebauten Instrumenten durchgeführt werden – die (in Haft verbotenen) Tätowierungen gehören zur Gefängniskultur und sind bei IDUs etwa doppelt so verbreitet wie bei den übrigen Gefangenen.¹

INFEKTIONSPROPHYLAXE DRINGEND NOTWENDIG

Obwohl Gefangene und insbesondere Drogen gebrauchende Inhaftierte hohen gesundheitlichen Risiken und Belastungen ausgesetzt sind, sind die vollzugsinternen Angebote zur Infektionsprophylaxe, Diagnostik und Behandlung mit den Verhältnissen „draußen“ nicht vergleichbar. In der Regel sind keine sterilen Spritzen erhältlich, Kondome werden in vielen Justizvollzugsanstalten nicht anonym abgegeben, Hepatitis-Impfungen gehören nicht zum Regelangebot und die Substitutionsbehandlung fristet ein Schattendasein:

• Spritzenvergabe

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat immer wieder auf die besondere Gefährdung von



Ausführliche Informationen

Gefangenen durch HIV und Hepatitis C hingewiesen und das Fehlen entsprechender Präventionsmaßnahmen als „Achillesferse der HIV-Prävention“ bezeichnet.⁵

Am effektivsten wäre es, sterile Spritzen und Zubehör (z.B. Alkoholtupfer, Filter) zu vergeben bzw. benutzte Spritzen gegen neue auszutauschen. Außerhalb der Gefängnismauern gehört dieses Angebot zum Standard der Drogenhilfearbeit, und auch intramural hat sich die Spritzenvergabe – nicht zuletzt in Deutschland – bewährt⁶: Die wissenschaftliche Evaluation entsprechender Modellprojekte hat gezeigt, dass sich die Spritzenvergabe bzw. der Spritzentausch ohne große Störungen in den Arbeitsablauf einer Haftanstalt integrieren lässt, dass der gemeinsame Gebrauch benutzter Spritzen dadurch abnimmt und dass es nicht zu einem Anstieg des Drogenkonsums oder des intravenösen Konsums kommt.¹ Dessen ungeachtet sind in Deutschland sechs der sieben Pilotprojekte (drei Anstalten in Hamburg, zwei in Niedersachsen und eine in Berlin) eingestellt worden; eine Spritzenvergabe findet nur noch in der JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg statt.

In Spanien dagegen folgten auf die beiden Pilotprojekte (1997 in Basauri in der Nähe von Bilbao und 1998 in Pamplona eingerichtet) bis 2001 neun weitere, und im Juni 2001 erging eine Weisung des Gene-

raldirektorats des spanischen Justizvollzugsystems, wonach alle 68 Anstalten sukzessive Spritzenvergabeprojekte einführen müssen.⁷ Diese Praxis folgt der Maxime der Angleichung der gesundheitlichen Versorgung und psychosozialen Unterstützung in Haft an die extramuralen Verhältnisse, wie sie dem deutschen Strafvollzugsgesetz sowie den Empfehlungen zahlreicher internationaler Organisationen (WHO, Europarat, UNAIDS u.a.) entspricht. (Angesichts der besonderen gesundheitlichen Belastungen stellt sich hier eher die Frage, ob nicht in Haft mehr getan werden müsste als „draußen“²⁾)

• Vergabe von Desinfektionsmitteln

Anders als z.B. in Portugal, Österreich oder Spanien haben Gefangene in Deutschland keinen Zugang zu Desinfektionsmitteln (z.B. zur Desinfektion der Toilette), die auch für die Reinigung bereits gebrauchter Spritzen oder Materialien zum Tätowieren und Piercen eingesetzt werden können (eine „Besser-als-nichts-Strategie“).^{1;4} Der Einwand, viele IDUs wüssten aufgrund der außerhalb des Gefängnisses üblichen Spritzenvergabe nur wenig über die korrekte Desinfektion, ist hier zwar berechtigt, doch hat etwa die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) in Safer-Use-Broschüren entsprechende Informationen zusammengestellt, die auch in Haft einsetzbar wären.

• Kondomvergabe

In einer 2003 von der DAH durchgeführten Umfrage zur Haftarbeit der Aidshilfen bescheinigte etwa die Hälfte der teilnehmenden, in der Haftarbeit engagierten Aidshilfeorganisationen den von ihnen erreichten Anstalten (122 von insgesamt fast 290) einen mangelhaften oder problematischen Zugang zu Kondomen. Eine schriftliche Befragung der Haft- und Teilanstalten aus dem Jahr 2004, auf die wir 93 Antworten erhielten, ergab, dass in immerhin 77,4% der Gefängnisse der Zugang zu Kondomen gesichert sei, während dies für Gleitmittel nur auf vier von zehn An-

stalten zutrefte. Die Praxis der Vergabe von Kondomen und Gleitmitteln ist jedoch in den einzelnen Bundesländern und Vollzugsanstalten höchst unterschiedlich geregelt. In Bayern z.B. müssen Gefangene sich Kondome vom Medizinischen Dienst „verschreiben“ lassen, eine Möglichkeit, die kaum in Anspruch genommen wird – „Dann denkt ja jeder, ich bin schwul“ ist eine typische Reaktion. Auf die Frage eines Aidshilfe-Mitarbeiters, wie viele der etwa 800 Gefangenen in der JVA Bernau nach einem Kondom fragten, bekam er zur Antwort, das sei in zehn Jahren etwa sechs bis acht Mal vorgekommen.⁸ In Nordrhein-Westfalen dagegen regelt der „Kondomerlass“ vom 11.3.1998 die Vergabe von Kondomen und wasserlöslichem Gleitmittel zu Lasten des Justizhaushaltes; er sieht vor, die Präventionsmaterialien seien an geeigneten Stellen, an denen ein unbemerkter Zugriff gewährleistet sei, zur Entnahme auszulegen und empfiehlt, Informationsblätter zur Benutzung beizufügen.⁹

• Hepatitis-Impfungen

Da Hepatitisinfektionen im Strafvollzug wesentlich häufiger vorkommen als außerhalb der Gefängnismauern, erscheint es sinnvoll, Gefangenen (wie im Übrigen auch Bediensteten) eine Impfung gegen Hepatitis (A und) B anzubieten, wie dies die Ständige Impfkommission am RKI u. a. für „Drogenabhängige, Prostituierte, länger einsitzende Strafgefangene, Menschen mit chronischen Lebererkrankungen und HIV-Positive“ empfiehlt.⁴ Ein solches kostenloses Angebot gab es im Jahr 2004 laut unserer oben erwähnten Umfrage unter den deutschen Haftanstalten in zwei von drei Gefängnissen – in einem Drittel der befragten Anstalten aber eben auch nicht.

Hinzu kommt, dass die Gefangenen häufig nicht über die Test- und Impfmöglichkeiten informiert sind. Nur 5-10% der Inhaftierten sind tatsächlich gegen Hepatitis B geimpft. Vor diesem Hintergrund hat die DAH im Jahr 2005 „Aktionswochen Hepa-

titis-B-Impfung in Haft“ ausgerufen und an alle Haftanstalten in Deutschland ein Paket mit Informationsmaterialien geschickt, darunter das aus GKV-Mitteln finanzierte DAH-Plakat „Hepatitis-B-Impfung schützt. Fragen dazu beantwortet dein Anstaltsarzt“. Außerdem fanden in Kooperation mit örtlichen Aidshilfen Informationsveranstaltungen für Gefangene in den JVA Berlin-Tegel, Halle und Pforzheim sowie in einer Münchener Jugendarrestanstalt statt. Die Aktion kam gut an: Viele Anstaltsärzte bedankten sich für unsere Materialien und bestellten weitere nach, und verschiedene in der Haftarbeit engagierte Aidshilfen berichteten, die Impfung werde in den Anstalten verstärkt thematisiert und vermehrt angeboten. Die DAH hat diese guten Erfahrungen zum Anlass genommen, jetzt jährlich im Vorfeld des Deutschen Lebertages (20.11.) und des Welt-Aids-Tags (01.12.) Informationsmaterialien zu HIV/Aids und Hepatitis an alle deutschen Haftanstalten zu verschicken.

• Substitutionsbehandlung

Am Stichtag 01. Juli 2006 befanden sich in Deutschland laut Substitutionsregister schätzungsweise 64.500 Menschen in Substitutionsbehandlung.¹⁰ In Haft dagegen werden schätzungsweise nur 500 Opiat- >

Piercing?

Tattoo?

Aber sicher:
beim Profi und mit sauberem Gerät
Gebrauchte Nadeln können HIV und Hepatitis übertragen –
nicht nur beim Drogenkonsum



Informationen in mehreren Sprachen erhältlich

konsument(inn)en länger als vier Wochen substituiert, d.h. deutlich weniger als 5% aller inhaftierten IDUs. Die Regelung der Substitutionsbehandlung in Haft ist Ländersache – ob und wie Gefangene substituiert werden, hängt maßgeblich davon ab, in welchem Bundesland sie inhaftiert sind. Zu bedenken ist auch, dass sich unter dem Begriff „Substitution“ oft nur ein medikamentengestützter Entzug oder ein zeitlich begrenztes Angebot zur Vorbereitung der Haftentlassung oder zur Überbrückung bei sehr kurzen Haftstrafen verbirgt. In Brandenburg beispielsweise wird nur beim Opiatentzug substituiert und bei Gefangenen, die sich auf „Transport“ in ein anderes Bundesland befinden, in Bayern und Sachsen ist eine Substitution nur möglich, wenn gleichzeitig eine schwere oder lebensbedrohliche Erkrankung wie z.B. HIV/Aids vorliegt.¹¹ Auch wird die Substitution in Haft nicht im gleichen Umfang wie in Freiheit angeboten: In Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen etwa wird bei einer in Haft gestellten Indikation nicht mit der Behandlung begonnen. Hinzu kommt, dass die personellen Kapazitäten im Justizvollzug beschränkt sind – auch wenn eine Substitution grundsätzlich möglich ist, bedeutet das nicht, dass sie auch tatsächlich erfolgt. In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass nicht genügend Substitutionsplätze zur Verfügung stehen. In der JVA Berlin-Tegel z.B. gibt es nur für etwa 1% der rund 1.700 Inhaftierten Substitutionsplätze, obwohl mindestens 30% der Inhaftierten Drogen intravenös konsumieren. In einigen JVAs

erfolgt die Substitution zudem in den Krankenabteilungen. Da die Gefangenen dort nicht arbeiten und Freizeitangebote nur begrenzt nutzen können, lehnen viele von ihnen die Behandlung ab.

NICHTS SEHEN, NICHTS HÖREN, NICHTS SAGEN?

Politik und Öffentlichkeit scheinen die aufgezeigten Missstände nicht wahrzunehmen. Kein Wunder – kaum einer mag angesichts des hohen öffentlichen Drucks, Gefängnisse „drogenfrei“ zu machen, offen darüber sprechen, dass Gefangene trotz Kontrollen illegale Drogen konsumieren. Völlige „Drogenfreiheit“ aber wäre nur mit extremen Sicherheitsvorkehrungen zu erreichen, die einen menschlichen Strafvollzug unmöglich machen würden und deswegen – zu Recht – nicht ergriffen werden. Auch das häufig angeführte Kostenargument führt sich selbst ad absurdum: Die Kosten für eine Hepatitis-B-Behandlung z.B. liegen um ein Vielfaches höher als die Kosten für eine Impfung.

ES GIBT VIEL ZU TUN!

Die meisten Häftlinge kehren – in der Regel nach Verbüßung relativ kurzer Haftstrafen – in die Freiheit zurück und nehmen dann im Gefängnis zugezogene oder durch die Haftbedingungen verschlimmerte Krankheiten zwangsläufig mit. Die Gesundheit der Gefangenen betrifft also die Gesundheit aller und muss daher auch Thema der öffentlichen Gesundheit sein. Die beschriebene Situation zeigt, dass in Bezug auf die Infektionsprophylaxe, Diagnostik und Behandlung dringender Handlungsbedarf besteht – die nachfolgend aufgeführten Stichwörter mögen genügen:

- systematische Hepatitis-Impfprogramme für Gefangene und Vollzugsbedienstete
- Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen für Inhaftierte und Personal zu infektionsrelevanten Fragen

- verstärktes Anbieten von HIV- und Hepatitis-Tests einschließlich ausführlicher Beratung
- Verbesserung der epidemiologischen Überwachung
- niedrigschwellige und kostenlose Abgabe von Präventionsutensilien (sterile Spritzbestecke und Zubehör, Kondome, Gleitmittel, ggf. Bleichmittel)
- Ausbau der Substitutionsbehandlung im Vollzug, Einhaltung der extramural verbindlichen Richtlinien
- verstärkte Kooperation mit externen Gesundheitsdiensten.

Die Aidshilfen vor Ort, die Deutsche AIDS-Hilfe als ihr Dachverband und viele engagierte Einzelpersonen und Institutionen innerhalb und außerhalb der Gefängnismauern stellen sich diesen Herausforderungen. Nehmen wir gemeinsam Politik, Gesellschaft, Justizsystem und Verwaltung in die Pflicht, ihrer Verantwortung für die öffentliche Gesundheit gerecht zu werden.

Holger Sweers • Aufklärung und Information/Lektorat
Deutsche AIDS-Hilfe e.V. • Wilhelmstr. 138 • 10963 Berlin
E-Mail: holger.sweers@dah.aidshilfe.de

Literatur

- ¹ vgl. u.a. Weilandt, Caren: Infektionsprophylaxe und Drogenhilfe in europäischen Gefängnissen: Ausgewählte Ergebnisse der Berichtserstattung. In: akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe e.V./Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hg.): Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft (Bonn, Oktober 2004). Dokumentation. Berlin 2005, S. 51-69
- ² Stöver, H.: Europäische Perspektiven der Gesundheitsförderung im Gefängnis. In: akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe e.V./Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hg.): Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft (Wien, April 2006). Dokumentation. Berlin 2006, S. 19-43
- ³ Stöver, H.: Drogen, HIV und Hepatitis im Strafvollzug: Eine Bestandsaufnahme. In: Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg.): LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. Teil 1 (AIDS-FORUM DAH, Band 42/1). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001, S. 13-65
- ⁴ Knorr, B.: Gesundheit und Prävention in Haft. In: Klee, J./Stöver, H. (Hg.): Drogen – HIV/Aids – Hepatitis. Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2004, S. 144-164
- ⁵ Robert Koch-Institut (RKI): Epidemiologische Bulletin 47/2005 vom 25.11.2005, S. 441
- ⁶ vgl. z.B. Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg.): LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. Teil 1 (AIDS-FORUM DAH, Band 42/1). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001, passim
- ⁷ Stöver, H.: Hepatitis-Prophylaxe für Drogengebraucher (innen). In: Suchttherapie, 3. Jahrgang, Juli 2002, S. 31-37
- ⁸ Bericht zur Arbeitsgruppe „Sexualität in Haft“ auf der Zweiten Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft; Moderation: Peter Wiessner und Mihaela Stukej. In: akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe e.V./Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hg.): Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft (Wien, April 2006). Dokumentation. Berlin 2006, S. 103-110
- ⁹ AIDS-Hilfe NRW e.V.: Kondome und Gleitmittel in den Haftanstalten Nordrhein-Westfalens. In: Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg.): LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. Teil 2 (AIDS-FORUM DAH, Band 42/2). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001, S. 87-90
- ¹⁰ Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht Mai 2007. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2007, S. 46
- ¹¹ Knorr, B.: Substitutionspraxis im Justizvollzug der Bundesländer. In: Stöver, H. (Hg.): Substitution in Haft (AIDS-FORUM DAH, Band 52). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2007 (im Erscheinen)