

**"Spritzenvergabe im Strafvollzug: ausgewählte Rechtsfragen und
praxisorientierte Analyse eines umstrittenen Modells der
Infektionsprophylaxe im Strafvollzug"**

Dissertation am Fachbereich Rechtswissenschaften der
Justus-Liebig-Universität Gießen

Ass. iur. Tanja Plaisier, geb. Suleck

Bremen/Gießen, Juni 2003

A. Einleitung	1
B. Hauptteil.....	3
1. Teil: Rahmenbedingungen von Spritzenausgabe im Strafvollzug, gesundheitspolitische Handlungsansätze und infektions-epidemiologischer Forschungsstand	4
I. Drogenpolitik und Spritzenvergabe: Widerstreit „law in the books“ und „law in action“ und die Notwendigkeit von Modellprojekten.....	4
II. Spritzenvergabe im Konzept von „harm reduction“ in der Drogenprohibitionspolitik.....	8
1. Begriff der „harm reduction“	9
2. Einzelne Handlungsansätze	9
a. Methadonsubstitution	10
b. Heroinausgabe.....	12
c. Drogenkonsumräume.....	15
d. Vergabe steriler Einmalspritzen	17
III. Risikoverhalten im Strafvollzug: Drogenepidemiologie und Ausbreitung von Virusinfektionen innerhalb des Strafvollzugs	19
1. Drogenepidemiologie und Risikoverhalten	20
2. Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen.....	24
3. Prävalenz und Inzidenz von Hepatitis-Infektionen.....	27
4. Nachweis haftinterner Infektionen.....	30
2. Teil: Empirisch- vergleichende Aspekte der Infektionsprophylaxe durch Spritzenvergabe im Strafvollzug.....	35
I. Argumentations- und Diskussionsstand zur Spritzenvergabe in Haft	36
II. Spritzenvergabe in Deutschland und der Schweiz: Kurzdarstellung der Anstalten, Entwicklung und Hintergründe der Modellprojekte	43
1. Schweiz: Haftanstalten Oberschöngrün, Realta und Hindelbank	43
2. Niedersachsen: Anstalten Vechta und Lingen I, Abt. Groß Hesepe	46
3. Hamburg: Haftanstalt Hamburg-Vierlande	48
4. Berlin: Haftanstalten Lichtenberg und Lehrter Straße.....	49

III. Strukturanalyse - unter besonderer Berücksichtigung ausgewählter Kriterien	51
1. Kurzdarstellung der Forschungsergebnisse.....	52
a. Veränderung des Gesundheitszustands.....	53
b. Veränderungen des Drogenkonsums (Umfang des i.v. Konsums, Umstieg/Wiedereinstieg in die i.v. Konsumform).....	53
c. Veränderung des „needle sharing“.....	56
d. Veränderung des Marktwerts der Spritze.....	57
e. Umfang des Missbrauchs der Spritze.....	59
f. Veränderung des Kontrollniveaus	59
g. Auswirkungen auf andere therapeutische Ansätze	60
h. Veränderungen der Projektakzeptanz bei Bediensteten, Drogenkonsumenten, übrigen Mitinhaftierten	61
2. Vergleichende Analyse	62
a. Erhebungsmethoden und Datenumfang	63
aa. Quantitative Erhebungsmethoden und ihre Bedeutung für das Forschungsergebnis	66
bb. Qualitative Erhebungsmethoden und ihre Bedeutung für das Forschungsergebnis	71
cc. Verlaufsanalysen der Datenerhebung.....	73
b. Charakteristika und Auswahl der Anstalten.....	75
aa. Einfluss von Art und Größe der Haftanstalten.....	75
bb. Einfluss von Vollzugsform und Haftdauer	78
cc. Auswahl der Haftanstalten und Akzeptanz bei den Bediensteten.....	80
c. Demographische Zusammensetzung der Haftpopulation.....	82
d. Einfluss der Vergabeform steriler Spritzen.....	84
e. Einfluss des übrigen Reglements der Spritzenvergabe.....	89
3. Ergebnis	91
 3. Teil: Ausgewählte Rechtsfragen der Spritzenvergabe im Strafvollzug	96
I. Aspekte supranationalen Rechts und supranationale Empfehlungen	97

II. Verfassungsrechtliche Aspekte 98

1. Art. 2 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 GG: Spritzenvergabe, Sozialstaatsprinzip und Freiheitsgrundrechte 99
 - a. Handlungsfreiheit und Resozialisierungsgedanke, Art. 2 Abs. 1 GG 100
 - b. Recht auf körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG 103
2. Art. 3 Abs. 1 GG: Anforderungen des Gleichheitsgrundsatzes..... 105
3. Rechtsstaatsprinzip und Verhältnismäßigkeitsgrundsatz 106

III. Einfachgesetzliche Aspekte 109

1. Spritzenvergabe im Lichte des Betäubungsmittelgesetzes..... 109
 - a. Spritzenvergabe und § 29 BtMG:
Entwicklung und Stand des Gesetzeswortlauts..... 109
 - b. Auswirkungen der Neufassung des § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 und 11 für den Verweis in § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG und die Strafosstellung der Spritzenausgabe..... 111
 - c. Reichweite des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG für den Strafvollzug..... 112
 - aa. Anforderungen an die „Abgabe“ der Spritzen,
§ 29 Abs. 1 S. 2 BtMG..... 114
 - bb. Beschränkung der Ausgabe an „Betäubungsmittelabhängige“ als notwendiger Standard der Strafflosigkeit der Spritzenvergabe?..... 115
 - cc. Unvereinbarkeit einer Spritzenvergabe an Methadon-(Polamidon)-Substituierte mit § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG..... 117
 - d. Tatbestandsmäßigkeit gem. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 12 BtMG 119
 - e. Tatbestandsmäßigkeit gem. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 3 BtMG
i.V.m. § 27 StGB..... 120
 - f. Tatbestandsmäßigkeit gem. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 BtMG
i.V.m. § 111 Abs. 1 StGB 121
2. Spritzenvergabe im Lichte des Strafgesetzbuchs 121
 - a. Spritzenvergabe als tatbestandsrelevanter Beitrag zur fahrlässigen Körperverletzung im Amt, § 340 Abs. 1, 3 StGB 122
 - aa. Eintritt und Verursachung des tatbestandsmäßigen Erfolgs..... 122
 - bb. Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt 123
 - cc. objektive Zurechenbarkeit des Verletzungserfolgs 123
 - aaa. Bedeutung der Eigenverantwortlichkeit von Selbstschädigungen 124

bbb. Maßstab der Eigenverantwortlichkeit von Selbstschädigungen ..	125
dd. Rechtswidrigkeit und Schuld.....	126
b. Fahrlässige Körperverletzung im Amt durch Unterlassen notwendiger Überwachung und Kontrollen, § 340 Abs. 3, § 13 StGB.....	127
aa. Erfolgseintritt und Unterlassen der objektiv gebotenen Handlung	127
bb. Garantenstellung	128
cc. Objektive Sorgfaltspflichtverletzung	129
dd. Bedeutung der Eigenverantwortlichkeit	130
ee. Objektive Vorhersehbarkeit des Erfolgseintritts und Erkennbarkeit der Garantenstellung.....	131
ff. Pflichtwidrigkeitszusammenhang	132
gg. Rechtswidrigkeit des fahrlässigen Unterlassens.....	133
hh. Schuld	133
c. Strafbarkeit gem. § 257 Abs. 1 StGB	135
3. Aspekte des Strafvollzugsgesetzes.....	135
a. Strafvollzugsziel § 2 S. 1 StVollzG: Resozialisierungsgedanke und Behandlungsauftrag des Strafvollzugs.....	136
b. Vollzugsgrundsätze § 3 StVollzG: Angleichungsgrundsatz, Gegensteuerungsgrundsatz, Integrationsgrundsatz	137
aa. Angleichungsgrundsatz	138
bb. Gegensteuerungsgrundsatz	139
cc. Integrationsgrundsatz	140
c. Schutz der Allgemeinheit, § 2 Abs. 2 StVollzG	140
d. Gesundheitsfürsorgepflicht, § 56 ff. StVollzG.....	142
e. Spritzenvergabe und Vollzugslockerungen, § 11 StVollzG.....	143
f. Gewahrsam von Gegenständen, § 83 StVollzG.....	145
4. Aspekte des Jugendgerichtsgesetzes, § 91 JGG	146
a. Vereinbarkeit der Spritzenvergabe mit dem Erziehungsauftrag des Strafvollzugs	146
b. Bedeutung und Einfluss des elterlichen Sorgerechts im Hinblick auf eine Spritzenausgabe an Jugendliche	149
aa. Entscheidungsbefugnis der Sorgeberechtigten	150
bb. Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit.....	151
c. Pflicht zur Information der Sorgeberechtigten über die Spritzenausgabe.	153

5. Strafverfahrensrechtliche Aspekte.....	153
a. Spritzenvergabe und Anfangsverdacht für Verstöße gegen das BtMG	153
b. Entscheidungsfreiheit der Staatsanwaltschaft: Ausnahme vom Legalitätsprinzip	155
6. Aspekte des Beamtenrechts	156
a. Verletzung der beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht	156
b. Pflicht zur Information der Bediensteten über die jeweiligen Spritzenempfänger	160
7. Beteiligungsrechte des Personalrates im Zusammenhang mit der Einführung einer Spritzenvergabe in Haft.....	161
a. Begrifflichkeiten	161
b. Gesetzliche Grundlagen.....	162
c. Maßnahme des „Ob“ und „Wie“ der Spritzenvergabe: Beteiligungsrechte nach Maßgabe der Ländergesetze (am Beispiel von Hessen, Hamburg, Niedersachsen, Berlin, Bayern)	164
d. Umsetzung des Sondertatbestands des § 104 S. 3 BPersVG	166
e. Eilbedürftigkeit der Maßnahme	167
f. Versuchsweise Einführung einer Maßnahme	168
g. Individuelle Vereinbarungen	168
h. Maßnahmen bzgl. Fortbildungsveranstaltungen zum Thema HIV- und Hepatitis-Infektionen	169
8. Berichts- und Dokumentationspflichten bei Spritzenvergabe im Strafvollzug	170
9. Ärztliche Schweigepflicht im Vollzug	172
a. Normimmanente Durchbrechung der Schweigepflicht	173
aa. „behandelnde Tätigkeit“ i.S.d. § 203 StGB.....	173
bb. „Geheimnis“ i.S.d. § 203 StGB	173
cc. „Offenbaren“ i.S.d. § 203 StGB	174
dd. „Unbefugt“ i.S.d. § 203 StGB.....	176
b. Rechtfertigung der Verletzung ärztlicher Schweigepflicht	176
10. Ärztliche Therapiefreiheit und Weisungsgebundenheit.....	178

11. Haftungsrechtliche Folgen der Spritzenausgabe im Strafvollzug	179
a. Amtshaftung, § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG	179
aa. Amtspflichtverletzung gem. § 839 BGB	180
bb. Nachweis der Kausalität von Pflichtverletzung und Schaden	181
b. Allgemeiner Aufopferungsanspruch	182
 C. Resümee	 184
 D. Literaturverzeichnis.....	 187

A. Einleitung

Seit Beginn der 90er Jahre mit aufkommender Diskussion um staatliche Maßnahmen insbesondere der Aids-Prävention spielt der Bereich der Gesundheitsprophylaxe im Strafvollzug eine zentrale Rolle, da hier eine Kumulation sogenannter Risikogruppen und vorwiegend durch die Haftsituation bedingte riskante Verhaltensweisen anzutreffen sind.¹ So wurde bereits früh in einer europäischen Studie zur medizinischen Versorgung in den Haftanstalten festgestellt, dass eines der zentralen Probleme des Strafvollzugs der Drogenmissbrauch und damit einhergehende Infektionskrankheiten sind.² Neben dem Tätowieren und wechselnden sexuellen Kontakten mit Partnern ist gerade der intravenöse (i.v.) Drogenkonsum eine der wesentlichen Ursachen für die Übertragung von Infektionskrankheiten. Dabei geht es nicht nur um die Übertragung von HIV sondern vor allem um Formen der Hepatitis, insbesondere die chronisch verlaufenden Formen Hepatitis B und C.³ Die Ausgestaltung des Strafvollzugs führt dazu, dass sich i.v. Drogenkonsumierende im Strafvollzug selbst einem erhöhten Ansteckungsrisiko aussetzen. Die Möglichkeiten, die ihnen die Gesellschaft zur Einhaltung gebotener Vorichtsmaßnahmen zur Verfügung stellt, existieren innerhalb der Haftanstalten nur sehr begrenzt.

Vor allem die gemeinsame Benutzung von Spritzbesteck wird als einer der Hauptübertragungswege von Infektionskrankheiten angesehen. Weil Spritzen in der Haft selten sind, wird der Strafvollzug für i.v. Konsumierende als einer der riskantesten Aufenthaltsorte bezüglich einer HIV- und Hepatitis-Infektion bezeichnet.⁴ Steigende Infektionsraten Inhaftierter bedeuten nicht nur in vielen Fällen einen tödlich endenden Krankheitsverlauf der Drogenkonsumenten. Grundsätzlich werden die steigenden Infektionsraten und erhöhten Krankheitsfälle auch ein Anwachsen der Folgekosten durch steigende Leistungsanforderungen an unterstützende soziale und medizinische Dienste innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs zur Folge haben.⁵

¹ KREUZER 1990 c, S. 181; LESTING 1990, 225.

² BMG / BMJ 1995; TOMASEVSKI 1992, 118.

³ STIEHLER 1999, 578.

⁴ BORNEMANN 1993, 467 (486); DARGEL 1989, 207; SCHMUCK 1989, 165 (167); KREUZER 1988, 813; BRUNS 1987, 504.

⁵ KLEIBER / PANT 1996, S. 21; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 19; KOCH / EHRENBURG 1992, S. 13 (87).

Aus dem Erkennen dieser Zusammenhänge folgt grundsätzlich der Bedarf, neue Akzente in der gesundheitspolitischen Beurteilung möglicher Infektionserkrankungen im Zusammenhang mit i.v. Drogenkonsum im Strafvollzug zu setzen und diese zur Grundlage einer wirkungsvollen Infektionsprophylaxe inhaftierter Drogenkonsumenten und einer allgemeinen Gesundheitsförderung der Haftinsassen zu machen. Überwiegend sind bisherige Bemühungen darauf gerichtet, den Drogenkonsum per se zu bekämpfen, um so „das Übel bei der Wurzel zu packen“ und Übertragungswege der Krankheitserreger gar nicht erst entstehen zu lassen. Doch müssen vor dem Strafvollzug auch grundsätzlich solche Ansätze nicht halt machen, die verstärkt auf konsumbegleitende, akzeptanzorientierte Maßnahmen setzen, eine Verbesserung des Allgemeinzustandes des inhaftierten Drogenkonsumenten erreichen, jedenfalls aber einen gesundheitlichen „status quo“ der Betroffenen erhalten wollen. Daran orientiert sich auch die Forderung nach einer Ausgabe steriler Einwegspritzen an Drogenabhängige im Strafvollzug.

Spritzenvergabe innerhalb einer Justizvollzugsanstalt - dies erscheint auf den ersten Blick paradox. Ein erheblicher Teil der Inhaftierten ist gerade wegen schwerer Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz inhaftiert und Drogenfreiheit ist in den Haftanstalten grundsätzlich noch immer oberstes Gebot. Wie lässt sich die Forderung nach Einwegspritzen zwecks Infektionsprophylaxe für die i.v. Drogenkonsumierenden in den Haftanstalten mit dem geltenden Recht und der Praxis im Vollzugsalltag vereinbaren?

B. Hauptteil

Die vorliegende Arbeit soll sich kritisch mit der (Un-) Möglichkeit der Spritzenvergabe an drogenabhängige Strafgefangene als Maßnahme zur Infektionsprophylaxe auseinandersetzen. Mitte der 90er Jahre wurde damit begonnen, die Spritzenvergabe in ausgewählten Haftanstalten in Deutschland und der Schweiz zu praktizieren, nachdem seit nahezu einem Jahrzehnt bereits die Frage der Aids-Prävention im Justizvollzug wissenschaftlich thematisiert wird.⁶ Diese Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, ein Resümee zu ziehen - 10 Jahre nach den Anfängen der Diskussion um eine Spritzenvergabe im Strafvollzug und ersten Erfahrungen mit bereits praktizierten Modellprojekten. Dies beinhaltet, tatsächliche Probleme der Spritzenvergabe in Haft aufzuzeigen und zu würdigen und rechtliche Gesichtspunkte (neu) zu beleuchten. Schweizer und deutsche Erfahrungen mit erprobten Spritzenvergabemodellen in Haft sollen dazu kritisch aufbereitet werden.

Die Arbeit gliedert sich in drei Teile:

Der 1. Teil gibt einen Überblick über drogen- und kriminalpolitische Rahmenbedingungen von Spritzenvergabemodellen (in der Haft), zeigt ihre Einbettung in die verschiedenen drogen- bzw. gesundheitspolitischen Handlungsansätze und gibt einen Einblick in den infektionsepidemiologischen Forschungsstand.

Der 2. Teil beschäftigt sich mit den tatsächlichen, praktischen Problemen der Umsetzung von Spritzenvergabe in Haft anhand der wenigen bislang existierenden Spritzenvergabeprojekte. Forschungsergebnisse von sechs Modellprojekten bundesdeutscher und schweizer Haftanstalten werden dazu analysiert.

Der 3. Teil beleuchtet abschließend mögliche Rechtsprobleme im Zusammenhang mit einer Spritzenvergabe in Haft. Es wird ein Streifzug durch zahlreiche Rechtsgebiete unternommen und dabei werden die wichtigsten Rechtsprobleme aufgegriffen.

⁶ Dazu im Folgenden unter II. 2. d.; 2. Teil I.

1. Teil: Rahmenbedingungen von Spritzenvergabe im Strafvollzug, gesundheitspolitische Handlungsansätze und infektionsepidemiologischer Forschungsstand

In der zivilen Gesellschaft ist die Vergabe steriler Einwegspritzen an intravenös Drogenkonsumierende erst seit rund zehn Jahren zu einem der wichtigsten Elemente der Infektionsprophylaxe geworden.⁷ Die einstigen Proteste griffen die Versorgung i.v. Drogenkonsumierender mit sauberen Spritzen als strafbare Unterstützung der Drogensucht des Betroffenen an. Man stellte nicht auf den eigentlichen Zweck der Spritzenvergabe ab, nämlich zukünftig den Anstieg der unheilbaren Infektionserkrankungen Aids und Hepatitis C zu verhindern, sondern beschränkte sich allein auf die Bewertung der Vergabehandlung im Kontext mit den strafrechtlichen Normen. Erst Anfang der 90er Jahre im Wege der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes⁸ setzte sich auch in der Rechtsprechung die Auffassung durch, dass die Abgabe steriler Spritzen an i.v. Drogenkonsumierende durchaus einen wichtigen Beitrag zu einer sinnvollen und effektiven Gesundheitspolitik liefern kann.⁹ Auch die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages hatte 1988 die Möglichkeit der Spritzenausgabe in der zivilen Gesellschaft unterstützt.¹⁰ Welcher drogenpolitischen Haltung sieht sich aber nun die Vergabe steriler Spritzen im Strafvollzug gegenüber?

I. Drogenpolitik und Spritzenvergabe: Widerstreit „law in the books“ und „law in action“ und die Notwendigkeit von Modellprojekten

Unter dem Begriff der Drogenpolitik versteht man international überwiegend ein prohibitives Kontrollregime, dem Lenkungsfunctionen aus einer Selbstverpflichtung der einzelnen Staaten zuwachsen. Die nationale Drogenpolitik bedient lebenspraktische und weltanschauliche Bedürfnisse auch in Zuständigkeitsbereichen von Polizei, Fiskus, Medizin, sozialen Institutionen, Schule und Werbung.¹¹ Drogenpolitik in Deutschland beinhaltet mittlerweile zwar ein compositum mixtum

⁷ KREUZER 1998 b, § 4 Rn. 110 ff.; STÖVER 1994 a, S. 14.

⁸ Dazu unter 3. Teil III. 1. a. und b.

⁹ LESTING 1990, 225 (226 m.w.N.); KREUZER 1987, 268; DERS. 1988, 810.

¹⁰ ENQUETEKOMMISSION 1988, S. 192.

¹¹ WEINACHT 1999, 456.

verschiedener drogenpolitischer Linien. Doch nach wie vor können sich auch nationale Konsenslinien nicht dem Einfluss und der Maßgeblichkeit einer prohibitiven Grundstrategie entziehen, welche durch das internationale Drogenregime gestützt wird.¹² Noch immer überwiegt in der Bevölkerung die Akzeptanz einer grundsätzlich prohibitiven Drogenpolitik und damit der Vorrang von Generalprävention und Strafverfolgung. Doch finden sich im Bereich von Politik und Justiz mittlerweile auch andere - permissive - Vorgehensweisen im Umgang mit dem Drogenkonsumenten, wie gerade die Einführung der §§ 31, 31a BtMG zeigten.¹³ Dazu zählt auch die mittlerweile begonnene Heroinabgabe an schwerst Drogenabhängige.¹⁴ So sind insbesondere in den Bereichen von Drogenprävention und -therapie durchaus nationale Gestaltungsspielräume vorhanden, so dass drogenpolitische Handlungsalternativen gleichwohl verwirklicht werden können. Auch die Spritzenvergabe in der zivilen Gesellschaft stellt eine solche Variante innerhalb einer insgesamt prohibitiven Drogenpolitik dar.

Das Betäubungsmittelgesetz und seine Novellierungen spiegeln gut sichtbar die veränderten kriminalpolitischen Vorstellungen im Drogenrecht wider. Diese wirken sich auch auf den Strafvollzug aus. Bezweckte der Vorgänger, das Opiumgesetz, vorrangig noch die Regulierung des Umgangs mit Betäubungsmitteln, wollte der Gesetzgeber mit der Schaffung des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 1972 vor allem den Einsatz der Strafe als Mittel der Drogenprohibition ausbauen. Ziel war es seitdem gewesen, die Gesellschaft und den Einzelnen außer vor potentiellen Belastungen auch vor schweren, oft irreparablen Gesundheitsschäden und damit vor einer Zerstörung der Persönlichkeit infolge illegalen Drogenkonsums zu bewahren.¹⁵ Mit gesonderten Vorschriften für betäubungsmittelabhängige Straftäter hat der Gesetzgeber mittlerweile den Kritiken an der Prohibitionsstrategie des Betäubungsmittelgesetzes Rechnung getragen. Beispielsweise sind mit den §§ 35 ff. BtMG Möglichkeiten geschaffen worden, drogenabhängige Beschuldigte trotz oder im Laufe des Strafverfahrens in eine Therapie überzuleiten; der § 31 BtMG sieht die Möglichkeit des Absehens von Strafverfolgung oder Bestrafung vor,

¹² KREUZER 1995 a, S. 181 f.

¹³ Dazu auch schon KREUZER 1995 a, S. 194 f.

¹⁴ Dazu im Folgenden unter II. 2. b.

¹⁵ BGBl. 1972, 2092; BR-Drs. 665/70, 2.

wenn der Täter eine geringe Menge Betäubungsmittel bei sich führt und er sich das Betäubungsmittel lediglich zum Eigengebrauch verschafft hat.

Dass der kriminalpolitische Aspekt - der Vorrang der Strafverfolgungsinteressen des Staates - hinter anderen, beispielsweise sozialpolitischen oder gesundheitspolitischen, Bemühungen zurücktreten kann und muss, wird zum einen am Beispiel des gesetzlich fixierten Zeugnisverweigerungsrechts für Drogen- und Suchtberater deutlich.¹⁶ Veranlasst durch vehementen Einsatz von Wissenschaftlern und Praktikern räumte der Gesetzgeber durch die Neufassung des § 53 Abs. 1 Nr.3b StPO endlich den in der Drogenberatung Tätigen ein Zeugnisverweigerungsrecht ein. Zum anderen zeigte dies auch die 1992 durchgeführte Änderung des Betäubungsmittelstrafrechts im Hinblick auf die viel umstrittene Abgabe steriler Spritzen an Drogenabhängige in der zivilen Gesellschaft. Als Reaktion auf die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer solchen Spritzenausgabe nahm der Gesetzgeber aus dem Straftatenkatalog des § 29 BtMG die Spritzenausgabe an Drogenabhängige in der zivilen Gesellschaft aus. Jüngster Ausdruck des Einflusses der drogentherapeutischen Zielrichtungen und Ströme innerhalb der Drogenpolitik ist die im April 2000 in Kraft getretene erneute Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes, mit der nunmehr eine rechtliche Grundlage der bislang umstrittenen Drogenkonsumräume in deutschen Großstädten geschaffen worden ist.¹⁷ In wie weit die Änderungen des Betäubungsmittelgesetzes, insbesondere § 29 BtMG, auch die rechtliche Bewertung der Spritzenausgabe im Strafvollzug beeinflussen, wird im 3. Teil der Arbeit näher untersucht.

Dass sogar entgegen einer allein am Wortlaut orientierten Gesetzesinterpretation und entgegen einer grundsätzlich prohibitiven Drogenpolitik Neuerungen (im Bereich des Strafvollzugs und insbesondere im Hinblick auf Drogenkonsumierende in Haft) möglich sind, haben bereits einige Projekte in der Vergangenheit gezeigt, die allerdings auf anderen Feldern der Kriminalpolitik liegen. Einzelne Bundesländer und Strafanstalten hatten in der Vergangenheit mehrmals im Rahmen bundesgesetzlicher Vorgaben zum Strafrecht und Strafvollzug neue Modelle erprobt. Erst dadurch konnten sich dann die oben genannten gesetzgeberischen Reformen anbahnen. Zum Teil nahm dabei das jeweilige Land sein eigenes Gestaltungser-

¹⁶ So schon KREUZER 1990 c, S. 191.

messen innerhalb der Justizpolitik wahr. Beispielhaft genannt werden sollen hier die Diversionsmodelle im Jugendstrafrecht bereits in den 70er Jahren, viele Reformen in den einzelnen Strafanstalten in Abweichung von der damaligen DVollzO in den 60er und 70er Jahren noch vor Erlass des Strafvollzugsgesetzes, wie z.B. Mutter-Kind-Stationen und Öffnungen des Vollzuges nach außen. Im Bereich der drogenpolitischen Gestaltungen sind die Methadon-Substitution, die Therapieüberleitungsmöglichkeiten aus der Haft, die externe Drogenberatung, die Spritzenvergabe außerhalb der Haft, so wie die bereits genannte Einrichtung von Gesundheitsräumen für Drogenkonsumenten in der Drogenszene vieler Großstädte noch vor Änderung des BtMG aufzuführen.¹⁸ Kritiker solcher Modellprojekte befürchten eine Durchbrechung der Gesetzesbindung von Politik und Verwaltung; das geltende Recht werde verletzt, so insbesondere das Gebot der Gleichbehandlung und die Bestandskraft des Gesetzesrechts. Dem ist aber bereits die praktische Notwendigkeit solcher Neuerungen entgegen zu halten. Dieses Argument hat sogar rechtsbedeutsames Gewicht. So hat auch das Bundesverfassungsgericht die praktische Notwendigkeit einer Maßnahme als Bestätigung der Rechtmäßigkeit einer Gesetzesinterpretation angesehen, wie die höchstrichterliche Anerkennung eines Ermessensspielraumes für Drogenberatungsstellen im Falle einer Pflicht zur Herausgabe von Kundendaten.¹⁹

Gleichwohl bedeuten solche bereichsspezifischen Erprobungsmodelle im Bereich drogenpolitischer Gestaltung immer eine Gratwanderung zwischen konservativem, auf dem Gesetzeswortlaut basierendem Beharren, Bindungen an internationale drogenpolitische Verpflichtungen und Reformoffenheit. Solche Modellprojekte sind stets mit dem Risiko des Scheiterns verbunden, weil sie von bereitgestellten finanziellen Mitteln und der Unterstützung der Beteiligten bzw. Betroffenen in hohem Maße abhängen. Weil aber gesetztes Recht ("law in the books") und gelebtes Recht ("law in action") stets in einem Spannungsverhältnis stehen werden, bleibt das kriminalpolitische Lernen am Modell im Sinne des "trial and error" und einer Rechtsfortbildung nicht nur durch theoretische Überlegungen sondern auch durch Praxiserfahrungen unerlässlich. Insbesondere zur Erfahrungssammlung im Drogenrecht wird dieses Instrument immer häufiger eingesetzt. Ak-

¹⁷ Dazu im Folgenden unter II. 2. c.

¹⁸ KREUZER 1999, S. 381; DERS. 1990 a, 214 ff.

¹⁹ BVerfGE 44, S. 353 ff.; KREUZER 1978, 84 f.

tuelles Beispiel ist dazu auch die Heroinvergabe in der Schweiz.²⁰ Zwar können solche Modelluntersuchungen und ihre Ergebnisse nicht die politische Entscheidung über derartige Modelle ersetzen. Sie setzen jedoch wesentliche Impulse, so dass die Entscheidungen auf politischer Ebene fundierter und rationaler getroffen werden können.

Letztlich zeigt sich mittlerweile langsam eine Veränderung in der nationalen Drogenpolitik ab. Mit dem Wechsel von der schwarz-gelben zur rot-grünen Regierungsspitze in Deutschland wird Politik nicht nur „gegen“ sondern verstärkt „für“ Drogenkranke gemacht, nicht mehr Repression, sondern der Schutz von Gesundheit und Überleben sollen in Zukunft mehr Gewicht haben.²¹ So ressortierte auch die Drogenbeauftragte Frau Nickels beim Bundesministerium für Gesundheit, ebenso wie ihre Nachfolgerin seit Januar 2001, Frau Caspers-Merk, während ihr Vorgänger, Herr Lintner, beim Bundesministerium des Inneren angesiedelt war.

II. Spritzenvergabe im Konzept von "harm reduction" in der Drogenprohibitions politik

Als Reaktion auf die Aidsausbreitung unter den i.v. Drogenkonsumierenden wird vermehrt auf sogenannte schadensminimierende Ansätze der Drogenpolitik zurückgegriffen. Diese Ansätze gehen von der Prämisse aus, dass Abstinenz nicht für jeden Drogenkonsumenten und nicht zu jedem Zeitpunkt ein realistisches und erstrebenswertes Ziel darstellt.²² Auch für diejenigen, die vom therapeutischen Ziel der Abstinenz nicht erreicht werden, müssen gesundheitserhaltende und -fördernde Maßnahmen angeboten werden. Ziel ist es, jedenfalls gesundheitliche und auch soziale Schäden so weit wie möglich zu reduzieren.²³

²⁰ WEINACHT 1999, 456.

²¹ BMG 1998.

²² STÖVER / JAKOB 1997, S. 211 (223 f.).

²³ HEUDTLASS / STÖVER 1997, S. 200.

1. Begriff der "harm reduction"

Das Konzept der Schadensminimierung und seine Ansätze werden unter dem Begriff der "harm reduction" zusammen gefasst. Etabliert haben sich solche Konzepte in den letzten Jahren bereits im Drogenhilfesystem außerhalb des Strafvollzugs. In den Strafvollzug finden sie nur sehr langsam Einlass. Die Notwendigkeit schadensminimierender Angebote im Strafvollzug neben anerkannten Maßnahmen der Abstinenzorientierung und solchen der medizinischen und psychosoziale Hilfen zur gesundheitlichen Stabilisierung wird bestritten und man fürchtet und scheut ein mögliches Risiko für den Haftalltag.

Gegen schadensminimierende Hilfsangebote im Strafvollzug werden heute ähnliche Argumente vorgebracht, wie sie Mitte der 80er Jahre gegen die Spritzen- oder Methadonabgabe außerhalb der Haftanstalten vorgebracht worden sind. Schadensbegrenzung als eigenständiger Wert der gesetzlich verankerten Behandlung der Straftäter im Vollzug ist für viele Vollzugsbedienstete ein Ausdruck von Resignation vor der Verfügbarkeit und dem Konsum harter Drogen in Haft. Nicht zuletzt steht der Strafvollzug auch unter dem Erwartungsdruck der Öffentlichkeit; diese erwartet eine drogenfreie Haftanstalt. Deshalb sprechen auch nur wenige Anstalten offen über vorhandene anstaltsinterne Drogenprobleme und sind bereit dazu, konsumbegleitende Hilfen anzubieten.²⁴ Vielfach wird "harm reduction" im Strafvollzug sogar als sicherer Vorbote des Scheiterns des Sicherheitsauftrages angesehen.²⁵

2. Einzelne Handlungsansätze

Die Handlungsansätze der "harm reduction" im Drogenhilfesystem sind vielfältig. Im Folgenden werden vier Ansätze vorgestellt, die auch für den Strafvollzug zunehmend an Bedeutung gewinnen.

²⁴ HEUDTLASS / STÖVER 1997, S. 197.

²⁵ Der Vollzugsdienst 1/1999, 27 (NRW); Der Vollzugsdienst 4/1995, 42 (Schlesw.-Holst.); Der Vollzugsdienst 1/1998, 16 (Hessen).

a. Methadonsubstitution

Die Methadonsubstitution ist einer der ersten "harm reduction" Ansätze gewesen, die im deutschen Strafvollzug verwirklicht worden sind. Sie wird durch das Betäubungsmittelgesetz, die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, die neuen Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (NUB-Richtlinien v. 18. Juni 1999) und durch das schulmedizinische Wissen geregelt. Mit restriktiven, hochschwelligen Aufnahmekriterien wie zwei aufeinanderfolgende Therapieabbrüche, langjährige Drogenabhängigkeit und den Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit der Substitution zielt die Substitutionsbehandlung auf ein Klientel, das für einen Entzug als besonders therapieungünstig gilt.²⁶

Sinn der Substitutionsbehandlung ist es, dem Drogenabhängigen zu gesundheitlicher und sozialer Stabilisierung zu verhelfen, sowie ihm die Möglichkeit kontinuierlicher und medizinischer Betreuung zu bieten.²⁷ Während in den Anfängen der Substitution in der Gesellschaft vorwiegend Codein und Dihydrocodein zum Einsatz gekommen waren, werden diese Stoffe heute nur noch in Ausnahmefällen, etwa bei Unverträglichkeit von Methadon, eingesetzt.²⁸ Zunehmend wird verstärkt auf die Einführung von Fertigarzneimitteln gesetzt, die mit der europäischen Zulassung von Levoalphaacetylmethadol bereits begonnen hat.²⁹ Durch eine angestrebte Reduzierung bzw. Verhinderung i.v. Konsums können so zum einen auch die durch die i.v. Konsumform bestehenden Risiken einer HIV- oder Hepatitis-Infektion, zum anderen Erscheinungen und Häufigkeit von Abszessen und Thrombophlebitiden reduziert werden.³⁰

Der Strafvollzug verfügt über gute Voraussetzungen für eine Methadon-Substitution, denn die Verabreichung der individuell erforderlichen Methadonmenge und die Einhaltung der Therapieregeln durch den Einzelnen lassen sich innerhalb einer geschlossenen Gesellschaft gut überwachen. Doch noch immer schlägt der Substitution Drogenabhängiger innerhalb des Strafvollzugs heftiger

²⁶ KEPPLER 1997, S. 87.

²⁷ KEPPLER 1997, S. 75 f.

²⁸ NICKELS 1999, C-2053.

²⁹ NICKELS 1999, C-2054.

³⁰ KEPPLER 1997, S. 80.

Widerstand entgegen. Argumentiert wird damit, das Personal sei überfordert und könne keine zusätzliche, durch die Methadonvergabe notwendige, psychologische Betreuung der Substituierten in der Haft übernehmen. Die Personalsituation im Strafvollzug lasse keine Mehrarbeit zu.³¹ Solche Stimmen sind vor dem Hintergrund verständlich, dass der zunehmende Personalabbau im öffentlichen Dienst auch immer mehr den Strafvollzug betrifft. Gleichwohl und gerade angesichts der anhaltenden Diskussion über die Notwendigkeit einer Spritzenausgabe im Strafvollzug wird - wenn auch unfreiwillig - der Methadonvergabe vermehrt Beachtung geschenkt. Von ihrem Einsatz im Strafvollzug erhofft man sich, die Ausgabe steriler Spritzen umgehen zu können: Der Substitutionspatient darf den Regeln zufolge keine zusätzlichen Drogen konsumieren, dies wird regelmäßig durch Urintests kontrolliert.³² Die Methadonvergabe wird als „geringeres Übel“ im Vergleich zu einer Spritzenvergabe im Strafvollzug angesehen.

Die Möglichkeit, in der Haft zu substituieren, wird mittlerweile flächendeckend angeboten, ca. 800 Gefangene befinden sich derzeit in haftinternen Methadonprogrammen.³³ Nach wie vor spricht man jedoch noch von einem Nord-Süd-Gefälle, weil das Substitutionsangebot nicht überall in gleichem Umfang angeboten wird.³⁴ Eine bereits in Freiheit begonnene Substitution während einer Inhaftierung fortzuführen, ist oft nicht möglich, der Umgang mit Beigebrauch ist vielfach nicht geregelt, nicht immer kann eine notwendige Anschlussbehandlung nach der Haftentlassung organisiert werden.³⁵ Zudem knüpfen die NUB-Richtlinien die Fortführung der Substitution in der Haft zusätzlich an das Vorliegen einer dafür erforderlichen Indikation.³⁶ Regional unterschiedlich großzügig wird dabei bereits die Auswahl der Klientel gehandhabt.³⁷ So werden beispielsweise in Niedersachsen im Sinne eines niedrigschwelligen Angebots Personen auch auf eigenen Wunsch hin substituiert, ohne dass eine Indikation nach den NUB-Richtlinien gegeben ist. Dabei orientiert man sich am bundeseinheitlichen Substitutionserlass vom

³¹ Aussage auf der Sitzung des Hauptpersonalrats Justizvollzug Hessen, 6./7.5.1997, Schwalmstadt; zum Meinungsstand ausführlicher im Folgenden unter 2. Teil, I.

³² Übersicht bei KREUZER 1998 b, § 4 Rn. 109.

³³ STÖVER 2001, S. 141 ff.

³⁴ REX 1991, S. 376.

³⁵ STÖVER 2001, S. 142.

³⁶ NUB 2.2. und 2.3 (NUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, 1999: "Drogensucht" als Indikation reicht aus).

³⁷ Ausführliche Übersicht dazu bei KEPPLER 1997, S. 76.

16.12.1992, welcher über die Orientierung an den NUB-Richtlinien hinaus auch auf eine ärztliche Kompetenz und Entscheidung in Eigenregie abstellt.³⁸

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland dennoch zusammen mit Frankreich an der Spitze des Substitutionsangebots in den Gefängnissen. In den anderen EU-Ländern wird die Substitutionsbehandlung überwiegend zur Entgiftung angeboten, Griechenland und Schweden bieten sogar keinerlei Substitutionsmöglichkeit in ihren Haftanstalten an.³⁹

b. Heroinausgabe

Der am offensivsten ausgestaltete Ansatz im Rahmen der "harm reduction" ist der Versuch, Drogenabhängigen einen legalen Zugang zum Suchtmittel selbst, insbesondere zu Heroin, zu verschaffen. In der Schweiz findet außerhalb des Strafvollzugs bereits seit 1994 eine kontrollierte Heroinabgabe an schwerst Drogenabhängige statt.⁴⁰ Die Ergebnisse dieser Originalstoffabgabe in der zivilen Gesellschaft wurden seitens der Begleitforschung bislang durchweg positiv gewertet.⁴¹ Jedoch zwölf von der WHO beauftragte Fachleute äußerten deutliche Kritik und zeigten Schwachstellen der Aussagekraft der Ergebnisse auf. So seien beispielsweise die erzielten gesundheitlichen Erfolge der Probanden maßgeblich durch die intensive soziale Betreuung während der Projektphase herbeigeführt worden.⁴²

Seit Herbst 1995 wird in der Schweiz auch der Strafvollzug mit der Männerhaftanstalt Oberschöngrün (Kanton Solothurn) in den schweizerischen Großversuch der kontrollierten Opiatabgabe einbezogen. Die Voraussetzungen der Teilnahme an der Heroinvergabe ähneln dem (hochschwelligen) Zugang zu den ersten Methadonvergabeprogrammen in Deutschland vor über zehn Jahren. Die Teilnehmer müssen mindestens 20 Jahre alt sein, mindestes zwei Jahre Opiatgebrauch betrie-

³⁸ KEPPLER 1997, S. 74.

³⁹ Dazu Übersicht bei STÖVER 2001, S. 142 f.

⁴⁰ KAUFMANN ET AL: 1999, 407 ff.

⁴¹ UCHTENHAGEN 1998, 48 ff.

⁴² ALI ET AL. 1999, 164 ff.; KREUZER 1998 c, S. 11; DERS. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 16.4.1999 und "Frankfurter Neue Presse" vom 27.4.1999.

ben und gescheiterte Behandlungsversuche hinter sich haben sowie Defizite im medizinisch -psychischen oder -sozialen Bereich aufweisen.⁴³

In anderen Ländern sind mittlerweile zumindest Studien zur heroingestützten Behandlung schwerst Drogenabhängiger in der zivilen Gesellschaft in Arbeit. In Großbritannien wurde bereits in den 60er Jahren unter medizinischer Kontrolle Heroin als Substitutionsmittel an Opiatabhängige abgegeben.⁴⁴ Aufgrund missbräuchlicher Substanzverschreibung waren die geltenden Richtlinien verschärft worden und die Heroinvverschreibung war anschließend deutlich zurückgegangen. Anlässlich des zunehmenden und nunmehr auch internationalen Interesses für eine heroingestützte Therapie schwerst Drogenabhängiger ist die Originalstoffvergabe mittlerweile wieder verstärkt analysiert worden. 1998 wurde erstmals wieder eine prospektive und positiv bewertete Studie einer Londoner Poliklinik veröffentlicht, 58 Patienten konnten darin zwischen intravenös zu konsumierendem Heroin und oral einzunehmendem Methadon wählen.⁴⁵ In den Niederlanden wurde Ende 1998 mit einer mittlerweile abgeschlossenen randomisierten Vergleichsstudie begonnen, an der insgesamt 750 Personen in 8 Studienzentren teilnahmen. Mehrere Gruppen sollen miteinander verglichen werden, die in unterschiedlicher Reihenfolge über einen Zeitraum von 6 Monaten entweder ausschließlich oral zu konsumierendes Methadon erhalten oder zusätzlich Heroin zum i.v. Konsum unter ärztlicher Aufsicht einnehmen. In Australien wurden schon seit den 80er Jahren verschiedene Machbarkeitsstudien im Hinblick auf die Durchführbarkeit einer Heroin gestützten Behandlung durchgeführt.⁴⁶ Wegen der politischen und gesetzgeberischen Rahmenbedingungen ist jedoch bislang keine Studie dauerhaft in der Praxis erprobt worden.

In Deutschland kam Mitte der 90er Jahre die Diskussion um eine versuchsweise Originalstoffabgabe in der zivilen Gesellschaft auf. Entgegen einer überwiegenden Positiveinschätzung durch die Fachöffentlichkeit und der Auffassung, auf diesem Weg wieder mit langjährigen Drogenkonsumenten in therapeutischen Kontakt treten und ihre gesundheitliche und auch soziale Stabilisierung erreichen zu kön-

⁴³ KILLIAS / UCHTENHAGEN 1996, 48.

⁴⁴ METREBIAN ET AL. 1998, 598.

⁴⁵ METREBIAN ET AL. 1998, 598.

⁴⁶ BAMMER ET AL. 1996, 691; OSTINI ET AL. 1993, 179.

nen⁴⁷, bestand auf rechtspolitischer Ebene dagegen keinesfalls Einigkeit. Ein Antrag der Freien und Hansestadt Hamburg auf eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes⁴⁸ fand 1997 im seinerzeit christlich-liberal dominierten Bundestag keine Mehrheit. Auch ein Antrag der Stadt Frankfurt auf Erteilung einer Sondergenehmigung beim damals noch zuständigen Bundesgesundheitsamt ("BGA") war ablehnend beschieden worden.⁴⁹

Heroin ist kein verkehrsfähiger Stoff im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes. Eine Vergabe ist außerhalb der engen Voraussetzungen einer Sondergenehmigung nach § 3 Abs. 2 BtMG derzeit nicht möglich. Auch die Erteilung einer Sondergenehmigung durch das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird erst dann erwartet werden können, wenn die Vergabe wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken dient.

Mit dem Regierungswechsel ist die kontrollierte Heroingabe in der zivilen Gesellschaft wieder mehr in den Blickpunkt gerückt.⁵⁰ Nachdem Hamburg bereits für Ende 1999 den Start des Modellversuchs erwartet hatte⁵¹ und der Frankfurter Magistrat im Jahr 2000 bislang nur einen Finanzierungsplan zur Umsetzung der geplanten Heroingabe verabschiedet hatte⁵², hat im Frühjahr 2002 nach dreimonatiger Vorbereitungsphase in sieben deutschen Städten der Modellversuch begonnen.⁵³ Als wissenschaftliche Kontrollgruppenstudie ist das Projekt ergebnisoffen ausgelegt. Jeweils 560 Patienten werden bundesweit über einen Zeitraum 24 Monaten mit Heroin versorgt, die Kontrollgruppe von ebenfalls 560 Patienten wird über einen Zeitraum von 12 Monaten mit Suchersatzstoffen versorgt.⁵⁴ Insgesamt werden damit 1120 Drogenabhängige an den Projekten in Hamburg, Hannover, Frankfurt, Bonn, Karlsruhe, Köln und München daran teilnehmen, die meisten von ihnen in Hamburg (460).⁵⁵

⁴⁷ UCHTENHAGEN 1998, 48 ff.; STÖVER 1997, S. 171 f.

⁴⁸ Einführung eines neuen § 3a BtMG, durch den das Bundesgesundheitsministerium auf Antrag der obersten Gesundheitsbehörde eines Landes verpflichtet werden soll, eine Genehmigung zu medizinischen Forschungsprojekten zu erteilen, in deren Rahmen nicht verkehrsfähige Stoffe verschrieben werden dürfen.

⁴⁹ STÖVER 1997, S. 171.

⁵⁰ AP-Meldung vom 15.11.1998; Frankfurter Neue Presse, 16.11.1998

⁵¹ Hamburger Abendblatt, 16.11.1998.

⁵² Frankfurter Rundschau, 20.10.2001.

⁵³ CASPERS-MERCK 2002.

⁵⁴ Dazu insb. KRAUSZ 2001.

⁵⁵ Weser Kurier vom 12.1.2002.

Ob und wann sich dann auch der Strafvollzug in Deutschland intensiv mit der Möglichkeit einer Originalstoffabgabe in Haft beschäftigt, wird sich frühestens dann entscheiden, wenn das Modellprojekt außerhalb der Haft erfolgreich abgeschlossen sein wird. Denn auch hier wird der Strafvollzug keine Vorreiterrolle übernehmen. Will er nicht um Glaubwürdigkeit in der Öffentlichkeit kämpfen müssen, so wird er Reaktionen der Modellversuche in der Gesellschaft abwarten, um später von ihrer erfolgreichen Etablierung zu profitieren.

c. Drogenkonsumräume

Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen (sog. Fixerstuben) in der zivilen Gesellschaft hat sich nach jahrelangen Diskussionen in der Politik langsam einen Platz in der Gesellschaft gesichert. Drogenkonsumräume bieten Drogenkonsumenten Gelegenheit, ihre auf dem Schwarzmarkt erworbene Droge unter hygienischen Bedingungen und unter Anwesenheit medizinischen Personals intravenös zu applizieren. Der Süchtige soll nicht mehr in Hektik und Stress den bei sich geführten Stoff konsumieren müssen. Venenstichverletzungen und Überdosierungen können so vermieden werden; deren Ursache liegt oftmals darin, dass der Drogenkonsument aus Angst, entdeckt zu werden, die vorhandene Drogenmenge schnell und unkontrolliert injiziert. Durch die Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe und das Bereitstellen steriler Spritzen, Tupfer, Aufkochlöffel und Ascorbinsäure zum Auflösen der Droge soll zudem lebensbedrohlichen Situationen des Konsumenten vorgebeugt werden. In der Schweiz haben sich bereits Anfang der 90er Jahre solche „Fixerstuben“ etabliert. In Deutschland existieren bislang immerhin 13 Drogenkonsumräume, vier in Frankfurt/Main, sieben in Hamburg, jeweils einer in Hannover und Saarbrücken.⁵⁶ Auch in Baden-Württemberg wurden aus den Kreisen christlich-liberaler Politiker Stimmen nach Änderung der Drogenpolitik und einer Einrichtung von Konsumräumen laut, die eine Ausbreitung offener Drogenszenen verhindern sollen.⁵⁷ Neben der Reduzierung gesundheitlicher Risiken für die Konsumenten sollen Drogenkonsumräume auch dazu dienen, den öffentlichen Raum vom offenen Konsumgeschehen zu entlasten.⁵⁸

⁵⁶ PREUSSE 1999, 235 (236).

⁵⁷ Südwestdeutsche Zeitung vom 23.10.1998.

⁵⁸ PREUSSE 1999, 235 (236).

Eine flächendeckende Einrichtung von Drogenkonsumräumen ist jedoch drogenpolitisch nach wie vor umstritten. Immerhin konnte durch die jüngste Änderung des Betäubungsmittelgesetzes ihre Einrichtung mittlerweile auf eine rechtliche Grundlage gestellt werden.⁵⁹ Mit der Neuschaffung des § 10a BtMG sind nunmehr bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für den Betrieb von Drogenkonsumräumen festgelegt. Während in der jahrelangen Diskussion noch von „Gesundheitsräumen“ die Rede war⁶⁰ und damit den Konsumräumen bereits begrifflich eine positive, nämlich gesundheitsfördernde, Bedeutung zukam, ist mit dem Begriff des „Drogenkonsumraums“ die Einrichtung solcher Räume begrifflich auf ihre reine Konsumform reduziert worden und der Begriff sagt nichts mehr über ihre gesundheitsschützende Bedeutung aus. Nur so konnte wohl letztlich auch den Gegnern einer Legalisierung von Konsumräumen Rechnung getragen werden und endlich eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Die durch die Bundesländer festzulegenden Vorschriften für den Betrieb der Konsumräume müssen auch ausstiegsorientierte Beratungs- und Therapieangebote enthalten (§ 10a BtMG).⁶¹ Zwar konnte bislang bereits der Betrieb der Räume mit den örtlich zuständigen Strafverfolgungs- und Gesundheitsbehörden weitgehend abgestimmt werden. Doch ist die Neuregelung des BtMG deshalb notwendig geworden, weil nach der Beschlussempfehlung des federführenden Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags seinerzeit ausdrücklich das Offenhalten von Drogenkonsumräumen weiterhin nach dem seinerzeit geltenden § 29 Abs. 1 Nr. 10 BtMG strafbar sein sollte.⁶²

Öffentliche Diskussionen über die Einrichtung von Drogenkonsumräumen im Strafvollzug hat es bislang noch nicht gegeben. Jedoch befürchtet bereits mancher Strafvollzugspraktiker negative Auswirkungen der Legalisierung von Konsumräumen auf Drogenhilfemaßnahmen innerhalb des Strafvollzugs.⁶³ Gleichwohl könnte zukünftig die Einrichtung solcher Räume in der Haft eine „Quasi-Alternative“ zur Spritzenvergabe im Strafvollzug darstellen. Dies insbesondere dann, wenn sich herausstellt, dass die weitgehend anonyme Ausgabe steriler Einwegspritzen und die unbeaufsichtigte Benutzung der Spritzen in der Haft nicht in

⁵⁹ BT-Drs. 14/2796.

⁶⁰ GEBHARD 1998, § 19 Rn. 39; KÖRNER 1994, 683 f.

⁶¹ BT-Drs. 14/2345; 14/1515; 14/2796.

⁶² BT-Drs 12/2737.

⁶³ Der Vollzugsdienst 2/2000, 50.

allen Anstaltstypen und Vollzugsarten grundsätzlich reibungslos in den Tagesablauf etabliert werden können, der Strafvollzug aber aus Gründen der Infektionsprophylaxe nicht gänzlich auf ein vergleichbares Hilfsangebot für drogenkonsumierende Inhaftierte verzichten will und darf.⁶⁴

d. Vergabe steriler Einmalspritzen

Die Ausgabe steriler Spritzen im öffentlichen Raum ist bereits seit Ende der 80er Jahre im Gespräch gewesen. Mittlerweile gehört sie zumindest außerhalb des Strafvollzugs zu einem der wesentlichen Bestandteile einer niedrigschwelligen, basisorientierten Infektionsprophylaxe in einer Szene, die von gesundheitspräventiven und therapeutischen Ansätzen in der Regel nur partiell erreicht werden kann.⁶⁵

Bis in die 90er Jahre hinein schlugen in Deutschland der Spritzenvergabe an i.v. Drogenkonsumierende Wogen des Widerstands entgegen. Per Gerichtsbeschluss wurden beispielsweise bereits aufgestellte Spritzenautomaten wieder entfernt, weil diese als "Verschaffen einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln" im Sinne des § 29 Abs. 1 Nr. 10 BtMG gedeutet wurden.⁶⁶ Erst als 1992 der Gesetzgeber mit der Einführung des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG in das Betäubungsmittelgesetz klarstellte, dass eine Vergabe von Einwegspritzen an Drogenabhängige jedenfalls keinen Fall des „Verschaffens einer Gelegenheit zum Drogenverbrauch“ darstellt und nicht unter Strafe zu stellen ist, konnten seitdem in fast allen größeren deutschen Städten Spritzenautomaten installiert und in Drogenberatungsstellen Spritzen zum Tausch angeboten werden. Mittlerweile hat sich die Ausgabe steriler Einmalspritzen über Drogenhilfeeinrichtungen und Automaten fest etabliert. Eine unsachgemäße Entsorgung gebrauchter Spritzen durch die Drogenkonsumenten führt jedoch noch immer zu Diskussionen über kontrolliertere Abgabemodalitäten der Spritzen. Weggeworfene Spritzen im Wald, an Fluss-

⁶⁴ Dazu ausführlicher im 2. Teil der Arbeit.

⁶⁵ Dazu auch Frankfurter Rundschau vom 21.6.1997; weltweite Studie geht von Senkung des HIV-Risikos durch kostenlose Spritzenausgabe aus.

⁶⁶ Beschluss des LG Dortmund vom 19.1.1990-14 8 II Qs 2/ 90; dazu auch KREUZER 1990 a, 216 f.; SONNEN 1990, 211 f.

ufern und in Wohnvierteln bergen insbesondere für spielende Kinder eine erhebliche Verletzungsgefahr.

In den USA beispielsweise konnten sich bis heute Spritzenvergabemodelle nur schwer ihre Berechtigung verschaffen; dies, obwohl die USA als Vorreiter der Methadon-Substitution für i.v. Drogenkonsumierende gelten und lange vor den Anfängen der Substitutionsbehandlung in Deutschland flächendeckend solche Behandlungsprogramme eingeführt hatten. Bis 1987 gab es offiziell keinen legalen Spritzentausch. Aufgrund der Feindseligkeit gegenüber Drogenkonsumenten verbot die Bundesregierung nicht nur die öffentliche Finanzierung solcher Spritzentauschprogramme, sondern auch die Erforschung ihrer Wirksamkeit. In vielen US-Staaten existieren Gesetze, die schon den Besitz der Spritze für strafbar erklären. Beispielsweise erst durch die Eigeninitiative einer alternativen sozialmedizinischen Hilfseinrichtung für Jugendliche in Portland, Oregon, wurde dort öffentlicher Spritzentausch möglich und dies gab den Startschuss für insgesamt 45 Anlaufstellen für den Tausch steriler Spritzen in den Vereinigten Staaten.⁶⁷ Auf US-Bundesebene haben dennoch bislang alle US-Präsidenten die Einführung des Spritzentausches abgelehnt.

Obwohl gesundheitspolitisch motivierte Gremien und Experten eine Spritzenvergabe auch innerhalb der Haft fordern und empfehlen⁶⁸, erklärten sich international bislang nur wenige Haftanstalten bereit dazu. Von Wissenschaftlern, Politikern und Strafvollzugspraktikern vorgebrachte rechtliche und tatsächliche Bedenken haben eine breitere Bereitschaft bislang verhindert.⁶⁹ Mit der Einführung eines Substitutionsangebots in der Haft musste bereits die Drogenabhängigkeit als einstweilen unveränderte Tatsache angenommen werden.⁷⁰ Gerade aber die weitergehende Akzeptanz des Drogenkonsums als eine individuelle Lebens- und Ausdrucksform auf der einen Seite und justizvollzugliches Denken sowie staatliches Drogenverbot auf der anderen Seite stehen sich oft genug widersprüchlich und scheinbar unversöhnlich gegenüber. Der Justizvollzug muss seit je her beispielhaft staatliche Repression im Bereich illegaler Drogen repräsentieren.⁷¹ So tut

⁶⁷ LURIE 1993, p. 58.

⁶⁸ EMPFEHLUNGSBERICHT 1995; WHO-Richtlinien H/GPA/DIR/93.3.

⁶⁹ Dazu ausführlich unter 2. Teil I..

⁷⁰ FRISCH 1994, S. 146.

⁷¹ KEPPLER 1997, S. 73 (82 f.).

sich der Strafvollzug in Deutschland mit der Ausgabe steriler Spritzen an i.v. Drogenkonsumierende sehr schwer. Auch das europäische Ausland lehnt überwiegend eine Spritzenvergabe innerhalb des Strafvollzugs ab. So auch die Niederlande.⁷² Lediglich in der Schweiz⁷³ ist im Kanton Bern bereits flächendeckend die Spritzenvergabe angeordnet worden.⁷⁴ In Deutschland wurde in Niedersachsen⁷⁵ und Hamburg⁷⁶ die Spritzenvergabe in ausgewählten Haftanstalten erprobt. In Berlin⁷⁷ begann am 1.10.1998 die Umsetzung des seit zwei Jahren geplanten Projekts, in Schleswig-Holstein⁷⁸, Hessen und Baden-Württemberg⁷⁹ gibt es nach wie vor bislang nur Diskussionsansätze.

III. Risikoverhalten im Strafvollzug: Drogenepidemiologie und Ausbreitung von Virusinfektionen innerhalb des Strafvollzugs

Ihrer Bestimmung nach sind Haftanstalten nicht für einen therapeutisch ausgerichteten Umgang mit gesundheitlichen Problemen des Drogenkonsums ausgerüstet. Doch gerade in den westdeutschen Haftanstalten nimmt die Zahl der Drogenkonsumierenden und insbesondere der i.v. Drogenkonsumierenden stetig zu. Die Verantwortlichen der Haftanstalten stehen vor der schwierigen Aufgabe, wenigstens einen unmittelbaren Schaden eines Gefängnisaufenthalts für die Gesundheit der Inhaftierten zu vermeiden. Risikominderung als ein Beitrag dazu, gesundheitsgefährdende Umstände und Verhaltensweisen während der Inhaftierung zu minimieren, wird im Umgang mit drogenkonsumierenden Straftätern immer mehr

⁷² Übersicht bei KREUZER 195 b, S. 317 ff.

⁷³ Männerstrafanstalt Oberschöngrün (Solothurn); Männerstrafanstalt Realta (Graubünden); Frauenstrafanstalt Hindelbank (Bern).

⁷⁴ Weisung über die Abgabe sterilen Injektionsmaterials, Polizei und Militärdirektion des Kantons Bern, 1.12.1997.

⁷⁵ Männerhaftanstalt Lingen I, Abt. Groß-Hesepe, Nds. Justizministerium, Erlass vom 9.7.1996; Frauenhaftanstalt Vechta, Nds. Justizministerium, Erlass vom 26.3.1996. Mit dem Regierungswechsel in Niedersachsen wurde zum 1.6.2003 die Spritzenausgabe in den beiden Haftanstalten eingestellt, dazu Weser-Kurier vom 30.5.2003, S. 20.

⁷⁶ Haftanstalt Hamburg-Vierlande, Einsetzungsverfügung der Justizbehörde Hamburg v. 19.2.1996; Verlaufsbericht zum 31.12.1996, Strafvollzugsamt Justizbehörde Hamburg 1997; seit dem Regierungswechsel 2001 ist die Fortsetzung der Spritzenvergabe im Strafvollzug eingestellt worden, dazu Pressemeldung der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (HLS) vom 4.2.2002.

⁷⁷ Berliner Tageszeitung vom 9.10.1998; Der Vollzugsdienst 1/1997, 13; 1/1998, 9.

⁷⁸ Koalitionsvertrag SPD/Bündnis 90-Die Grünen v. 10.5.1996, Der Vollzugsdienst 1/1998, 53.

⁷⁹ Der Vollzugsdienst 3/1997, 8.

zur Voraussetzung für eines der wichtigsten Ziele des Strafvollzugs - der Resozialisierung der Inhaftierten.⁸⁰

Im Folgenden soll ein Überblick über gesammelte Erkenntnisse zu Drogenkonsum und Konsumverhalten im Strafvollzug und zur Entwicklung der Virusinfektionsrate drogenkonsumierender Inhaftierter gegeben werden.

1. Drogenepidemiologie und Risikoverhalten

Drogenabhängigkeit und Delinquenz stehen in einem komplexen Verhältnis zueinander. Fast bei jedem i.v. Drogenabhängigen geht mit der Drogenkarriere eine delinquente Entwicklung einher.⁸¹ Epidemiologische Aussagen zur tatsächlichen Verbreitung des Drogenumgangs und zu Größenordnungen der Anteile Drogenabhängiger in der Haftpopulation stoßen aber schon deswegen auf Schwierigkeiten, weil es keine sicheren Kriterien und Verfahren zu ihrer Ermittlung gibt. Man verlässt sich auf Feststellungen zur Tat oder zur Täterpersönlichkeit im Strafurteil oder Haftbefehl. Doch nur ein kleiner Teil der Betroffenen befindet sich ausschließlich wegen Verstoßes gegen das BtMG in Strafhaft. Die Mehrzahl der drogenabhängigen Verurteilten ist wegen Beschaffungskriminalität oder anderer Delikte verurteilt, welche nicht erkennbar im Zusammenhang mit ihrer Rauschmittelabhängigkeit stehen.⁸²

Erst recht fehlen Erkenntnisse zum weiteren Verlauf des Verhaltens des Betroffenen während der Inhaftierung. Heutzutage geht man davon aus, dass bereits die meisten der jüngeren Inhaftierten Erfahrung mit illegalen Drogen haben. Insgesamt ist nach Schätzungen ein Anteil von ca. 20% der männlichen und 40% der weiblichen Inhaftierten drogenabhängig, einige von ihnen werden auch erst während ihrer Inhaftierung abhängig.⁸³ Das tatsächliche Ausmaß des Drogenkonsums in Strafvollzugsanstalten festzustellen, ist nahezu unmöglich. Gefangene so wie Mitarbeiter sind entweder wenig auskunftsbereit oder neigen tendenziell zu Un-

⁸⁰ Dazu 3. Teil II. 1. a. III. 3. a.

⁸¹ KREUZER 1995 c, 308 (311).

⁸² SCHÄFER / SCHOPPE 1998, § 21 Rn. 4.

⁸³ KREUZER 1998 b, § 4 Rn. 47 f.

ter- oder Übertreibungen. In allen geschlossenen Vollzugsanstalten herrschen unterschiedlich stark verdichtete subkulturelle Systeme. Potentiell sind derzeit in jeder Anstalt illegale Drogen verfügbar. Eine völlige Drogenfreiheit im Strafvollzug⁸⁴ ist in einem humanen Strafvollzug nicht zu erreichen.⁸⁵ Auch die Menge der auf dem anstaltsinternen Markt verfügbaren illegalen Rauschdrogen ändert sich ständig. Diese ist nicht zuletzt davon beeinflusst, wie eng die Kontakte der Insassen zum externen Drogenmarkt sind. Aussagen lassen sich am ehesten durch sporadische Forschungsinterviews unabhängiger Forscher zum Thema "Drogenkonsum Inhaftierter" treffen. So schwanken letztlich die Angaben zur haftinternen Verbreitung intravenösen Drogenumgangs in deutschen Haftanstalten zwischen 10% und 60%.⁸⁶ Nach Schätzungen Kreuzers dürften 10-20% der insgesamt rund 60.000 Inhaftierten i.v. Drogengebraucher sein; etwa die Hälfte von ihnen setzt in der Haft den i.v. Konsum fort.⁸⁷ Keppler et al. schätzen die Zahl der den i.v. Konsum in Haft fortsetzenden Drogenkonsumierenden insgesamt sogar noch weit höher ein.⁸⁸ Eine Erhebung für die Justizvollzugsanstalt Hannover im Jahr 1992 ergab, dass von allen 1057 Neuzugängen 26% als Konsumenten illegaler Drogen diagnostiziert worden sind. Laut einer Stichtagserhebung vom 12.7.1993 wurden von insgesamt 838 Inhaftierten 26,5% als drogenabhängig ermittelt.⁸⁹ Das Ministerium für Justiz in Rheinland-Pfalz berichtete für das Jahr 2000, dass basierend auf der Zahl von 3851 14 % (=528 Gefangene) von legalen Drogen und 28 % (=1085 Gefangene) abhängig waren.⁹⁰ Auch Müller et al. dokumentierten eine hohe Risikobereitschaft inhaftierter Drogenabhängiger. Von 418 i.v. Drogenabhängigen in Berlin, die mindestens einmal zuvor inhaftiert waren, setzten eigenen Angaben zufolge 48% den i.v. Konsum in der Haft fort. 75% davon berichteten vom praktizierten Nadeltausch, 24% von ihnen gaben an, mehr als 50-mal ihr Spritzbesteck getauscht zu haben.⁹¹

⁸⁴ KATHOLNIGG 1990, 193 ff

⁸⁵ KREUZER 1998 b, § 4 Rn. 64 ff.

⁸⁶ JAKOB / STÖVER 1997, S. 17 ff; KEPPLER / NOLTE / STÖVER 1996, 98 ff; HEIDE 1994, S. 9 ff; KAULITZKY 1993, S. 222; STÖVER 1993, 184 ff. ALTHOFF / SCHMIDT-SEMISCH 1992, 23 ff; KOCH / EHRENBURG 1992, S. 34.

⁸⁷ KREUZER 1998 b, § 4 Rn. 102.

⁸⁸ KEPPLER / NOLTE / STÖVER 1996, 100.

⁸⁹ GÖTTINGER 1994.

⁹⁰ DBDD 2001, 154.

⁹¹ MÜLLER ET AL. 1995, 183 (187).

Leudsen und Stark berichteten, dass es zwar unter dem Eindruck von AIDS bei vielen Drogenabhängigen zur signifikanten Risikoreduktion beim intravenösen Konsum gekommen sei, doch bliebe das Problem, dass bei vielen die präventiven Verhaltensweisen nicht durchgehalten würden. Ihre Studie hebt hervor, dass zwei wesentliche Faktoren, welche zeitstabilen Verhaltensweisen entgegen stehen, insbesondere auf die Situation zu Beginn der Inhaftierung zutreffen, nämlich die Nichtverfügbarkeit eigenen Spritzbestecks bei beginnenden Entzugserscheinungen und die Angst vor Strafverfolgung bei Spritzenbesitz.⁹² Ein Bediensteter des Krankenpflegedienstes in einer hessischen Strafvollzugsanstalt mit rund 600 Inhaftierten berichtete im Rahmen eines Expertenkolloquiums, jedenfalls von acht illegal vorhandenen Spritzen in der Anstalt Kenntnis gehabt zu haben. Davon hätten sechs Spritzen zwischen den Konsumenten ständig kursiert.⁹³ Werden Angaben des dortigen ehemaligen Anstaltsleiters zugrunde gelegt, nach denen mehr als ein Drittel der Inhaftierten Drogen i.v. konsumiert, so haben sich schätzungsweise bis zu zwanzig Konsumenten eine Spritze geteilt. Die Dunkelziffer wird möglicherweise auch noch um einiges höher liegen.

Auch international wird die Problematik des anhaltenden Risikoverhaltens drogenabhängiger Inhaftierter seit einiger Zeit verstärkt zur Kenntnis genommen. Eine Übersicht zum Stand der Anzahl Drogenkonsumierender in europäischen Haftanstalten findet sich bei Stöver.⁹⁴ Danach ist der Anteil illegal Drogen konsumierender Gefängnisgefangener in allen EU-Ländern recht hoch und liegt zwischen 10⁹⁵ und über 50%⁹⁶. Untersuchungen in England hatten ergeben, dass 20 von 100 i.v. Drogenkonsumierenden pro Jahr straffällig bzw. inhaftiert wurden, fünf in der Haft weiter Drogen injizierten und drei davon Spritzen untereinander teilten.⁹⁷ Expertenaussagen zufolge werden von seinerzeit geschätzten 75000 i.v. Drogenkonsumierenden jährlich 15000 inhaftiert, 3750 davon konsumieren weiterhin intravenös und weitere 2475 davon teilen sich sogar das Spritzbesteck.⁹⁸ Mit dem Risikoverhalten HIV-Infizierter in Haft haben sich auch Studien in Neu Süd Wales, England und Schottland beschäftigt. Dabei hat man herausgefunden, dass HIV-

⁹² LEUDSEN / STARK 1992, 705.

⁹³ Aussage eines Mitarbeiters der Haftanstalt Butzbach.

⁹⁴ STÖVER 2001, S. 133 (135, 136).

⁹⁵ Erhebungen für Österreich, siehe dazu STÖVER 2001, S. 133 (135).

⁹⁶ Erhebungen für Irland, Portugal und Spanien, siehe dazu STÖVER 2001, S. 133 (135).

⁹⁷ WEILANDT / ROTILY 1997, 1997, 18.

positiv getestete i.v. Drogenkonsumierende deutlich mehr in der Haft injizieren, als solche, die HIV-negativ sind oder ihren Status nicht kennen. Diejenigen bereits HIV-Infizierten, die in der Haft weiter i.v. konsumierten, gaben zudem Spritzen-tausch an.⁹⁹ Nach einer Untersuchung in der Haftanstalt in Neu Süd Wales haben HIV-Infizierte zudem weit mehr Geschlechtsverkehr untereinander als Nichtinfi-zierte.¹⁰⁰ Eine befragende Untersuchung in einer Frauenhaftanstalt in England hat ergeben, dass 92 i.v. Drogenkonsumierende insgesamt über elf illegale Spritzen-bestecke verfügten, davon wurden neun Spritzbestecke untereinander geteilt. Damit teilten sich dort regelmäßig zwischen zwei und acht drogenkonsumierende Frauen in der Haft eine Spritze.¹⁰¹ Die Bedeutung und das enorme Risikopotential des gemeinsamen Spritzentauschs in der Haft wird auch anhand der Ergebnisse einer australischen Studie deutlich. Dort wurden an über einem Viertel der 58 in einer Haftanstalt für Männer konfiszierten Spritzen Anhaftungen von Blut festge-stellt und über die Hälfte der Spritzen wiesen Spuren von Mehrfachgebrauch auf. Zwei Drittel der eindeutig mehrfach gebrauchten Spritzen war manuell bearbeitet worden, die Nadelspitzen waren bis auf die Hälfte herunter geschnitten, um so die stumpf gewordene Spritze notdürftig wieder zu schärfen.¹⁰² Diese Form der Be-arbeitung der Spritzen birgt ein erhebliches Infektionsrisiko. Nicht nur Verletzun-gen der Venen können die Folge sein, sondern es können auf diese Weise leicht gefährliche Verunreinigungen in die Blutbahn des Spritzenbenutzers gelangen. Die nachgewiesenen Blutanhafungen an den Spritzen verdeutlichen letztlich, wie schnell bei praktiziertem Spritzentausch ein Blut-zu-Blut-Kontakt stattfindet und damit Krankheitserreger, insbesondere HI- und Hepatitis-Viren übertragen wer-den können.

Eine Vergleichbarkeit dieser hier exemplarisch aufgezeigten Studien erschwert letztlich der Umstand, dass die Mehrzahl der Studien in ihren Veröffentlichungen keine Angaben zur angewandten Untersuchungsmethode und der zugrunde geleg-ten Definition der untersuchten Gruppe "i.v. Drogenkonsumenten" machen und es zudem an einer klaren Definition für „Drogengebraucher/ Drogenkonsument“

⁹⁸ WEILANDT / ROTILY 1997, 18.

⁹⁹ für England: DOLAN ET AL. 1990, 179 (182); für Schottland: DYE / ISAAC 1991, 1506.

¹⁰⁰ DOLAN ET AL. 1996, 159.

¹⁰¹ PICKERING / STIMSON 1993, 621 (622).

¹⁰² SEAMARK / GAUGHWIN 1994, 114 f.

fehlt.¹⁰³ Schließlich werden Studien regelmäßig nur einen kleinen Ausschnitt einer bestimmten zu untersuchenden Gruppe erfassen; Selektionen hinsichtlich der Probandengruppe können das Ergebnis sogar tendenziell beeinflussen. Dennoch sind derartige wissenschaftliche Studien ein notwendiger Schritt, die erheblichen Infektionsrisiken i.v. Drogenkonsums im Strafvollzug bewusst zu machen. Effektive Risikomanagementstrategien sind Drogenkonsumenten in Haft nur sehr beschränkt zugänglich, so dass das unsterile Injizieren durchaus zu einer der epidemiologisch einflussreichsten Determinante gezählt werden muss. Während der Süchtige draußen sein vertrautes soziales Umfeld hat, mit dem er sich möglicherweise Spritzutensilien teilt, ist innerhalb des Strafvollzugs eine realistische Einschätzung des Risikopotentials des Vorbesitzers deutlich weniger möglich. Infektionsverhütende Praktiken bleiben ihnen im Strafvollzug verwehrt, so dass sie sich einem erhöhten Infektionsrisiko aussetzen.¹⁰⁴ Schließlich ist zu berücksichtigen, dass durch intensiven Kontakt des inhaftierten Drogenkonsumenten zur übrigen Gesellschaft (beispielsweise durch Freigang und Hafturlaub) die in der offenen Szene bereits erreichten Präventionserfolge der Eindämmung des HIV-Infektionsrisikos nicht unerheblich wieder gefährdet werden können.

2. Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen

Die klassischen epidemiologischen Parameter Prävalenz und Inzidenz von HIV sind von Beginn an bei i.v. Drogenabhängigen im Strafvollzug schwer und nur ansatzweise zu ermitteln. Dies lag bereits zum einen in der Vergangenheit an der Stigmatisierung der Erkrankung, zum anderen an der grundsätzlichen Illegalität des Drogenumgangs und einer daraus resultierenden Reserviertheit gegenüber dem Hilfesystem und der Wissenschaft. Stichproben umfassten in den vergangenen Jahren nur jeweils kleine Gruppen.

Aussagen zu HIV-/AIDS-Aufkommen im Strafvollzug lassen sich daher anhand offizieller Statistiken der einzelnen Bundesländer nur unvollständig treffen. In den meisten Bundesländern wird den Inhaftierten bei der Eingangsuntersuchung eine Untersuchung auf HI-Viren nahegelegt, die Teilnahme am Test ist regelmäßig

¹⁰³ STÖVER 2001, S. 133 (139).

freiwillig; doch wird in einigen Bundesländern - so in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Saarland - derjenige, der den Test verweigert hat, im Haftalltag wie ein HIV-positiv Getesteter behandelt.¹⁰⁵ Die Zahl der Getesteten schwankt deutlich.¹⁰⁶ Zeitweise konnten bei mehr als der Hälfte der Inhaftierten keine Aussagen zum HIV-Status getroffen werden.¹⁰⁷ Die offizielle Zahl der HIV-infizierten i.v. Drogengebraucher in Haft lag bislang bei 0,12% bis 2,8% der Haftbelegung bei den Männern und bei 0,48% bis 8% der Haftbelegung bei den Frauen.¹⁰⁸ Innerhalb dieser Bandbreite lagen auch Ergebnisse einzelner HIV-Prävalenzstudien im Strafvollzug.¹⁰⁹ So fanden Keppler et al. bei ihrer retrospektiven Untersuchung von insgesamt 1032 Gesundheitsakten in der Frauenhaftanstalt in Vechta (Niedersachsen) eine HIV-Prävalenz von 5,1% unter den i.v. drogenkonsumierenden Frauen im Vergleich zu 0,5% bei den nichtkonsumierenden Frauen.¹¹⁰ Auch im Hamburger Strafvollzug wurde bereits 1992 ein Anteil von 4,2% HIV-Infizierter unter den i.v. Drogenkonsumierenden in Haft dokumentiert.¹¹¹ Zwar wurde 1993 ein Rückgang auf 2,1 % HIV-Infizierter unter den i.v. Drogenabhängigen festgestellt, doch ging in diesem Zeitraum auch bereits die Zahl der i.v. Drogenkonsumierenden in Haft insgesamt deutlich zurück. Solche von der Haftpopulation abhängigen Schwankungen können auch die Untersuchungen von Lüth und Püschel aus dem Jahr 1989 belegen. Damals wurde neben einem Gesamtanteil HIV-Infizierter in Haft von 1,1% ein Anteil von 13,8% HIV-Infizierter innerhalb der Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden ermittelt.¹¹² Bei einer Befragung von HIV- und HCV- getesteten Haftinsassen einer Kölner Justizvollzugsanstalt gaben 2% der i.v. Drogenkonsumierenden (124) und 3% der nicht i.v. Drogenkonsumierenden (133) eine HIV-Infektion an.¹¹³

¹⁰⁴ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 69.

¹⁰⁵ KREUZER 1998 b, § 4 Rn. 104.

¹⁰⁶ Während 1996 der Anteil der bei Haftantritt Getesteten in Bayern: 96,4%, Hessen (1998) 97% und Saarland: 95% betrug, lag er in Brandenburg bei 15,7%, Sachsen-Anhalt: 19% und Sachsen: 21%.

¹⁰⁷ KEPPLER / NOLTE / STÖVER 1996, 100.

¹⁰⁸ WIAD 1996; BMG/BMJ 1995.

¹⁰⁹ STÖVER / WEILANDT 1997, 22 (25); 132; LÜTH / PÜSCHEL 1996, 300, 302; KEPPLER / NOLTE / STÖVER 1996; 98 ff.; NELLES ET AL. 1995, S. 96; ALBOTA 1995 b; ALBOTA 1993.

¹¹⁰ KEPPLER / NOLTE / STÖVER 1996, 99.

¹¹¹ ALBOTA 1995 b, 132.

¹¹² LÜTH / PÜSCHEL 1996, 302.

¹¹³ DBDD 2001, 153 f.

Die Angaben ausländischer Studien schwanken dagegen deutlich. Während insgesamt gesehen sich die meisten HIV-Prävalenzraten für repräsentative Gefangenenskollektive im internationalen Maßstab bei unter 10% bewegen, betragen die Werte für die Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden im Strafvollzug dagegen bis zu 50%.¹¹⁴ Aus der Schweiz wird von einer HIV- Prävalenz von bis zu 50% in der Gruppe der i.v. Drogenabhängigen in Haft berichtet.¹¹⁵ Aus Österreich wurden für 1991 schon 18% HIV-Positive unter den i.v. Drogenkonsumierenden in Haft gezählt.¹¹⁶ Australien dokumentierte für 1995 eine HIV-Prävalenz von 0,5% unter allen Inhaftierten, während für die Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden eine HIV-Prävalenz von 5% festgestellt wurde.¹¹⁷ Aus England wurde eine HIV-Prävalenz von 24% unter allen i.v. Drogenabhängigen im Strafvollzug bekannt gegeben.¹¹⁸ Ebenso wurden auch für Frankreich 1994 Raten von 40% HIV-Infizierten unter drogenabhängigen Inhaftierten gemeldet, die HIV-Prävalenz unter den Gefangenen insgesamt betrug dagegen 10,9%.¹¹⁹ Aus den USA wurde für New York eine HIV-Prävalenz von 17,4% unter männlichen Strafgefangenen gemeldet, die HIV-Prävalenz unter i.v. Drogenabhängigen betrug sogar 44%.¹²⁰

Trotz der Bedeutung derartiger Studien müssen auch diese Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. So können sich auch hier aus der Zusammensetzung der Klientel, der Art und Vorgehensweise der Untersuchung, der Einstellung der Verantwortlichen der Haftanstalt und den Erwartungen der befragten Inhaftierten unterschiedliche Resultate ergeben. Eine international einheitliche Definition der Begriffe "drogenabhängig" und "intravenöser Drogenkonsum" ist nicht vorhanden. Vielfach basiert die Einstufung eines Probanden zur Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden auf Selbstangaben des Befragten. Angaben zur Zahl der HIV-Infizierten müssen letztlich auch deshalb vorsichtig interpretiert werden, weil es nicht unüblich ist, die Anzahl der positiven HIV-Tests auf die Gesamtzahl der Gefangenen und nicht auf die Zahl der tatsächlich Getesteten zu beziehen, was zu einer Unterschätzung der Infektionsraten führt.¹²¹ Darüber hinaus lag jeder der

¹¹⁴ HARDING / SCHALLER 1992, 43.

¹¹⁵ HARDING 1987, 1260 (1262).

¹¹⁶ PONT 1991, 429.

¹¹⁷ DOLAN 1995, 827 f.

¹¹⁸ GORE ET AL. 1995, 293 f.

¹¹⁹ ROTILY 1994, 1343.

¹²⁰ SMITH ET AL. 1991, 35 (39).

¹²¹ GÖTTINGER 1994.

Studien ein individueller Forschungsansatz zugrunde, der mittels der einzelnen Studie überprüft werden sollte. Auch dies kann Einfluss auf das Ergebnis haben. Schließlich kann auch der zeitliche Faktor eine wesentliche Rolle spielen. Je nach Intensität und Umfang der Befragungen und Untersuchungen wird man differenzierte Ergebnisse erhalten können.

Im Ergebnis schließen solche Querschnittsuntersuchungen letztlich Aussagen zu Prävalenzveränderungen, Übertragungsdynamik und Infektionsketten aus.¹²² Die Daten können somit allenfalls die „Morbiditätslast“, - das Ausmaß der Erkrankung - darstellen.¹²³ Diejenigen Studienergebnisse, die an die Öffentlichkeit gelangen, laufen zudem Gefahr, mit tendenziös über- oder untertriebenen Einschätzungen belegt zu werden. So wurde beispielsweise wiederholt seitens des Verbandes der Strafvollzugsbediensteten in Hessen geäußert, HIV- und Hepatitis-Infektionen in Haft beruhten auf unbegründeten Spekulationen.¹²⁴ Nach Einschätzung des Teilanaltsleiters der JVA Berlin-Tegel sollen dagegen bereits über 90% der HIV- und Hepatitis-Infektionen in bundesdeutschen Gefängnissen über den gemeinsamen Gebrauch von Spritzen zustande gekommen sein.¹²⁵

3. Prävalenz und Inzidenz von Hepatitis-Infektionen

Weil sich die Testpraxis in den bundesdeutschen Haftanstalten und ihre Dokumentation überwiegend nur auf das Aufkommen von HIV-Infektionen beziehen, finden sich verhältnismäßig wenige aussagekräftige Untersuchungen zum Vorhandensein von Hepatitis-Infektionen und ihrer Ausbreitung innerhalb des Strafvollzugs. Die geringe Beachtung von Hepatitis-Infektionen im Strafvollzug findet sich auch in der gesteigerten öffentlichen Wahrnehmung von HIV-Infektionen und der Krankheit „AIDS“ im Gegensatz zu Hepatitiserkrankungen wieder.

Neben möglichen Abszessbildungen durch den i.v. Konsum, die im Einzelfall gravierende Langzeitschäden mit sich bringen können, ist jedoch das Risiko einer

¹²² TAYLOR ET AL. 1994.

¹²³ KIRSCHNER 1993, S. 23.

¹²⁴ Der Vollzugsdienst 2/1997, 15.

¹²⁵ Frankfurter Rundschau Nr. 155 vom 9.7.1989.

Hepatitis-Infektion bei i.v. Drogenkonsumierenden als weitaus größer einzuschätzen als dasjenige einer HIV-Infizierung. Dieser Umstand und die Gefährlichkeit einer Hepatitiserkrankung (insbesondere Hepatitis C) wurden in der Vergangenheit deutlich unterschätzt. Erst in den vergangenen Jahren entstand zunehmend ein Problembewusstsein bei allen im Vollzug involvierten Gruppen. So stellten Keppler et al. in der Vollzugsanstalt für Frauen in Vechta (Niedersachsen) neben einer Hepatitis-C (HCV)-Prävalenz von 74,8% unter den i.v. Drogenkonsumierenden auch eine Hepatitis-B (HBV)-Prävalenz von 78% fest.¹²⁶ Auch Heinemann/Püschel stellten in einer Studie in den Vollzugsanstalten Hamburg-Fuhlsbüttel eine HBV/HCV-Gesamtprävalenz von rund 50% bei den drogenkonsumierenden Insassen fest; dabei waren die Prävalenzraten bei den Heroin- und Kokaingebrauchern sogar noch erheblich höher (64% HBV, über 80% HCV).¹²⁷ Stöver und Weiland berichteten von einer HBV-Prävalenz von 36,3% bis 58% unter i.v. Drogenkonsumierenden in deutschen Haftanstalten, während die HCV-Prävalenz bei i.v. Drogenkonsumierenden mit 43,9% bis zu 83% noch erheblich darüber lag.¹²⁸ Auch das Justizministerium Baden-Württemberg berichtete von einer HCV-Erkrankung bei 17% aller Gefangenen im baden-württembergischen Justizvollzug. Dabei handelte es sich überwiegend um i.v. Drogenkonsumierende. Bei dieser Gruppe betrug die Befundrate über 70%, mehr als die Hälfte davon wurde als infektiös eingestuft.¹²⁹ Bei einer Untersuchung in der Justizvollzugsanstalt Heilbronn wurde eine HCV-Infizierung bei 77% (67 von 87) der i.v. Drogenkonsumierenden festgestellt.¹³⁰ Die Untersuchung im Kölner Justizvollzug ergab eine HCV-Infektion bei 68% der befragten i.v. Drogenkonsumierenden und nur 8% der nicht i.v. Drogenkonsumierenden.¹³¹

Die besondere epidemische Bedeutung von Hepatitiserkrankungen und ihr Zusammenhang mit HIV/AIDS bei i.v. Drogenkonsum schilderten Testresultate, die anhand einer Untersuchung einer Berner Projektgruppe (Schweiz) - dabei handelte es sich um Teilnehmer an der Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige - gewonnen wurden. Nachweislich trat dort eine HIV-Infektion in

¹²⁶ KEPPLER 2001, 10; KEPPLER / NOLTE / STÖVER 1996, 97.

¹²⁷ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 b, Tabellen Nr. 57-60.

¹²⁸ STÖVER / WEILAND 1997, 22 f.; GAUBE ET AL. 1993, 247 f.; PATTI 1993, 136 f.; noch höhere Werte bei HEINTGES 1994, 1368 f.

¹²⁹ Der Vollzugsdienst 3/1997, 8 (9).

¹³⁰ GBORDZOE 1997, 87.

der 114 Personen umfassenden Untersuchungsgruppe nur mit gleichzeitigem Befund von HCV oder in Kombination mit HCV und HBV auf; 60% der aufgetretenen HIV-Infektionen lagen zusammen mit HBV und HCV vor.¹³² In der bundesdeutschen Haftanstalt Wolfenbüttel wurde eine 100 bis 200fach erhöhte Häufigkeit der Verbreitung der Hepatitiden A, B und C gegenüber der Normalbevölkerung festgestellt.¹³³ Alarmierende Daten lagen auch für den Berliner Strafvollzug vor. Eine Untersuchung von 621 HIV-positiven Inhaftierten ergab, dass 95,8% eine Hepatitis B-Erkrankung hinter sich hatten. Zudem wurde seit Einführung des HCV-Tests unter 271 untersuchten HIV-positiven Inhaftierten zu 97% eine HCV-Infektion festgestellt.¹³⁴

Zwar gilt auch hier das für die Auswertung der Studien zur HIV-Prävalenz Gesagte. Dennoch ist festzuhalten, dass - obwohl sowohl AIDS- als auch Hepatitis-Viren parenteral übertragen werden - die Werte der HBV- und HCV-Infektionsraten unter i.v. Drogenkonsumierenden im Gegensatz zur HIV-Prävalenz erheblich höher liegen. Ursache dafür ist zum einen die gegenüber HIV-Viren längere Überlebensdauer der Hepatitis-Viren bei hoher Hepatitisvirenkonzentration - der HCV kann bis zu fünf Jahre (!) aktiv sein. Zum anderen reicht für eine Hepatitis-Infektion eine viel geringere Viruslast aus, als für eine HIV-Infektion notwendig wäre. Letztlich können auch solche Reinigungsmaßnahmen der Spritzbestecke, die nicht sterilisierende Wirkung haben, die HIV- Infektionsgefahr eher reduzieren, denn das Hepatitis-C-Virus ist weitaus hitzeresistenter und wird erst bei Temperaturen über 160 Grad Celsius abgetötet. Schließlich ist nicht zu unterschätzen, dass sich die Präventionsbotschaften für Drogengebraucher in der Gesellschaft bislang noch immer sehr stark auf HIV-Infektionsgefahren konzentrieren. Vielen Drogenkonsumenten ist zwar ihr HIV-Status bekannt ist, jedoch ist nur ein sehr geringer Teil der Drogengebraucher über seinen Hepatitis-Viren-Status informiert. So wird bislang zwar seitens der Betroffenen versucht, trotz praktizierten Nadeltausches das Infektionsrisiko zumindest dadurch einzudämmen, dass HIV-Infizierte nur mit ebenfalls bereits Inf-

¹³¹ DBDD 2001, 157.

¹³² HÄMIG 2002, § 12 Rn. 5.

¹³³ GAUBE ET AL. 1993, 247 f.

¹³⁴ BREEDECK ET AL. 1997, 16 f.

zierten tauschen oder der HIV-Infizierte die Nadel zuletzt zur Benutzung erhält. Eine Übertragung von Hepatitis-Viren wird dadurch aber nicht verhindert.

4. Nachweis haftinterner Infektionen

Einen Nachweis für den Zusammenhang einer HIV-/Hepatitis-Infektion eines i.v. Drogenkonsumierenden und dem (Mehrfach-) Gebrauch unsauberer Spritzen im Strafvollzug zu erbringen, gestaltet sich grundsätzlich sehr schwierig. Aussagen zu Transmissionswegen können regelmäßig nicht getroffen werden.¹³⁵ So lässt sich nicht ausschließen, dass aufgefundene Neuinfektionen auf anderem Weg und durch Außenkontakte der Betroffenen hervorgerufen worden sind. Der Betroffene könnte sich während eines Hafturlaubs oder Freigangs infiziert haben; durch den Besuch von Anwälten, Angehörigen und Freunden in der Haft könnte eine bereits infizierte Spritze eingeschmuggelt worden sein und diese den Übertragungsherd darstellen. Schließlich resultieren Unsicherheiten des Nachweises einer haftinternen Infektion aus der langen Inkubationszeit. Diese beträgt rund sechs bis zwölf Wochen, mitunter sogar noch länger, bevor sowohl AIDS- als auch Hepatitis-Viren im Blut nachgewiesen werden können.¹³⁶ Wenn ein Positivtest zwei bis drei Monate nach Einlieferung in die Haftanstalt notiert wird, lässt sich nicht mit Gewissheit ausschließen, dass die Infektion bereits vor Hafteintritt stattgefunden hat. Schließlich finden auch nur selten in den Anstalten Reihenuntersuchungen statt, der Gefangene wird üblicherweise nur bei Haftantritt getestet. So schlossen bei einer Befragung von HIV-infizierter Insassen mehr als drei Viertel der Befragten sogar selbst eine Infizierung innerhalb der Haft aus oder hielten eine Infektion außerhalb der Haft jedenfalls für möglich.¹³⁷ Ein Fehlen regelmäßiger Untersuchungen bzw. Nachuntersuchungen lässt keine sicheren, genauen Aussagen über die Inzidenz von HIV-Neuinfektionen innerhalb des Strafvollzugs zu. Lediglich Hessen sieht eine halbjährliche Nachuntersuchung bei denjenigen Inhaftierten vor, die zuvor HIV-negativ getestet worden waren, Baden-Württemberg hat kurzzeitig in einer zweijährigen Testreihe Wiederholungstests mit hoher Beteiligung der Inhaftierten durchgeführt. Aus dem baden-württembergischem Strafvollzug wur-

¹³⁵ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 120.

¹³⁶ LAUFS / LAUFS 1987, 2260.

¹³⁷ STÖVER / SCHULLER 1992, S. 103 f.; GÄHNER 1991.

de bereits von zwei HCV-Neuinfizierungen während der Inhaftierung berichtet, gleichwohl wurde aber für eine der Neuinfektionen trotz negativen Zugangsstatus' des Infizierten ein Übertragungsweg auch außerhalb der Haft für möglich gehalten.¹³⁸

Die Schwierigkeiten, haftinterne Infektionen nachzuweisen, führen auch ausländische Veröffentlichungen vor Augen. Von sieben Studien zur HIV-Übertragung in Haft in den USA und Schottland¹³⁹ zeigten sich sechs ungeeignet, eine Übertragung von HIV in Haft nachzuweisen, alle sechs stimmen darin überein, dass eine Übertragung sehr selten vorkommt.¹⁴⁰ Verantwortlich gemacht werden dafür zum einen die geringe Beteiligung der Haftinsassen an den HIV-Tests und eine Unterrepräsentation vor allem von Risikogruppen wie i.v. Drogenkonsumenten. Zum anderen hatten sich diese Studien vorwiegend an Langstrafeninsassen orientiert. Für Langstraffer wird international ein geringeres Infektionsrisiko in der Haft als bei Kurzstrafkern angenommen.¹⁴¹ Die zu einer Langstrafe Verurteilten werden regelmäßig in gesicherten Haftanstalten untergebracht, in denen die Gefangenen aufgrund der verstärkten Sicherheitskontrollen überhaupt nur selten die Gelegenheit haben, Drogen zu konsumieren und untereinander Spritzen zu tauschen.¹⁴² Gesicherte Nachweise für die Übertragungswege und den Ursprung der Infektionen konnten auch hier nicht erbracht werden. So waren in einer New Yorker Haftanstalt sechs HIV-infizierte Inhaftierte festgestellt worden, die ohne Unterbrechung inhaftiert waren und zu Haftbeginn noch nicht infiziert waren. Der Übertragungsweg der Infektionen blieb aber ungeklärt.¹⁴³ Auch aus Australien wurde von einem Fall einer in der Haft zugezogenen HIV-Infektion eines Inhaftierten berichtet, doch auch dort fehlten Hinweise auf die Umstände der Infizierung.¹⁴⁴ Eine Studie im Glenochil Gefängnis in Glasgow hat versucht, einen Zusammenhang zwischen HIV-Infektionen, intravenösem Drogenkonsum, dem Risikover-

¹³⁸ Der Vollzugsdienst 3/1997, 8 (9).

¹³⁹ Übersicht dazu bei DOLAN 1997, S. 220 (Studie 1: CENTERS FOR DISEASE CONTROL 1986, 195 ff; Studie 2: MUTTER ET AL. 1994, 793 ff; Studie 3: KELLEY ET AL. 1986, 2198 f; Studie 4: BREWER ET AL. 1988, 363 ff; Studie 5: HORSBURGH ET AL. 1990, 209 (210); Studie 6: TAYLOR ET AL. 1995, 289 ff.).

¹⁴⁰ ausführliche Nachweise dazu bei DOLAN 1997, S. 216 ff.

¹⁴¹ DOLAN 1997, S. 216 ff.

¹⁴² DOLAN 1997, S. 218

¹⁴³ DOLAN ET AL. 1994, 160; GAUNAY / GIDO 1986.

¹⁴⁴ DOLAN 1997, S. 218.

halten in Haft und der Zeit der Inhaftierung nachzuweisen.¹⁴⁵ Für acht von 14 Neuinfizierten hielt die Studie jedenfalls eine Infektion innerhalb der Haft zumindest für wahrscheinlich.¹⁴⁶

Verhältnismäßig verlässliche Daten zum Nachweis einer Hepatitis-C-Infektion im Strafvollzug liegen dagegen mit der exemplarischen Untersuchung von Keppler et al.¹⁴⁷ vor. Die Studie basiert auf einer Auswertung der Gesundheitsakten aller zwischen 1992 und 1994 inhaftierten Frauen in der Strafvollzugsanstalt in Vechta (Niedersachsen). Der Studie zufolge hatten sich 20 der insgesamt 41 mit Hepatitis infizierten Frauen während der Inhaftierung infiziert. Diese Zahlen beruhen auf der Untersuchung der Gruppe von i.v. Drogenkonsumierenden, die in der fraglichen Zeit ununterbrochen inhaftiert und mindestens zweimal getestet worden waren. Dennoch ist auch hier einschränkend anzumerken, dass die Anlage einer Krankenakte eine Selektion in der Haftpopulation bedeutet und zusätzlich aufgrund der eingeschränkten Freiwilligkeit und der Fluktuation der Gefangenengruppe die Testteilnahme recht unterschiedlich und bei den Folgetests deutlich geringer war. So ließen sich 21% der als i.v. drogenkonsumierend geltenden Frauen auf eine HCV-Infektion und 30% der übrigen Haftinsassinnen mindestens einmal testen. Von den 1032 Krankenakten betrafen 358 (34,7%) i.v. Drogenkonsumentinnen. Tendenzen der vermehrten Hepatitis-C-Infektionen bei i.v. Drogenkonsumierenden im Strafvollzug konnten grundsätzlich auch Heinemann und Püschel in ihrer Untersuchung im geschlossenen Strafvollzug in Hamburg-Fuhlsbüttel bestätigen, wenngleich sie nicht ausschlossen, dass ein Großteil der infizierten Drogenkonsumenten bereits bei Eintritt in die Anstalt infiziert war.¹⁴⁸

Das besondere Infektionsrisiko von Haftaufenthalt und i.v. Drogenkonsum versuchen auch außerhalb des Strafvollzugs durchgeführte Studien seit längerem zu belegen. Sie können jedoch allenfalls eine Korrelation zwischen Infektionsstatus und Haftaufenthalt untermauern. So haben bereits Kleiber und Pant¹⁴⁹ versucht, in einer umfangreichen Studie mit insgesamt 2431 i.v. Drogenkonsumierenden einen Zusammenhang nachzuweisen, indem sie im Ergebnis neben Prostitutionserfah-

¹⁴⁵ TAYLOR ET AL. 1995, 290 f.

¹⁴⁶ TAYLOR ET AL. 1995, 290 f.

¹⁴⁷ KEPPLER / NOLTE / STÖVER 1996, 98 ff.

¹⁴⁸ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 b, S. 62 ff.

¹⁴⁹ KLEIBER / PANT 1996, S. 132.

rungen insbesondere den Haftaufenthalt als entscheidenden Risikofaktor einer HIV-Infektion herausstellten. Dabei hatten rund 9% der Befragten angegeben, unsteril in der Haft gefixt zu haben, Von denjenigen Personen mit mehr als drei Haftaufenthalten waren rund 31,1% HIV-infiziert. Im Gegensatz dazu waren es nur 9,5% bei denjenigen, die noch nie inhaftiert waren. Auch Müller et al. haben sich in einer Untersuchung von 612 i.v. Drogenkonsumierenden aus Berlin mit dem Nachweis eines Zusammenhangs zwischen HIV-Infektion und Spritzentausch in Haft beschäftigt.¹⁵⁰ Koch und Ehrenberg stellten insbesondere bei Frauen verstärkt einen Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion und der Häufigkeit der Haftaufenthalte fest. Von 660 befragten Drogenabhängigen wies die Gruppe der i.v. Drogenkonsumentinnen mit Hafterfahrung eine doppelt so hohe HIV-Prävalenz auf wie diejenige ohne Hafterfahrung (23,7% / 12,5%).¹⁵¹ Stark et al. berichten in einer Studie mit über 1000 befragten Drogenabhängigen, dass bei denjenigen Personen, die während der Haft häufig fremde Spritzen benutzen, das HIV-Infektionsrisiko um über das 10fache höher liegt als bei denen, die nie inhaftiert waren. Von denjenigen, die eigenen Angaben zufolge mehr als 50 mal fremde Spritzen benutzt hätten, seien 50% HIV-infiziert gewesen.¹⁵²

1994 hatte eine Analyse amtlich gemeldeter Hepatitis-Infektionen außerhalb des Justizvollzugs eine sowohl relative als auch absolute Zunahme der Hepatitis-B-Infektionen in der Risikogruppe "i.v. Drogenkonsument und Haftinsasse" ergeben.¹⁵³ Lauf et al. schlussfolgern in einer Untersuchung an 4659 Hepatitis-C-infizierten Personen aus dem Hamburger Raum auf ein ausgeprägtes Risikopotential von "i.v. Drogenkonsum" (23,4%) und "Haftaufenthalt" (12,5%) für die infizierten Personen.¹⁵⁴

Die aufgezeigten Studien konnten jedoch insgesamt nur auf eine selektierte Gruppe von i.v. Drogenkonsumierenden zurückgreifen. Zudem haben Erfahrungen gezeigt, dass Mehrfachbestrafte innerhalb des Strafvollzugs nicht selten zu riskan-

¹⁵⁰ MÜLLER ET AL. 1995, 183 (198).

¹⁵¹ KOCH / EHRENBURG 1992, S. 55 (79).

¹⁵² STARK ET AL. 1995, 331 f.

¹⁵³ RIEGER-NDAKORERWA 1994, 133 f.

¹⁵⁴ LAUFS ET AL. 1994, 239 (240).

teren Konsumformen und -gewohnheiten neigen als Erstinhaftierte.¹⁵⁵ Um den Forschungsrückstand zur Frage von Nachweis und Risiko der Übertragung von Hepatitis-Infektionen innerhalb des Strafvollzugs aufzuholen, wird die Empfehlung von Heinemann und Püschel begrüßt, zukünftig in ausreichend groß angelegten Studien den Schwerpunkt innerhalb der Haftpopulation auf die Gruppe derjenigen Personen zu konzentrieren, die als erstmalig Inhaftierte erst kurze Zeit einsitzen und eine relativ kurze Drogenkarriere hinter sich haben.¹⁵⁶

¹⁵⁵ KLEIBER / PANT 1996, S.132; KOCH / EHRENBURG 1992, S. 55 (79).

2. Teil Empirisch- vergleichende Aspekte der Infektionsprophylaxe durch Spritzenvergabe im Strafvollzug

Als Reaktion auf die steigenden Infektionsraten i.v. Drogenkonsumierender im Strafvollzug und die fehlende Möglichkeit, den Drogenkonsum vollständig zu unterbinden, werden seit einigen Jahren in einigen Haftanstalten in Deutschland und der Schweiz sterile Spritzen an die Insassen ausgegeben. Alle Projekte werden bzw. wurden modellhaft durchgeführt, vielfach wissenschaftlich begleitet. Auch wenn nur schwer der Nachweis einer HIV-/Hepatitis-Infektion innerhalb des Strafvollzugs geführt werden kann und Studien über den Infektionsstatus der i.v. Drogenkonsumierenden vorsichtig interpretiert werden müssen¹⁵⁷, so haben dennoch die im ersten Teil dieser Arbeit dokumentierten HIV- und HBV-/HCV-Prävalenzen im Strafvollzug jedenfalls die Notwendigkeit unterstrichen, grundsätzlich Maßnahmen zum Schutz der i.v. Drogenkonsumierenden vor Infektionsgefahren auch innerhalb des Strafvollzugs zu ergreifen.

Kann die Abgabe steriler Spritzen ein praktikabler und effektiver Weg sein, um das Risiko einer HIV-/ Hepatitis-Infektion i.v. Drogenkonsumierender innerhalb des Strafvollzugs einzudämmen? Lässt sich die Spritzenvergabe im Strafvollzug flächendeckend realisieren und welche tatsächlichen Hürden sind dabei zu überwinden? Die Beantwortung dieser praxisbezogenen Fragen ist Inhalt des 2. Teils.

Die Arbeit fußt zum einen auf einer Sekundäranalyse der Forschungsberichte der bereits durchgeführten Modellprojekte sowie zahlreicher Dokumente in Fachzeitschriften, zum anderen auf Ergebnissen eines internationalen Forschungskolloquiums, das im Juni 1998 vom Institut für Kriminologie der Justus-Liebig-Universität Gießen durchgeführt worden ist.

¹⁵⁶ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 b, S. 118.

I. Argumentations- und Diskussionsstand zur Spritzenvergabe in Haft

Mit Beginn der ersten anstaltsinternen Spritzenvergabeprojekte in Deutschland und der Schweiz wurde die Diskussion um das Für und Wider solcher Maßnahmen in Gang gesetzt.

Gegner der Spritzenvergabe im Strafvollzug stellen nach wie vor ihre Notwendigkeit in Frage. Es bestehe nur wenig Bedarf für die Ausgabe steriler Spritzen in Haft. HIV-Infektionen in der Haft träten selten oder nie auf, sie seien nicht erwiesen und könnten auch bei einer Spritzenvergabe nicht vermieden werden.¹⁵⁸ Vielmehr seien andere Übertragungswege als der i.v. Drogenkonsum für haftinterne HIV-Infektionen verantwortlich.¹⁵⁹ Daneben werden insbesondere Sicherheitsbedenken gegen die Spritzenvergabe in Haftanstalten angeführt.¹⁶⁰ So wird ein erhöhtes Gefahrenpotential infolge einer unüberschaubaren und unkontrollierbaren Zahl von in der Haft kursierenden Spritzen befürchtet. Das Risiko, sich bei Zellenkontrollen durch einen Griff in eine versteckte Spritze zu verletzen, könne erheblich zunehmen und es bestünde die Gefahr, dass die Spritzen als Waffe eingesetzt würden.¹⁶¹ Die Bediensteten sehen sich dabei einem insgesamt nicht mehr zumutbaren Risiko ausgesetzt; die ohnehin geringe Zahl von Vollzugsbediensteten könne die zusätzlichen Risiken nicht ausreichend überwachen und keinen ausreichenden Schutz für Inhaftierte und Bedienstete gewährleisten.¹⁶²

Insbesondere die mit der Spitzenausgabe verbundene Widersprüchlichkeit empfinden die Bediensteten oftmals als negativ. Einerseits wird von ihnen verlangt, Drogen und deren Konsum in Haft zu verhindern und zu verfolgen, andererseits soll der Besitz einer ausgegebenen Spritze in Haft zulässig sein und keinen Anlass für weitere Kontrollen bieten. Die Bediensteten sehen die Glaubwürdigkeit ihrer

¹⁵⁷ Dazu bereits im 1. Teil III. 2. und 4.

¹⁵⁸ Dazu insgesamt Stellungnahmen der Landesverbände der Vollzugsbediensteten, Hamburg: Der Vollzugsdienst 2/1995; 2 (4); Rheinl.-Pfalz: Der Vollzugsdienst 4/5/1995, 45; Nordrh.-Westf.: Der Vollzugsdienst 6/1996, 32 (33); Bundesvorstand: Der Vollzugsdienst 1/1997, 2 ff; Berlin: Der Vollzugsdienst 1/1997, 13 sowie 3/1997, 13; Hessen: Der Vollzugsdienst 2/1997, 13 ff.; Baden-Württ.: Der Vollzugsdienst 3/1997, 8 f.; Schlesw.-Holst.: Der Vollzugsdienst 1/1998, 53.

¹⁵⁹ GBORDZOE 1997, 87, Nordrh.-Westf.: Der Vollzugsdienst 6/1996, 32 (33).

¹⁶⁰ Hessen: Der Vollzugsdienst 2/1997, 15.

¹⁶¹ Nordrh.-Westf.: Der Vollzugsdienst 6/1996, 32 (33).

¹⁶² Nordrh.-Westf.: Der Vollzugsdienst 6/1996, 33; KERN 1992, 92.

dienstlichen Tätigkeit gefährdet. Das Verfügbarmachen steriler Spritzen komme einem Akzeptieren drogenbegleitender Maßnahmen und einer Kapitulation vor dem Drogenproblem gleich, es könne von den Inhaftierten leicht als Signal zur Drogenfreigabe fehlinterpretiert werden.¹⁶³ Ein wesentlicher Einwand der Bediensteten stützt sich auch auf mögliche Anreizwirkungen der Spritzenvergabe für i.v. Drogenkonsumierende. So wird zum einen eine Zunahme des i.v. Konsums durch den Umstieg von anderen Konsumformen auf die intravenöse Konsumform befürchtet; zum anderen wird auch ein deutlicher Anstieg der Zahl der Neu- und Wiedereinsteiger in den Drogenkonsum für möglich gehalten.¹⁶⁴ Schließlich wird die Ausgabe steriler Spritzen als kontraproduktiv gegenüber und unvereinbar mit den vorrangig zu verfolgenden, auf Drogenfreiheit ausgerichteten Therapiebestrebungen und Substitutionsangeboten im Strafvollzug empfunden.¹⁶⁵ Letztlich werden auch ökonomische Bedenken vorgebracht. Angesichts gegenwärtiger Gefängnisüberfüllungen und der Überbelastung des ohnehin unterbesetzten Personals könne man nicht noch zusätzliche Aufgaben wahrnehmen¹⁶⁶, die beispielsweise durch Wartung und Bestückung der Automaten oder die Ausgabe steriler Spritzen an den Wochenenden erforderlich würden.

Befürworter einer Spritzenvergabe im Strafvollzug berufen sich in erster Linie auf die Pflicht des Strafvollzugs, wenigstens die Gesundheit der Inhaftierten zu schützen. Wenn mehrere Drogenkonsumenten gemeinsam eine Spritze benutzten, so stelle dies ein erhebliches Infektionsrisiko dar, welches der Vollzug mit der Ausgabe sauberen Spritzbestecks verhindern könne und müsse.¹⁶⁷ Weil das Einschleusen von Betäubungsmitteln nicht verhindert werden könne, müsse sich der Strafvollzug dem Drogenproblem stellen und notwendige Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der i.v. Drogenkonsumierenden ergreifen.¹⁶⁸ Die Befürworter der Spritzenvergabe im Strafvollzug bekräftigen Dringlichkeit und Notwendigkeit, die Situation der i.v. Drogenkonsumierenden im Vollzug an diejenige in der zivilen Gesellschaft anzugleichen und den Inhaftierten vorhandene Mög-

¹⁶³ SCHÄFER / SCHOPPE 1998, § 21 Rn. 37.

¹⁶⁴ HEINEMANN / GROSS 2001, 62; KEPPLER 2001, S. 86.

¹⁶⁵ Nordrh.-Westfl.: Der Vollzugsdienst 6/1996, 32 (33).

¹⁶⁶ PODIUMSDISKUSSION 1999, 32 (33).

¹⁶⁷ STUHLMANN 1997, S. 36; GESUNDHEITSAUSSCHUSS 1994, 15; KREUZER 1994, S. 47; STÖVER 1994 b, S. 327; KAULITZKY 1993, S. 230; LESTING 1990, 226.; KREUZER 1988, 811; DERS. 1987, 269.

¹⁶⁸ KRUMSIEK 1992, 308.

lichkeiten, sich selbst vor Infektionen zu schützen, auch bereit zu stellen.¹⁶⁹ Man erhofft sich durch die Ausgabe steriler Spritzen zudem einen Rückgang subkultureller Einflüsse innerhalb des Strafvollzugs. So könne erreicht werden, dass die Inhaftierten offener mit ihrer Sucht umgingen, und der Zugang zu ihnen und ihrer Suchtproblematik könne dadurch erleichtert werden.¹⁷⁰ Die Ausgabe steriler Spritzen würde zu einem Rückgang des Schwarzmarktwertes der Spritzen und von Erpressungen und Drohungen in Verbindung mit dem Beschaffen illegaler Spritzen führen.¹⁷¹ Weil repressive Maßnahmen bisher keinen Erfolg bei der Eindämmung des Drogenproblems in Haft gebracht hätten, sei es dringend an der Zeit, Maßnahmen der „harm reduction“ einzuführen.¹⁷²

Allein schon das bloße mengenmäßige Überwiegen der Argumente der Gegner verdeutlicht, wohin sich die Diskussion um die Frage der Einführung der Spritzenvergabe im Strafvollzug in den Bundesländern bewegt. So stehen in den meisten Bundesländern neben den Vollzugsbediensteten auch die verantwortlichen Politiker einer Spritzenvergabe im Strafvollzug ablehnend gegenüber.

In *Hessen* wurden wissenschaftliche Vorüberlegungen zur Frage des Bedarfs und der Realisierung einer Spritzenvergabe im Vollzug in der Vergangenheit mehrmals vereitelt. Vertreter des Allgemeinen Vollzugsdienstes und aus Politik und Presse hatten in grober Verkennung der Forschungsunterlagen des Instituts für Kriminologie der Justus-Liebig-Universität Gießen Falschmeldungen an ein Massenblatt weitergeleitet, das dann wahrheitswidrig behauptete, das Forschungsprojekt habe die Einführung einer Spritzenvergabe zum Ziel und mit der Durchführung sei bereits begonnen worden.¹⁷³ Nach wie vor spricht sich der Landesverband der hessischen Justizvollzugsbediensteten vehement gegen eine Ausgabe steriler Einwegspritzen aus, weil dies gegen den abgeleisteten Dienst und die auferlegte Verpflichtung zur Wahrung der Rechtsordnung verstoße; Spritzenvergabe fördere Drogenkonsum und -missbrauch und sei nicht mit dem Betäubungsmittelgesetz vereinbar.¹⁷⁴ Der damalige Justizminister von Plottnitz hatte den

¹⁶⁹ STÖVER 1994 b, S.327; BÖLLINGER 1991, 302.

¹⁷⁰ KAULITZKY 1993, S. 230 f.

¹⁷¹ REX 1991, 343.

¹⁷² FEEST 2001, S. 9 (10).

¹⁷³ Welt am Sonntag vom 19.1.1997.

¹⁷⁴ Der Vollzugsdienst 2/1997, 15.

Vollzugsbediensteten zugesichert, keine Spritzenvergabe gegen ihren erklärten Willen einführen zu wollen. Die Vollzugsbediensteten sehen sich seitdem in ihrem Einfluss auf eine Einführung einer Spritzenvergabe im Strafvollzug bestärkt und jegliche Diskussionen und Vorstöße insbesondere durch die dortige Aids-Hilfe scheiterten bereits an der exponierten Stellung des Landesverbandes. Auch die Einstellung der Regierung änderte sich nicht unter der derzeit amtierenden CDU-Regierung.. Das Koalitionspapier von CDU und FDP sieht sogar nach wie vor eine insgesamt härtere Drogenpolitik vor, die schärfere Drogenkontrollen in hessischen Haftanstalten beinhaltet, um den Drogenkonsum einzudämmen und die Anstalten letztlich drogenfrei zu bekommen.

In *Rheinland-Pfalz* hatte sich bereits 1995 der damalige Justizminister Caesar ausdrücklich gegen die Spritzenvergabe ausgesprochen. Eine Spritzenvergabe in Haft würde die Rahmenbedingungen des Strafvollzuges außer Acht lassen. Sie führe zu Widersprüchen beim Personal, die nicht zu lösen seien.¹⁷⁵

Auch in *Bremen* findet sich nach wie vor eine ablehnende Haltung des Bremer Justizressorts. Schon 1997 hatten sich der Anstaltsarzt und ein Vertreter des Personalrates auf einem Expertenforum gegen eine Spritzenvergabe ausgesprochen. Man wolle keine halben Sachen machen; wenn Spritzen legal zugänglich gemacht werden sollten, so müsse auch eine kontrollierte Heroinvertgabe möglich gemacht werden.¹⁷⁶ Aus Protest gegen die ablehnende Haltung der Verantwortlichen der Vollzugsanstalt Bremen-Oslebshausen hatten Mitglieder des Drogenverbandes "akzept" Weihnachten 1998 sowie Ostern 1999 Päckchen mit sterilen Spritzen über die Anstaltsmauer geworfen und so symbolisch eine Spritzenvergabe auch im Bremer Strafvollzug möglich gemacht.¹⁷⁷

Auch in *Nordrhein-Westfalen* stößt eine Spritzenvergabe seit längerem auf heftigen Widerstand der Vollzugsbediensteten. Der Vollzug sei auf die Behandlung von Drogenabhängigen nur unzureichend vorbereitet; Drogenhilfebemühungen müssten dort ihre Grenzen finden, wo unaufgebbare Rechtspositionen und unkal-

¹⁷⁵ Der Vollzugsdienst 4/5/1995, 45.

¹⁷⁶ TAZ-BREMEN vom 21.12.1998; KRIEG 1994, 9.

¹⁷⁷ TAZ-BREMEN vom 29.3.1999; TAZ-BREMEN vom 21.12.1998; Weser-Kurier vom 23.12.1998.

kulierbare Sicherheitsrisiken eingegangen werden.¹⁷⁸ Zudem verlange der Behandlungsauftrag, die Suchtprobleme zu bekämpfen, denn eine resozialisierende Integration des Süchtigen werde erst gelingen, wenn zunächst die Suchtproblematik behandelt werde.¹⁷⁹ Verstärkt setzt sich in nordrhein-westfälischen Gefängnissen eine härtere drogenpolitische Linie durch. Das OLG Hamm bestätigte anlässlich einer Beschwerde eines Drogenabhängigen gegen eine Langzeitbesuchssperre für seine Ehefrau, dass auch der Genuss weicher Drogen das Vollzugsziel der Resozialisierung gefährde und durch Langzeitbesuchsverbote verhindert werden müsse; die Gefahr des Einschmuggels von Drogen sei zu groß.¹⁸⁰ Das Gericht forderte die Vollzugsanstalten auf, in ihren Hausordnungen festzulegen, dass Drogenkonsumenten grundsätzlich von Langzeitbesuchen ausgeschlossen werden, weil sie nicht die erforderliche Zuverlässigkeit hätten.¹⁸¹

Das *baden-württembergische* Justizministerium hatte sich im Mai 1997 dahingehend geäußert, Ergebnisse der Schweizer und Niedersächsischen Modellprojekte abwarten zu wollen, bevor überhaupt die Frage nach einer Spritzenvergabe in baden-württembergischen Anstalten aufgegriffen werden könne; ein entsprechendes Konzept könne erst nach einer umfassenden Güter- und Interessenabwägung verantwortungsvoll erstellt werden.¹⁸² Das Ministerium sprach sich dabei lediglich erneut für stetige Aufklärung und aktuelle Information über Infektionsrisiken der Inhaftierten als wichtigste Präventionsmaßnahme aus. Doch in der Vergangenheit wurde ein Infektionsrisiko der i.v. Drogenkonsumierenden im Strafvollzug nur als gering eingestuft.¹⁸³ Aber auch nach Beendigung der Modellprojekte in Niedersachsen und der Schweiz hat bislang keine fruchtbare Diskussion über eine Spritzenvergabe im baden-württembergischen Strafvollzug stattgefunden.

Der *schleswig-holsteinische* Koalitionsvertrag zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 10.5.1996 sah seinerzeit die Einführung von Spritzentauschprogrammen in allen Bereichen des Strafvollzugs vor. Das Konzept beinhaltete, dass eine Spritzenvergabe auch durch externe Mediziner erfolgen kann, wenn der An-

¹⁷⁸ Der Vollzugsdienst 6/1996, 32 (33).

¹⁷⁹ Der Vollzugsdienst 6/1996, 32 (33).

¹⁸⁰ Der Vollzugsdienst 4/5/1995, 30.

¹⁸¹ Der Vollzugsdienst 4/5/1995, 30.

¹⁸² Der Vollzugsdienst 3/1997, 9.

¹⁸³ Der Vollzugsdienst 3/1997, 8 f.

staltsarzt eine Vergabe ablehnt. So sollte die ärztliche Gewissensfreiheit beachtet und respektiert und nicht dem beamtenrechtlichen Gehorsam untergeordnet werden.¹⁸⁴ Auch in Schleswig-Holstein ging man von einem hohen Prozentsatz i.v. Drogenkonsumierender im Strafvollzug aus, wobei nach Schätzungen der Frauenanteil dabei sogar deutlich höher liegen sollte als der Anteil männlicher Gefangener. Deshalb fanden bereits Gespräche statt, im Frauenvollzug den Zugang zu sterilen Spritzen versuchsweise zu ermöglichen.¹⁸⁵ Bislang wurden jedoch keine konkreten Bestrebungen hinsichtlich einer Umsetzung des Spritzenvergabekonzepts unternommen. Vielmehr sprach sich mittlerweile der Vorstand des Landesverbandes der Strafvollzugsbediensteten einstimmig gegen eine Spritzenvergabe im Frauenvollzug der Anstalt Lübeck aus. Die Ablehnung stützt sich im Wesentlichen auf vollzugliche und vollzugsrechtliche Widersprüche. Die Spritzenvergabe verstoße gegen den gesetzlichen Behandlungsauftrag des Vollzuges, die besondere Fürsorgepflicht gegenüber den drogenabstinenten Gefangenen verbiete die Ausgabe steriler Spritzen, der Vollzug müsse den Drogenkonsum bekämpfen; auch wenn dieses Ziel aufgrund der konkreten Lebensumstände in den Vollzugseinrichtungen kaum vollständig realisiert werden könne, dürfe es trotzdem nicht durch eine Spritzenvergabe in Frage gestellt werden.¹⁸⁶

Stellvertretend für die neuen Bundesländer werden hier im *sächsischen Strafvollzug* Spritzenaustauschprogramme schon für nicht erforderlich gehalten. Zwar existiere i.v. Drogenkonsum auch in sächsischen Haftanstalten, jedoch sei dieser nur vereinzelt vorhanden.¹⁸⁷ Dennoch rechnet man auch in ostdeutschen Haftanstalten mit einem zunehmenden i.v. Drogenkonsum, denn insbesondere die zunehmenden osteuropäischen Straftäter werden allgemein als nicht wählerisch allem Neuen gegenüber beschrieben und die Lust auf besonders intensiven Drogenrausch steigt an.¹⁸⁸

Die Situation im europäischen Ausland sieht nicht anders aus. Lediglich *Spanien* plant seit längerem, in zwei Haftanstalten (Anstalten Trinidad, nahe Barcelona, und Basaure, nahe Bilbao) sterile Spritzen über den medizinischen Dienst aus-

¹⁸⁴ Der Vollzugsdienst 1/1998, 53.

¹⁸⁵ Der Vollzugsdienst 1/1998, 54.

¹⁸⁶ Der Vollzugsdienst 1/1998, 54.

¹⁸⁷ STIELER 1999, 578 (zu beachten ist aber auch die geringe Testquote der Inhaftierten: 21%).

¹⁸⁸ STIELER 1999, 578.

zugeben. In den *Niederlanden* wird dagegen kein Bedarf an sterilen Spritzen im Strafvollzug gesehen. Eine Studie zur Zahl der i.v. Drogenkonsumierenden und zur HIV- und Hepatitis-Prävalenz in Amsterdamer Haftanstalten kam zu dem Ergebnis, dass - entgegen den Ergebnissen aus anderen Ländern - in den *Niederlanden* nur ein geringes Risikoverhalten im Hinblick auf HIV-Infektionen unter i.v. Drogenkonsumierenden in Haft bestehe; obwohl der Konsum von Kokain und Heroin auch in den Gefängnissen in den *Niederlanden* üblich sei, werde kaum die intravenöse Konsumform gewählt, möglicherweise schon aufgrund des Fehlens sterilen Injektionsbestecks; es bestehe kein Grund für eine Spritzenvergabe in Haft, diese könne sogar kontraproduktiv sein.¹⁸⁹ Dazu ist jedoch anzumerken, dass im Unterschied zu den meisten anderen europäischen Haftanstalten die Inhaftierten in den *Niederlanden* regelmäßig in Einzelzellen untergebracht werden. Dies reduziert bereits schon die tatsächliche Möglichkeit eines gegenseitigen Spritzenaustauschs und damit die Möglichkeit, dass mehrere gemeinsam mit einer der wenigen illegal eingeführten Spritzen intravenös konsumieren. Zudem nahmen laut der genannten Studie rund 84% der Inhaftierten an Methadonprogrammen in der Endphase ihres Haftaufenthalts teil.¹⁹⁰ Solche Programme reduzieren zusätzlich, wenn auch nicht vollständig, das Ausmaß des i.v. Drogenkonsums in der Haft. Nicht unterschätzt werden darf auch die Tatsache, dass in den *Niederlanden* das Rauchen als Form des Drogenkonsums stark verbreitet ist. Ein erheblicher Teil der Drogenkonsumenten in den Amsterdamer Gefängnissen wird als asiatisch-stämmig bezeichnet; in deren Kulturkreis ist die Unverletzlichkeit des Körpers hoch angesiedelt und die intravenöse Konsumform wird deshalb von diesen Inhaftierten weitgehend gemieden.¹⁹¹ Insgesamt wird in den *Niederlanden* verstärkt das Ziel verfolgt, die Anstalten drogenfrei zu bekommen, wenn auch Schätzungen davon ausgehen, dass bis zu 50% der Haftinsassen Drogen nach wie vor konsumieren.¹⁹²

¹⁸⁹ VAN HAASTRECHT 1996.

¹⁹⁰ VAN HAASTRECHT 1996.

¹⁹¹ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - VAN DEN BROECK, Justizministerium Den Haag.

¹⁹² GOULTIER 1998.

II. Spritzenvergabeprojekte in Deutschland und der Schweiz - Kurzdarstellung der Anstalten, Entwicklung und Hintergründe der Modellprojekte

Im Folgenden wird ein Überblick über die der Arbeit zugrunde gelegten acht haft-internen Spritzenvergabeprojekte in Deutschland und der Schweiz gegeben. Dabei handelt es sich um die schweizer Strafvollzugsanstalten Oberschöngrün, Realta und Hindelbank, die deutschen Anstalten in Vechta, Lingen -Groß Hesepe- (Niedersachsen), die Vollzugsanstalt Hamburg-Vierlande sowie die Vollzugseinheiten in Berlin-Lichtenberg und Lehrter Straße.

1. Schweiz: Haftanstalten Oberschöngrün , Realta und Hindelbank

Die halboffene Schweizer *Männerstrafanstalt Oberschöngrün* (Kanton Solothurn) war die erste Anstalt Europas, die inhaftierten Drogenabhängigen sterile Spritzen zugänglich gemacht hat. Die Anstalt verfügt über 75 Haftplätze, die Haftdauer der Inhaftierten reicht von drei Monaten bis lebenslang.¹⁹³ Etwa die Hälfte der Insassen sitzt wegen Drogendelikten ein, 10 bis 15% gelten als schwerst drogenabhängig und i.v. drogenkonsumierend.¹⁹⁴ Im Oktober 1993 hatte der dortige Anstaltsarzt ohne Rücksprache mit der Anstaltsleitung begonnen, sterile Spritzen an Haftinsassen auszugeben. Gestützt auf die ihm obliegende Verantwortung für die Gesundheit der Insassen hatte er sein eigenmächtiges Handeln damit begründet, immer häufiger erleben zu müssen, dass inhaftierte Drogenkonsumenten die bereits mehrfach benutzten Spritzen untereinander tauschten, weil Spritzen Mangelware seien.¹⁹⁵ Die erst später informierte Anstaltsleitung wurde letztlich von den Beweggründen des Arztes überzeugt und konnte dann bei der zuständigen Vollzugsaufsichtsbehörde rückwirkend die Billigung der anstaltsärztlichen Spritzenausgabe erreichen.¹⁹⁶ Die Insassen erhalten seitdem in der ärztlichen Sprechstunde einmal pro Woche auf Wunsch eine oder mehrere Spritzen, Nadeln und Desinfektionsmittel im Tausch gegen benutzte Spritzen und Nadeln. Weil der behandelnde Anstaltsarzt nur einmal wöchentlich in die Anstalt kommt,

¹⁹³ Zur Vergleichbarkeit der einzelnen Haftanstalten und Ihrer Erfahrungen mit der Spritzenvergabe wird hier der Stand Mitte der 90er Jahre wiedergegeben.

¹⁹⁴ Übersicht bei NELLES ET AL. 1995, S. 53.

¹⁹⁵ NELLES ET AL. 1995, S. 53.

¹⁹⁶ NELLES ET AL. 1995, S. 53.

wird den Gefangenen mittlerweile sogar gestattet, bis zu 20 Spritzen gleichzeitig zu tauschen.¹⁹⁷

Die Spritzenvergabe wurde nicht wissenschaftlich evaluiert. Die Anstalt verfolgte nicht vorrangig das Ziel, einen wissenschaftlich fundierten Nachweis für eine verbesserte gesundheitliche Situation der i.v. Drogenkonsumierenden zu führen; das ganze Konzept fußte vielmehr auf der Überzeugung der Notwendigkeit der Spritzenvergabe.¹⁹⁸ Interne Aufzeichnungen der Anstaltsleitung belegen aber, dass der Rücklauf der ausgegebenen Spritzen in den ersten Jahren noch 80% bis 90% betrug, 1997 dagegen auf rund 60% absank. Während 1993 rund 300 Spritzen offiziell an 15 Inhaftierte ausgegeben wurden, verzeichnete die Anstalt 1994 bereits rund 600 Spritzenausgaben an 23 Inhaftierte. Die Ausgabe steriler Spritzen ist zwar nach wie vor Bestandteil des Präventionsangebots der Anstalt, doch haben sich mittlerweile auch Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenumschlags in der Anstalt als erfolgreich erwiesen. Bereits Ende der 90er Jahre wurden der Ausbau einer flächendeckenden Methadonvergabe und das Angebot der Originalstoffvergabe für Schwerstabhängige als die wirkungsvollsten Mittel angesehen, um zuvorderst den Drogenhandel in der Anstalt zum Erliegen zu bringen.¹⁹⁹

Die *Frauenhaftanstalt Hindelbank* (Kanton Bern) begann 1994 als weltweit erste Anstalt überhaupt, die Inhaftierten über einen frei zugänglichen Automaten mit sterilen Spritzen zu versorgen. Die Anstalt Hindelbank bietet 110 Frauen Platz. Aufgeteilt in sechs Abteilungen existieren dort verschiedene Vollzugsformen, es gibt einen Gruppenvollzug, eine gesonderte Drogenabteilung und eine Mutter Kind-Abteilung. Der anstaltsinterne Gesundheitsdienst und der leitende Anstaltsarzt hatten sich schon früh für eine Spritzenausgabe in der Anstalt eingesetzt. Bereits 1987 wurde in den Jahresbericht der Anstalt das Problem des Spritzenwechsels unter drogenkonsumierenden Insassinnen aufgenommen.²⁰⁰ Die Zahl der Drogentodesfälle, Überdosierungen, Spritzenabszesse und der Tausch gebrauchter Spritzen verbunden mit dem Risiko der Übertragung viraler Krankheitserreger war seinerzeit kontinuierlich angestiegen. Eine anstaltsinterne Erhebung über

¹⁹⁷ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - WEIBEL, Bediensteter der Haftanstalt Oberschöngrün.

¹⁹⁸ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - WEIBEL, Bediensteter der Haftanstalt Oberschöngrün.

¹⁹⁹ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - WEIBEL, Bediensteter der Haftanstalt Oberschöngrün.

²⁰⁰ NELLES ET AL. 1995, S. 35.

Drogenkonsum und Risikoverhalten im Vollzug hatte besorgniserregende Angaben des Ausmaßes i.v. Drogenkonsums und Spritzentauschs ergeben.²⁰¹ Mit diesem Wissen gab die Anstaltsleitung die an sie seitens des Arztes herangetragene Forderung nach einer Spritzenvergabe an die gesundheitspolitisch und rechtspolitisch verantwortlichen Stellen weiter. Es folgte ein langer Entscheidungsprozess sowohl in der Öffentlichkeit als auch auf politischer Ebene, bis schließlich mit der Automatenausgabe begonnen werden konnte. Keine der Stationen der Haftanstalt ist von der Spritzenvergabe ausgenommen. Auch den Teilnehmerinnen an Substitutionsprogrammen ist der Spritzentausch legal zugänglich. Es befinden sich ständig rund 20 Frauen im Methadonprogramm. Um zusätzlichen Anreiz für eine Drogenabstinenz zu schaffen, führte die Anstalt ein "Belohnungssystem" ein. Regelmäßige negative Urintestergebnisse werden mit einem Gutschein belohnt, den die Frauen gegen Lebensmittel, Kosmetika oder einen Blumenstrauß aus der Gärtnerei eintauschen können.²⁰²

Das als Modellprojekt zunächst auf ein Jahr begrenzte Vorhaben hat sich mittlerweile in der Anstalt fest etabliert. Schließlich trat am 1. Januar 1998 eine Verfügung des Vorstehers des Amts für Freiheitsentzug und Betreuung der Kantonalen Polizei- und Militärdirektion in Kraft, die alle Anstalten im Kanton Bern dazu verpflichtet, beginnend ab Juli 1998 den drogenabhängigen Inhaftierten einen Zugang zu sterilem Spritzbesteck zu ermöglichen.²⁰³

Seit Februar 1997 werden auch in der geschlossenen *Männerstrafanstalt Realta* (Kanton Graubünden) sterile Spritzen an Inhaftierte ausgegeben. Die Anstalt verfügt über 100 Haftplätze, jährlich finden rund 200 Ein- und Austritte statt. Das zuständige Departement erkannte die Notwendigkeit, auch im Strafvollzug dieselben Möglichkeiten für eine Gesundheitsvorsorge bereit zu halten wie sie außerhalb der Gefängnisse den Drogenkonsumenten angeboten werden.²⁰⁴ Eine durch die Anstaltsleitung eingesetzte Arbeitsgruppe zur Bewertung der Strafvollzugsgestaltung für drogensüchtige Insassen hatte seinerzeit in einem abschließen-

²⁰¹ NELLES ET AL. 1995, S. 35.

²⁰² EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - DE SANTIS, Präventionsbeauftragte der Haftanstalt Hindelbank.

²⁰³ Polizei- und Militärdirektion des Kantons Bern, Amt für Freiheitsentzug und Betreuung: Weisung Nr. 12 „Weisung über die Abgabe sterilen Injektionsmaterials“ vom 1.12.1997.

²⁰⁴ NELLES ET AL. 1999 a, S. 10.

den Maßnahmenpaket die Ausgabe steriler Spritzen als einen Eckpfeiler drogen-spezifischer Maßnahmen vorgeschlagen. Die Arbeitsgruppe war angesichts der Drogensituation der Anstalt eingesetzt worden. Der Anteil der Konsumenten harter Drogen wurde auf mindestens ein Viertel der Gefangenen, die Dunkelziffer noch weit höher geschätzt.²⁰⁵ Nachdem zu Beginn des Projekts der Spritzenbezug an einen Besuch beim Anstaltsarzt geknüpft war - dieser gab die erforderliche Spritzenattrappe aus -, werden die Spritzen nunmehr allen Inhaftierten unabhängig von einer vorausgehenden ärztlichen Untersuchung zugänglich gemacht. Zahlreiche Manipulationsversuche an den aufgestellten Automaten hatten gezeigt, dass viele nicht den Weg über den Arzt suchen wollten, um das Spritzenangebot nutzen zu können. Seit Ende 1997 werden die Attrappen durch den anstaltsinternen Sozialdienst ausgegeben.²⁰⁶

2. Niedersachsen: Anstalten Vechta und Lingen I, Abt. Groß Hesepe

In Anlehnung an die Vorreiter aus der Schweiz wurden seit Mitte April 1996 auch in der *Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta* den Insassinnen über frei zugängliche Automaten sterile Spritzen zur Verfügung gestellt. In der *Haftanstalt für Männer, Lingen I, Groß Hesepe*, wurden seit Juli 1996 die Spritzen über den anstaltsinternen Suchtberatungsdienst an intravenös Konsumierende ausgegeben.²⁰⁷ Weil schon früh eine Gefährdung der Gesundheit der i.v. Drogenkonsumierenden im Strafvollzug durch Übertragung und Ausbreitung von HIV- und Hepatitis-Viren befürchtet worden war, hatte die damalige Niedersächsische Justizministerin Frau Alm-Merk am 25.11.1994 eine Expertenkommission zum Thema „Spritzenvergabe im Justizvollzug“ eingesetzt. Die Expertenkommission setzte sich aus Vertretern aus Wissenschaft und Praxis zusammen. Die abschließenden Empfehlungen der Kommission dienten als Grundlage des Kabinettschlusses der Niedersächsischen Landesregierung, in den beiden Anstalten Vechta und Lingen I, Abteilung Groß Hesepe, die Spritzenvergabe für den Zeitraum von zwei

²⁰⁵ NELLES ET AL. 1999 a, S. 10.

²⁰⁶ NELLES ET AL. 1999 a, S. 11.

²⁰⁷ JAKOB / STÖVER 1999, 156; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 20.

Jahren versuchsweise einzuführen.²⁰⁸ Der Auswahl der beiden Anstalten ging eine grundsätzliche Bereitschaft der dortigen Verantwortlichen zur Ausgabe steriler Einwegspritzen im Strafvollzug voraus.

Die Frauenhaftanstalt *Vechta* verfügt über rund 169 Haftplätze für Erwachsene und Jugendliche. Es gibt eine Abteilung des offenen Vollzugs, eine Freigänger- und eine Mutter-Kind-Station. Die Strafdauer reicht von einer kurzen Ersatzfreiheitsstrafe bis zu lebenslanger Haft. Die Frauen wohnen auf drei Etagen in sieben Gebäudeteilen. Der Anteil drogenkonsumierender Frauen beträgt nach Schätzung der Anstalt rund 50%.²⁰⁹ Einzig substituierten Inhaftierten wurde bislang der Zugang zum Spritzentausch verweigert. Die für die erstmalige Benutzung des Automaten notwendige Spritzenattrappe („Dummy“) erhielten die Frauen vom Anstaltsarzt, nachdem dieser die Drogenabhängigkeit durch eine ärztliche Untersuchung festgestellt und in den Gesundheitsakten dokumentiert hat.

Die Haftanstalt *Lingen I*, Abteilung Groß Hesepe, ist eine Haftanstalt des geschlossenen Vollzugs für männliche Erwachsene und verfügt über 231 Haftplätze ausschließlich für Strafhaft. In den drei Vollzugshäusern wird Wohngruppenvollzug praktiziert. Der Anteil drogenkonsumierender Inhaftierter wird auf bis zu 50% geschätzt.²¹⁰ Die Spritzen konnten bis Mai 2003 eins zu eins beim anstalts eigenen Suchtberatungsdienst getauscht werden, der dazu in der Suchtberatung angegliederten Teestube separate Sprechzeiten eingerichtet hat. Der Drogenkonsument musste zuvor seine Abhängigkeit gegenüber dem Anstaltsarzt offen legen. Nach einer ärztlichen Untersuchung teilte ihm der Arzt die erste Spritze aus, welche zum Tausch in der Teestube berechtigt. Teilnehmer am anstaltsinternen Substitutionsprogramm waren von einer Spritzenvergabe ausgeschlossen.²¹¹

Die sozialwissenschaftliche Begleitforschung beider Projekte durch das Team der Universität Oldenburg unter Leitung von Professor Rüdiger Meyenberg ist mittlerweile abgeschlossen. Obwohl das Modellprojekt bundesweit große Anerken-

²⁰⁸ JAKOB / STÖVER 1999, 156; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 20.

²⁰⁹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 32.

²¹⁰ JAKOB / STÖVER 1999, 158; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 32.

²¹¹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 170 (186).

nung gefunden hat, ist die Ausgabe steriler Spritzen seit dem 1. Juni 2003 eingestellt.²¹²

3. Hamburg: Haftanstalt Hamburg-Vierlande

Seit Ende Juni 1996 wurden auch in der Haftanstalt *Hamburg-Vierlande* den Inhaftierten sterile Spritzen zugänglich gemacht. Es handelt sich um eine Anstalt des offenen Vollzugs mit 298 Haftplätzen für Männer und 21 Plätzen für Frauen. Im Frühsommer 1994 setzte der Justizsenator der Freien und Hansestadt Hamburg eine Kommission mit dem Auftrag ein, ein umsetzungsorientiertes Drogenkonzept für den Hamburger Strafvollzug zu entwickeln. Die Kommission hielt in ihrem Abschlussbericht im Februar 1995 als notwendige, gesundheitsprophylaktische Maßnahme die Vergabe steriler Spritzen an inhaftierte Drogenkonsumenten aus Gründen gesetzlich normierter Fürsorgepflicht und ethischer Verantwortung für zwingend erforderlich.²¹³ Nachdem im Dezember 1995 der damalige Justizsenator Hoffmann-Riem grünes Licht gab, versuchsweise und mit wissenschaftlicher Begleitung in einer ausgewählten Anstalt die Spritzenvergabe einzuführen, wurde am 31.1.1996 das Spritzentauschprogramm von der Hamburger Bürgerschaft beschlossen.²¹⁴ Aus baulichen Gründen eigneten sich Großanstalten wie Hamburg-Fuhlsbüttel nicht für ein Modellprojekt, die gemeinsame Benutzung von Einrichtungen anderer angegliederter Haftanstalten verhinderte eine Beschränkung auf eine Anstaltseinheit. Nicht zuletzt aber auch aufgrund der Weigerung etlicher anderer möglicher Anstalten fiel die Wahl schließlich auf die Anstalt Vierlande. Der Anteil Drogenkonsumierender in Vierlande wird auf über 40% geschätzt.²¹⁵

Weil sich niemand für die Vergabeform einer Handvergabe der Spritzen zur Verfügung stellen wollte, entschied sich der Hamburger Senat schließlich für die Ausgabe der Spritzen über Automaten. Die Ausgabe der Spritzen über sechs Automaten wird ergänzt durch Bereitstellen von Desinfektionsmitteln und Kondomen, außerdem finden in Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen der Dro-

²¹² Weser-Kurier vom 30.5.2003, S. 20.

²¹³ PAPE / BÖTTGER / PFEIFFER 1996, S. 6.

²¹⁴ GROSS 1998, S. 8

²¹⁵ HEINEMANN / GROSS 2001, 60; GROSS 1998, S. 9.

genhilfe Beratungs- und Informationsangebote statt. Das Auffüllen, Warten und Entleeren der Automaten erfolgt nicht durch externe Kräfte sondern durch zwei Beamte des Allgemeinen Vollzugsdienstes, um so schneller auf Störungen der Automaten reagieren zu können. Die zur erstmaligen Benutzung der Automaten erforderlichen Spritzenattrappen („Dummies“) werden in erster Linie von der externen Drogenberatung ausgegeben, die zu bestimmten Tageszeiten in der Anstalt ihre Sprechstunde hat. Um Engpässe während der übrigen Zeiten zu vermeiden, können die Attrappen auch beim jeweiligen Schichtführer von den Insassen angefordert werden. Die Möglichkeit des Spritzentauschs kann von allen Insassen wahrgenommen werden. Der potentielle Spritzenbezieher muss sich im Vorfeld keiner ärztlichen Untersuchung unterziehen. Es findet lediglich ein erstes Gespräch mit dem Suchtberatungsdienst statt, wenn der Insasse dort zwecks Entgegennahme des Dummies erscheint. Die Spritzen müssen in der Anstalt verbleiben, die Inhaftierten haben aber die Möglichkeit, sich beim Verlassen der Anstalt eine steril verpackte Einmalspritze an der Pforte mitzunehmen.²¹⁶

Das Spritzenvergabeprojekt wurde durch das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) unter sozialwissenschaftlichen Aspekten evaluiert, während ein Team des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf die medizinische Begleitforschung übernahm. Die zweijährige Begleitforschung ist abgeschlossen und die Abschlussberichte beider Forschungsteams liegen vor. Ende 2001 wurde durch den neuen Justizsenator Kusch die Spritzenvergabe im Hamburger Strafvollzug eingestellt.²¹⁷

4. Berlin: Haftanstalten Lichtenberg und Lehrter Straße

In *Berlin* konnte die Ausgabe steriler Einmalspritzen nach längerem Vorlauf endlich Ende 1998 in zwei Strafvollzugsanstalten versuchsweise realisiert werden, nachdem bereits 1996 mit der Umsetzung des politisch abgesegneten Spritzenvergabemodells begonnen werden sollte. Seit Oktober 1998 können sich die Insassen in der *Frauenhaftanstalt Lichtenberg* über Automaten mit sterilen Spritzen versorgen, während in der geschlossenen *Männerhaftanstalt Lehrter Straße* seit

²¹⁶ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - THIEL, Justizbehörde Hamburg.

dem 1.12.1998 sterile Spitzen durch die Aids-Hilfe Berlin ausgegeben werden. Nach Schätzungen der Aids-Hilfe sind von den rund 5000 Inhaftierten in Berlin 800 bis 900 drogenabhängig, mindestens die Hälfte davon HIV-infiziert.²¹⁸

In der Frauenhaftanstalt *Lichtenberg* sitzen ständig rund 90 Frauen ein. Nahezu die Hälfte sind als Drogenkonsumentin bekannt oder werden als sicher drogenabhängig eingestuft.²¹⁹ Die Haftanstalt für Männer in der *Lehrter Straße* ist eine der kleinsten Haftanstalten in Berlin. Sie verfügt über rund 100 Haftplätze. Man schätzt, dass rund die Hälfte der Insassen die Vergabe steriler Spritzen in Anspruch nimmt.²²⁰ Zeitungsberichten zufolge²²¹ hält der Drogenreferatsleiter der Senatsverwaltung für Justiz eine Ausweitung der Spritzenvergabe auch auf die Haftanstalt Berlin-Tegel für denkbar, sofern das Modellprojekt einen positiven Verlauf nimmt, d.h. das Ziel der Minimierung von HIV- und Hepatitis-Infektionen bei i.v. drogenkonsumierenden Inhaftierten erreicht wird. In der Anstalt Berlin-Tegel sitzen die meisten der 800 bis 900 drogenabhängigen Gefangenen in Berlin ein. Diese Anstalt gilt als größte geschlossene Drogenszene Europas.²²²

Die Möglichkeit des legalen Spritzentauschs in der Anstalt *Lichtenberg* steht allen drogenabhängigen Frauen offen, ausgenommen die Insassinnen der Jugendabteilung und der Aufnahmestation. Auch Substituierte können legal sterile Spritzen beziehen.²²³ Auch eine medizinisch dokumentierte Feststellung der Betäubungsmittelabhängigkeit ist keine Voraussetzung der Teilnahme am Spritzenvergabeprojekt. Die Spritzenvergabe ist eingebettet in ein Gesamtdrogenhilfekonzept der Haftanstalt. Dies sieht eine Aufteilung in verschiedene Bereiche mit unterschiedlichen Schwerpunkten vor:²²⁴ Die Urlauberstation steht denjenigen offen, die ihre begonnene Abstinenz stabilisieren wollen. Rückfälle in den Drogenkonsum werden in begrenztem Rahmen akzeptiert, aber ein andauernder Drogenkonsum hat eine Rückverlegung in den Basisbereich zur Folge. Gleiches gilt für die Therapiestation. Eine Aufnahme ist an einen abgeschlossenen Entzug und strikte Drogen-

²¹⁷ Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (HLS), Pressemeldung vom 4.2.2002.

²¹⁸ So Bericht des Berliner Abgeordnetenhauses vom Februar 1997.

²¹⁹ Berliner Morgenpost, 9.10.1998.

²²⁰ Berliner Zeitung, 6.3.1998.

²²¹ TAZ vom 9.10.1998; Berliner Zeitung vom 6.3.1998.

²²² Berliner Morgenpost vom 11.8.1998; KEPPLER 1996 a, 18.

²²³ KONZEPTION 1998, S. 5.

²²⁴ KONZEPTION 1998, S. 6 ff.

abstinenz gebunden. Ein Rückfall der Insassen wird in begrenztem Umfang „geduldet“, doch ein anhaltender wiederholter Drogenmissbrauch führt zur Rückverlegung. Auch diese Stationen sind nicht von der Spritzenvergabe ausgeschlossen.

Das auf vier Jahre angelegte Modellprojekt beider Anstalten wird durch das Institut für Medizinische Statistik und Informationsverarbeitung des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin medizinisch-sozialwissenschaftlich begleitet. Bislang liegen keine veröffentlichten Forschungsergebnisse vor.

III. Strukturanalyse - unter besonderer Berücksichtigung ausgewählter Kriterien

Im Folgenden werden die jeweiligen Ergebnisse der relevanten Modellprojekte und ihre (Forschungs-)Methoden verglichen und bewertet. Es soll ermittelt werden, ob überhaupt und unter welchen Voraussetzungen sich eine Spritzenvergabe im Strafvollzug am ehesten sinnvoll, effektiv und flächendeckend realisieren lässt. Dazu werden empirische Ergebnisse von Einzeluntersuchungen (Studien) mit dem Ziel einer übergreifenden Interpretation untersucht.

Die Untersuchung stützt sich im Wesentlichen auf die Berichte der jeweiligen Begleitforschungsteams aus der Schweiz (Hindelbank, Realta), aus Niedersachsen (Vechta, Lingen) und Hamburg, sowie ausgewählte Artikel aus verschiedenen Fachzeitschriften. Darüber hinaus wird ein im Juni 1998 vom Institut für Kriminologie der Justus-Liebig-Universität veranstaltetes internationales Forschungskolloquium zum Thema „Spritzenvergabe in Haft“ ausgewertet, bei dem auch Vertreter der einzelnen Projekte teilgenommen haben. Schließlich wird auf inoffizielle Berichte und Stellungnahmen einzelner Landesvertretungen zurückgegriffen (so von Berlin).

1. Kurzdarstellung der Forschungsergebnisse

Die Umsetzung der Spritzenvergabe im Strafvollzug wurde von fast allen Begleitforschungsteams als erfolgreich gewertet. Nach zweijähriger Erprobungsphase wurde diese Maßnahme der Infektionsprophylaxe in den Anstalten Vechta und Lingen als dringend notwendig und durchführbar beurteilt²²⁵ und eine unbefristete Fortführung der beiden Spritzentauschprojekte empfohlen.²²⁶ Ebenso haben sich auch nach Auffassung der Begleitforschung in den Anstalten Hindelbank und Realta die Projekte bewährt.²²⁷ Auch die medizinische Begleitforschung des Modellprojekts der Haftanstalt Hamburg-Vierlande sah das Ziel des Projekts, neue Virustransmissionen zu verhindern, als erreicht an.²²⁸ Zu einem anderen Ergebnis kommt dagegen die sozialwissenschaftliche Begleitforschung des Modellprojekts in Hamburg-Vierlande. Das gesteckte Projektziel habe nicht erreicht werden können.²²⁹ Die Begleitforschung hat daher eine Fortführung der Spritzenausgabe nur unter geänderten Bedingungen empfohlen.²³⁰

Im Folgenden sollen die Forschungsergebnisse der jeweiligen Modellprojekte im Einzelnen näher dargestellt werden. Die aufgeführten Forschungsergebnisse beziehen sich grundsätzlich nicht aufeinander²³¹. Die Darstellung der Ergebnisse ist deshalb an solchen Kriterien ausgerichtet, die allen Forschungsberichten gemeinsam sind. Dieser Kriterienkatalog erleichtert die Vergleichbarkeit der einzelnen Ergebnisse und spiegelt wider, anhand welcher Kriterien der Erfolg der Modellprojekte gemessen worden ist und gemessen wird. Die Darstellung orientiert sich deshalb anhand folgender Kriterien:

- Gesundheitszustand der Drogenkonsumenten,
- Drogenkonsumverhalten (Umfang des i.v. Konsums, insb. Umstieg/ Wiedereinstieg in den i.v. Konsum),
- Ausprägung des „needle-sharing“,
- Marktwerts der Spritze,

²²⁵ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 504.

²²⁶ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 488.

²²⁷ für Hindelbank: NELLES ET AL. 1995, S. 66 f.; für Realta: NELLES ET AL. 1999 a, S. 6.

²²⁸ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 115 f.

²²⁹ GROSS 1998, S. 123 f.

²³⁰ GROSS 1998, S. 123 f.

- Missbräuchlicher Gebrauch der Spritzen,
- Drogenkontrollniveau in den Anstalten,
- Einfluss auf sonstige therapeutische Konzepte,
- Akzeptanz bei Bediensteten und Inhaftierten.

a. Veränderung des Gesundheitszustands

Die Begleitforscher der Anstalten Vechta und Lingen haben eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands der am Projekt teilgenommenen Inhaftierten festgestellt, insbesondere in der Anstalt Vechta wurden weniger Spritzenabszesse registriert.²³² Die medizinische Evaluation des Projekts in der Anstalt Vechta berichtet von einer deutlich präventiven Auswirkung einer dauerhaften Projektteilnahme auf die Anzahl der Serokonversionen unter den i.v. drogenkonsumierenden Frauen. Nur eine der insgesamt festgestellten 27 HBV-/HCV-Serokonversionen war bei einer Insassin aufgetreten, die dauerhaft am Projekt teilgenommen hatte.²³³ Die medizinische Begleitforschung der Anstalt Hamburg-Vierlande stellte keine Hepatitis- oder HIV-Neuinfektionen unter den Projektteilnehmern fest, macht jedoch deutlich, dass eine diesbezügliche Aussage aufgrund des begrenzten Untersuchungszeitraums nicht wissenschaftlich belegt werden kann.²³⁴ Für die übrigen Modellprojekte liegen keine Erhebungen zum Gesundheitszustand der Projektteilnehmer vor.

b. Veränderung des Drogenkonsums (Umfang des i.v. Konsums, Umstieg/Wiedereinstieg in die i.v. Konsumform)

Keine der Begleitforschungen konnte einen Anstieg des Drogenkonsums im Laufe des Evaluationszeitraums feststellen. Sowohl das jeweilige Ausmaß des Drogenkonsums als auch die diesbezüglichen Schwankungen werden auf andere Faktoren als die Spritzenausgabe per se zurückgeführt, wie beispielsweise auf die Verfüg-

²³¹ Das Evaluationsteam der Modellprojekte in den Anstalten Lingen und Vechta war dasselbe.

²³² MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 472 f. unter Hinweis auf unveröffl. Bericht einer medizinischen Studie des Anstaltsarztes in der JVA Vechta.

²³³ KEPLER 2001, S. 88.

²³⁴ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 118.

barkeit von Drogen in der Anstalt²³⁵, den Zeitpunkt der Lohnauszahlung an die Inhaftierten²³⁶ und die Zahl der Drogendealer unter den Haftinsassen²³⁷.

Zwar dokumentierten die Begleitforschungen in den Anstalten Realta, Hamburg-Vierlande, Vechta und Lingen sogar einen Rückgang der Häufigkeit des Konsums harter Drogen.²³⁸ Doch konnten diese Feststellungen nicht eindeutig auf die Wirkung der Spritzenvergabe und die sie begleitenden Präventionsveranstaltungen zurückgeführt werden.²³⁹ Es muss offen bleiben, ob ein Prozess bewusster Auseinandersetzung der Inhaftierten mit dem eigenen Konsumverhalten stattgefunden und zu einer Verhaltensänderung geführt hat.²⁴⁰ Teilweise werden die Konsumveränderungen auf die ärztliche Verschreibung von Methadon und weiteren Medikamenten zurückgeführt.²⁴¹ So hatte in der Haftanstalt Realta immerhin durchschnittlich die Hälfte derjenigen, die angaben, vor der Inhaftierung bereits i.v. konsumiert zu haben, während der Inhaftierung Methadon oder als Drogenersatz verschriebene Medikamente erhalten.²⁴² Gerade die positive Entwicklung in der Haftanstalt Hindelbank wird insbesondere auf eine intensive Betreuung der inhaftierten Frauen durch die Mitarbeiter des anstaltsinternen Präventionsteams, deren persönliches Engagement sowie die Umsetzung des Konzepts, Inhaftierte zu Mediatoren zwecks gegenseitiger Unterstützung und Streitschlichtung auszubilden, zurückgeführt.²⁴³

Unterschiedliche Veränderungen ließen sich dagegen im Hinblick auf die bevorzugte Konsumform feststellen. Der Anteil der intravenös Drogenkonsumierenden blieb in der Mehrzahl der Projekte im Laufe des Beobachtungszeitraums relativ konstant, die Spritzenausgabe hat überwiegend nicht zu einer Zunahme des i.v. Drogenkonsums geführt.²⁴⁴ Auch Heinemann/Püschel bestätigten in ihren medizinischen Untersuchungen in der Anstalt Hamburg-Vierlande einen relativ gleich-

²³⁵ NELLES ET AL 1999 b.

²³⁶ NELLES ET AL. 1999 a, S. 85; NELLES ET AL 1995, S. 67;

²³⁷ NELLES ET AL. 1999 b.

²³⁸ NELLES ET AL. 1999 b. NELLES ET AL. 1999 a, S. 34; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 464; HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 109.

²³⁹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 464, 465.

²⁴⁰ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 465.

²⁴¹ NELLES ET AL. 1999 a, S. 34, 41, 85.

²⁴² NELLES ET AL. 1999 a, S. 41.

²⁴³ NELLES ET AL. 1999 b.

²⁴⁴ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 464; NELLES ET AL. 1999 a, S. 34; NELLES ET AL. 1995, S. 67.

bleibenden Anteil i.v. Konsumierender.²⁴⁵ Die Nachuntersuchung in der Anstalt Hindelbank ergab sogar einen stetigen Rückgang des i.v. Konsums unter den Drogenkonsumierenden.²⁴⁶

Die Begleitforschung der Anstalt Lingen kann jedoch eine Zunahme des i.v. Konsums nicht ausschließen, weil alternative Methoden wie Inhalieren, Rauchen und „Sniefen“ der Droge unter den drogenkonsumierenden Inhaftierten bis auf wenige Ausnahmen zurückgingen.²⁴⁷ Vergleichbare und sogar deutlichere Beobachtungen werden aus der Anstalt Hamburg-Vierlande berichtet. Die Zahl der „Wiedereinsteiger“, d.h. derjenigen, die zwischenzeitlich den Konsum illegaler Drogen beendet hatten, sowie die Zahl der „Umsteiger“ von anderen Applikationsformen hin zum intravenösen Konsum sei während der zweijährigen Projektphase deutlich angestiegen.²⁴⁸ Die sozialwissenschaftliche Begleitforschung dokumentierte einen Wechsel vieler Konsumenten von der Konsumform des Sniefens oder Rauchens der Drogen hin zum intravenösen Konsum.²⁴⁹ Verantwortlich dafür sind nicht nur die größere Wirkung dieser Konsumform und der dabei geringere Verbrauch der Droge. Gross berichtet vielmehr von einer permanenten Konfrontation der Drogenkonsumenten mit den Spritzenautomaten als eine der wesentlichen Ursachen des Wechsels. So seien insbesondere diejenigen, die sich in einer sogenannten „clean-Phase“- einem selbst auferlegten Drogenentzug - befanden und noch keinen sicheren Abstand zum intravenösen Konsum gefunden hatten, besonders anfällig für einen Rückfall.²⁵⁰ Jeder dritte bis vierte Drogenkonsument oder Drogengefährdete gab an, unter einer „In-Versuchung-führenden-Wirkung“ der Spritzenautomaten gelitten zu haben.²⁵¹

Die medizinische Begleitforschung aus Hamburg bestätigt diese Ergebnisse nicht. Die Wissenschaftler stellten lediglich einige Wiedereinsteiger in den i.v. Drogenkonsum fest.²⁵² Dennoch dokumentieren sie wie auch die Begleitforscher in der Anstalt Lingen während der Projektphase eine Zunahme der i.v. Konsumform

²⁴⁵ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 109.

²⁴⁶ NELLES ET AL. 1999 b.

²⁴⁷ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 465.

²⁴⁸ GROSS 1998, S. 67, 123.

²⁴⁹ GROSS 1998, S. 66.

²⁵⁰ GROSS 1998, S. 66.

²⁵¹ GROSS 1998, S. 65.

²⁵² HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 110, 117.

innerhalb der Gruppe der Substituierten und werten dies als kontraproduktiv gegenüber dem Ziel des Gesundheitsschutzes.²⁵³

c. Veränderung des „needle-sharing“

Unterschiedliche Beobachtungen wurden auch zum „needle-sharing“, dem gemeinsamen Gebrauch benutzter Spritzen, in den einzelnen Anstalten gemacht.

Für die Anstalt Lingen berichten die Wissenschaftler von einem deutlichen Rückgang des Spritzentauschs unter den i.v. Drogenkonsumierenden²⁵⁴, während in der Anstalt Vechta ein fast völliger Rückgang festgestellt worden war²⁵⁵. Gering vorhandenes „needle sharing“ wurde mit Zweifeln der Inhaftierten an der Anonymität des Spritzenbezugs²⁵⁶ oder den eingeschränkten zeitlichen Möglichkeiten, saubere Spritzen zu beziehen, begründet²⁵⁷. Auch die Begleitforschung der Anstalt Hindelbank berichtet in ihrer Nachuntersuchung von einem nahezu völligen Rückgang des Spritzentauschs unter den inhaftierten Frauen.²⁵⁸ Schon während der ersten Evaluationsphase wurde von einem Rückgang des Spritzentauschs berichtet, und zwar sowohl hinsichtlich der Zahl derjenigen, die Spritzen mit anderen tauschten, als auch hinsichtlich der Anzahl der Frauen, mit denen eine Spritze getauscht wurde.²⁵⁹ Das nur noch gering vorhandene „needle sharing“ wurde überwiegend auf wiederholte Defekte der Automaten oder deren Entleerung zurückgeführt oder den Umstand, dass der Spritzentauschende jedenfalls Kenntnis von dem Infektionsstatus des Tauschpartners hatte.²⁶⁰ Keine deutlichen Veränderungen stellte man in der Haftanstalt Realta fest.²⁶¹ Doch wurde auch hier ein weiterhin, wenn auch nur begrenzt, vorhandener Mehrfachgebrauch und Tausch der Spritzen beobachtet. Dieser wurde sowohl auf Störungen der Automaten als auch

²⁵³ für Hamburg: HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 112; für Lingen: MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 296; EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - HUTMACHER, Suchtberatungsdienst Haftanstalt Lingen.

²⁵⁴ JAKOB / STÖVER 1999, 160; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 467.

²⁵⁵ JAKOB / STÖVER 1999, 160; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 466.

²⁵⁶ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 320 (für Vechta).

²⁵⁷ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 272 (für Lingen).

²⁵⁸ NELLES ET AL. 1999 b.

²⁵⁹ NELLES ET AL. 1995, S. 66.

²⁶⁰ NELLES ET AL. 1995, S. 66.

²⁶¹ NELLES ET AL. 1999 a, S. 86 f.

auf vorhandene Ängste der Inhaftierten vor vollzuglichen Konsequenzen zurückgeführt.²⁶²

Während die medizinische Begleitforschung des Modellprojekts aus Hamburg ebenfalls dokumentiert, dass zwei Drittel der i.v. Drogenkonsumenten während des Projektzeitraums vollständig auf Spritzentausch verzichtet hatten²⁶³, spricht dagegen die sozialwissenschaftliche Begleitforschung in Hamburg diesbezüglich nur von einem sehr geringen Rückgang²⁶⁴. Als Ursachen werden hier nicht nur die Unzuverlässigkeit der Automaten und eine unzureichend anonyme Nutzungsmöglichkeit genannt²⁶⁵, sondern zusätzlich auch eine mangelhafte Versorgung der Inhaftierten mit Spritzenattrappen²⁶⁶, eine Fehlbestückung der Automaten mit ausschließlich kurzen Nadeln²⁶⁷ und die nach wie vor vorhandene Praxis, eine ohnehin nur gering vorhandene Drogenmenge bestmöglich zu nutzen und aufzuteilen²⁶⁸.

d. Veränderung des Marktwerts der Spritze

Spritzen in der Haft sind regelmäßig Mangelware. Wer eine Spritze besitzt, kann sie gewinnbringend gegen Bezahlung in Form von Geld, Handlangerdiensten oder Sachwerten wie einem Päckchen Tabak („Koffer“) vermieten. Der anstaltsinterne Schwarzmarktwert einer Spritze liegt in der Regel bei bis zu 100 Euro.²⁶⁹ Mit der Einführung der Spritzenvergabe im Strafvollzug hat man sich erhofft, den Handelswarenstatus der Spritzen in den Haftanstalten deutlich zu senken.

Die Beobachtungen der Begleitforschungen, soweit sie dazu vorliegen, können solche Erwartungen jedoch nicht bestätigen. Die sozialwissenschaftliche Begleitforschung aus Hamburg-Vierlande berichtet zwar von einer leichten Absenkung des Marktwertes der Spritzen innerhalb der Anstalt während der Projektphase,

²⁶² NELLES ET AL: 1999 a, S. 86.

²⁶³ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 115.

²⁶⁴ GROSS 1998, S. 67.

²⁶⁵ GROSS 1998, S. 37, 39, 40.

²⁶⁶ GROSS 1998, S. 28.

²⁶⁷ GROSS 1998, S. 42.

²⁶⁸ GROSS 1998, S. 67, 69.

doch gleichermaßen sei eine Spritze nach wie vor ein lukratives Handelsobjekt.²⁷⁰ Die Angst vor vollzughen Konsequenzen bei der Teilnahme am Spritzentausch und die Angst, beim Tausch am Automaten beobachtet zu werden, hätten dazu geführt, dass zahlreiche Gefangene sich über offizielle Projektteilnehmer eine sterile Spritze besorgen ließen bzw. andere Mitgefangene zum Tausch am Automaten schickten.²⁷¹ Als Gegenleistung erhielten die „Boten“ i.d.R. den vom Auftraggeber benutzten Filter mit der darin verbliebenen restlichen Droge und einer in der Spritzenkanüle verbliebenen Restmenge an Drogensubstanz zum nochmaligen Aufziehen (sog. Filter-Strich-Methode).²⁷² Diese Praktiken beinhalten erhebliche Infektionsrisiken, denn es können sich bereits im Filter Verunreinigungen angesammelt haben, die der Zweitbenutzer dann in seine Vene intravenös appliziert. Zudem können sich bei jeder Spritzenbenutzung durch aufgezoene Blutpartikel zahlreiche Krankheitserreger und somit auch HIV- und Hepatitis-Viren in der im Filter verbliebenen Drogenrestmenge ansammeln, denn der Spritzenbenutzer prüft vor jeder Infektion mit einem kurzen Aufziehen von Blut aus der eingestochenen Vene, ob der Venenzugang frei ist.

Dieses Tauschverhalten wurde in den Anstalten in Lingen und Vechta insbesondere bei den Substitutionsteilnehmern beobachtet.²⁷³ Zahlreiche Substituierte betrieben nicht nur nach wie vor, wenn auch unregelmäßig, Beikonsum. Ihr offizieller Ausschluss vom Spritzentausch habe sie nach Aussage der Wissenschaftler dazu veranlasst, auf die eben beschriebenen Praktiken auszuweichen, um das real vorhandene Spritzenangebot ebenfalls nutzen zu können.²⁷⁴ Zusätzlich stellten die Begleitforscher in Hamburg-Vierlande und Lingen fest, dass insbesondere Langzeitkonsumenten Bedarf an Nadellängen von 18 mm haben, alle Modellprojekte sehen aber nur eine Ausgabe von Spritzen mit einer Nadellänge von 12 mm vor. Der Marktwert der Spritzen mit einer Nadellänge von 18mm wird deshalb als unverändert eingestuft.²⁷⁵

²⁶⁹ GROSS 1998, S. 69 ("bis zu 200 DM"); EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - GROSS, Evaluationsteam der Haftanstalt in Hamburg.

²⁷⁰ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - GROSS, Evaluationsteam der Haftanstalt Hamburg.

²⁷¹ Inhaftierte berichteten, dass der Automat erheblichen Lärm verursachte, wenn der Hebel zur Entnahme der Spritze betätigt wurde, dazu GROSS 1998, S. 38.

²⁷² EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - GROSS, Evaluationsteam der Haftanstalt Hamburg.

²⁷³ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 296.

²⁷⁴ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1998, S. 296.

²⁷⁵ GROSS 1998, S. 42; bzgl. Haftanstalt Lingen auch MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 322.

e. Umfang des Missbrauchs der Spritze

Keine der Begleitforschungen stellt eine als Waffe pervertierte Nutzung einer Spritze fest. Die im Vorfeld von Vollzugsbediensteten geäußerten Befürchtungen, durch Inhaftierte mit Hilfe verunreinigter Spritzen bedroht zu werden²⁷⁶, bestätigten sich nicht. Die Begleitforscher in den Anstalten Vechta und Lingen beobachteten, dass keiner der befragten Bediensteten während der Projektphase Bedrohungsängste geäußert hatte.²⁷⁷ Die sozialwissenschaftliche Begleitforschung der Anstalt Hamburg-Vierlande dagegen spricht von einer Zunahme der Ängste der Bediensteten aufgrund der steigenden Zahl der sich im Umlauf befindenden Spritzen.²⁷⁸ Die Begleitforschungen der Anstalten Hindelbank und Realta machen dazu keine Angaben.

f. Veränderung des Kontrollniveaus

Während weder die Studien in den schweizer Haftanstalten Hindelbank und Realta noch die in den niedersächsischen Haftanstalten Vechta und Lingen eine Zunahme haftinterner drogenspezifischer Kontrollen nach der Einführung der Spritzenvergabe ausmachen konnten²⁷⁹, zeigt dagegen der Forschungsbericht aus der Anstalt Hamburg-Vierlande deutliche Hinweise auf ein verändertes Kontrollverhalten der Bediensteten auf. Bedingt durch den Widerspruch, Drogenbesitz und -konsum zu verbieten, den Besitz der Spritze zum i.v. Drogenkonsum aber zu gestatten, wurden deutlich unterschiedliche Einstellungen der Bediensteten zum notwendigen Kontrollniveau festgestellt. Während einige Bedienstete Drogenbesitz und -konsum gleichermaßen in der Haft toleriert hätten, würden andere rigoros durchgreifen und die Spritzenvergabe durch konsequenten Einzug jeder entdeckten Spritze boykottieren.²⁸⁰ Weil infolge des „illegalen Tausches“ bzw. der weiterhin praktizierten Weitergabe der Spritze an andere die Spritzen oft nicht wie

²⁷⁶ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1997, S. 251; DIES. 1999, S. 330 (Vechta), S. 341 (Lingen).

²⁷⁷ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1997, S. 251; DIES. 1999 S. 330 (Vechta), S. 341 (Lingen).

²⁷⁸ GROSS 1998, S. 279.

²⁷⁹ NELLES ET AL. 1999 S. 68; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1997, S. 251, 306; NELLES ET AL. 1995, S. 95.

²⁸⁰ GROSS 1998, S. 54, 55.

vom Reglement gefordert in den dafür vorgesehenen Röhrchen in den Zellen-schränken hängen, nehmen die Bediensteten aber auch vermehrt Abstand von umfangreichen Zellen- und Personenkontrollen; um so die Gefahr zu umgehen, in eine versteckte Spritze zu greifen.²⁸¹

g. Auswirkungen auf andere therapeutische Ansätze

Befürchtungen, die Spritzenvergabe könne negativen Einfluss auf drogentherapeutische Maßnahmen in den Anstalten haben, bestätigen sich durch die Begleitforschungen nicht. Alle Forschungsteams konnten einheitlich keine augenfälligen Auswirkungen auf die Bereitschaft der Drogenkonsumierenden zur Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen feststellen.²⁸² Vielmehr wurde sogar aufgrund der Einbindung des Suchtberatungsdienstes bei der Spritzenvergabe nicht nur eine erhöhte Besucherfrequenz dort festgestellt, sondern auch eine erhöhte Bereitschaft der Drogenkonsumenten, sich mit den eigenen Problemen des Drogenkonsums auseinanderzusetzen, um den Schritt in eine anschließende Therapie zu wagen.²⁸³ Auch konnte für den gesamten Projektverlauf in der Haftanstalt Vechta eine Zunahme der Zahl der Methadonpatientinnen von 20 auf 40 dokumentiert werden.²⁸⁴

Dennoch finden sich auch negative Auswirkungen. So stellen sowohl die sozialwissenschaftliche wie auch die medizinische Begleitforschung der Anstalt Hamburg-Vierlande erste Veränderungen in der Bereitschaft der in Haft Substituierten fest, die ihnen auferlegten Therapieregeln einzuhalten. Der Drang zum Beikonsum und die Konfrontation mit dem Spritzenangebot veranlasse einige Substituierte, die ihnen auferlegten Therapieregeln zu brechen.²⁸⁵ Dies wird dem vollzuglichen Widerspruch zugeschrieben, dass Drogenkonsum verboten ist, aber Spritzutensilien ausgegeben werden. Während ein Mitarbeiter des Suchtberatungsdienstes der Anstalt Lingen im Projektverlauf äußerte, grundsätzlich froh zu sein über die

²⁸¹ GROSS 1998, S. 53.

²⁸² NELLES ET AL. 1999, S. 71; GROSS 1998, S. 59; EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - HUTMACHER, Suchtberatungsdienst Anstalt Lingen.

²⁸³ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - HUTMACHER, Suchtberatungsdienst Anstalt Lingen.

²⁸⁴ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 57.

²⁸⁵ Allgemein dazu GROSS 1998, S. 55; HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 112.

wenn auch „illegale“ Teilnahme der Substituierten am Spritzentausch²⁸⁶, forderte die medizinische Begleitforschung der Anstalt Hamburg-Vierlande dringend ein Eingreifen.²⁸⁷

h. Veränderungen der Projektakzeptanz bei Bediensteten, Drogenkonsumenten und übrigen Mitinhaftierten

Während die zu Beginn der Spritzenvergabe in der Anstalt Vechta vorhandene deutliche Unterstützung und Befürwortung durch die Bediensteten im Laufe der Evaluation etwas abnahm²⁸⁸, stellte die Begleitforschung in der Anstalt Lingen einen Anstieg der Projektakzeptanz unter den Bediensteten im Laufe des Evaluationszeitraums fest.²⁸⁹ Waren viele zu Beginn noch skeptisch, äußerte sich die überwiegende Mehrzahl im Laufe der Projektdauer positiv über die Spritzenvergabe im Strafvollzug.²⁹⁰

Die Begleitforschung der Anstalt Hamburg-Vierlande berichtet dagegen, dass sich nicht wenige der mit der Spritzenvergabe konfrontierten Bediensteten mit den nun zu treffenden Entscheidungen allein gelassen oder überfordert fühlten.²⁹¹ Eben solche Reaktionen der Bediensteten sind auch aus Berlin bekannt geworden.²⁹²

Die Einstellung der Drogenkonsumenten zur Spritzenausgabe ist nach Feststellung der Wissenschaftler in allen Projekten überwiegend positiv geblieben.²⁹³ Doch nicht die Reduzierung der Gefahr, sich mit HIV- oder Hepatitis-Viren zu infizieren, stand vielfach bei den Befürwortern unter den Drogenkonsumenten im Vordergrund. Vielmehr wurde der Umstand, nicht mehr zwangsläufig von denje-

²⁸⁶ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - HUTMACHER, Suchtberatungsdienst Anstalt Lingen.

²⁸⁷ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 112.

²⁸⁸ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 418.

²⁸⁹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 419.

²⁹⁰ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 419.

²⁹¹ GROSS 1998, S. 54.

²⁹² Berliner Zeitung vom 6.3.1998.

²⁹³ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 244 ff., (einschränkend für Lingen, S. 277 ff.); NELLES ET AL. 1999 a, S. 58; GROSS 1998, S. 52 f.; NELLES ET AL. 1995, S. 84 ff.

nigen abhängig zu sein, die eine illegale Spritze besaßen, als positive und angenehmste Folge der Spritzenausgabe gesehen.²⁹⁴

Die Mehrzahl der übrigen Haftinsassen in den Projektanstalten stand dem Projekt zwar überwiegend positiv gegenüber.²⁹⁵ Doch dokumentieren die Begleitforscher der Anstalten Vechta und Lingen sowie Hamburg-Vierlande eine ablehnende Haltung bei denjenigen Inhaftierten, die die Zeit ihrer Inhaftierung nutzen wollten, um sich von einem bisher betriebenen Drogenkonsum zu lösen; viele hätten sich von der Anstaltsleitung vernachlässigt gefühlt.²⁹⁶ Gross berichtete zudem, dass die ablehnende Haltung der Insassen insbesondere auch damit begründet wurde, dass sich das Verhältnis unter den Gefangenen verschlechtert hat. Die Spritzenausgabe habe die Gefangenen in zwei Lager geteilt. Man gehöre entweder den Befürwortern oder den Gegnern der Spritzenvergabe an; dies habe zum Teil eine sehr aggressive Stimmung hervorgerufen.²⁹⁷

2. Vergleichende Analyse

Jede der aufgeführten wissenschaftlichen Begleitforschungen arbeitete im Auftrag der jeweiligen Justizbehörden. An das Ergebnis ihrer Untersuchungen waren von Beginn an deutliche Erwartungen hinsichtlich praktischer/ politischer Verwertungsmöglichkeiten gekoppelt.²⁹⁸ Deshalb werden nun die einzelnen Forschungsergebnisse anhand ausgewählter Fragestellungen in Beziehung zueinander gesetzt.

Welche Faktoren haben die Forschungsergebnisse beeinflusst? Lassen sich Faktoren ausfindig machen, die - übertragen auf die generelle Ausgabe steriler Einwegspritzen in in- wie ausländischen Haftanstalten - zu einem bestimmten Ergebnis führen? Im Folgenden sollen daher mögliche Unterschiede der jeweiligen Erhebungen und Datensammlungen herausgestellt werden, ihre Bedeutung für das

²⁹⁴ Für Vechta und Lingen: MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 244 f., 276; für Hamburg: GROSS 1998, S. 52.

²⁹⁵ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 433 ff.; GROSS 1998, S. 53; NELLES ET AL. 1999 a, S. 58; NELLES ET AL. 1995, S. 87.

²⁹⁶ JAKOB / STÖVER 1999, 160; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 300 (304); GROSS 1998, S. 63 f.; HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 108.

²⁹⁷ GROSS 1998, S. 52.

²⁹⁸ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 87.

Untersuchungsergebnis dargelegt und schließlich die Vergleichbarkeit der einzelnen Studien analysiert werden.

Anhand der nachfolgend aufgeführten Kriterien sollen Grad und Intensität ihres Einflusses auf die jeweiligen Forschungsergebnisse herausgearbeitet werden. Die genannten Kriterien stellen diejenigen Faktoren dar, die sich für die einzelnen Forschungsergebnisse als maßgeblich herauskristallisiert haben. Die Analyse der einzelnen Forschungsergebnisse orientiert sich somit an folgenden Kriterien:

- Art der Datensammlung, Befragungs- bzw. Erhebungsmethoden, Datenumfang,
- Demographische Zusammensetzung der Haftpopulation,
- Art und Größe der Anstalt,
- Auswahl der Anstalt,
- Vergabemodus,
- Projektakzeptanz bei den Bediensteten und Inhaftierten.

a. Erhebungsmethoden und Datenumfang

Untersucht werden Art, Auswahl und Zustandekommen der Datenerhebungen der einzelnen Forschungsteams und deren Einfluss auf die Auswertung der Spritzenvergabe. Die Bedingungen der Erhebungssituationen werden im Folgenden systematisch erfasst und zu den Forschungsergebnissen in Beziehung gesetzt. Nur so lassen sich die Ergebnisse der einzelnen Forschungsteams vergleichen, ihre Unterschiede heraus arbeiten und eventuell vorhandene Schwachstellen aufzeigen.

Grundsätzlich lassen sich zwei Arten von Erhebungsmethoden unterscheiden: Die quantitative und die qualitative Erhebungsmethode. Während zur ersteren insbesondere Befragungsinstrumente wie standardisierte Fragebögen gezählt werden, gehört zur zweiten Methode vor allem die Befragung mittels mündlicher, nach Interviewleitfäden nur schwachstrukturierter Interviews. Quantitative Erhebungsmethoden werden insbesondere dort eingesetzt, wo eine große Zahl von Personen in einem relativ kurzen Zeitraum zu bestimmten Themen (ohne individuellen Einschlag) befragt werden soll.

Auch den Ergebnissen der einzelnen Begleitforschungen liegen überwiegend solche Erhebungsmethoden (insb. standardisierte schriftliche Fragebögen sowie „face to face“-Interviews auf Basis des „self-reports“, bei denen der Interviewte selbst erzählen kann) zugrunde. So benutzte Gross zur Daten- und Informationsbeschaffung ihrer sozialwissenschaftlichen Evaluation schriftliche Fragebögen sowie Interviews auf Basis des „self-reports“. Die Daten wurden in zwei Phasen (vor und nach Aufstellung der Spritzenautomaten) erhoben. Die Forschungsergebnisse basieren auf jeweils 189 bzw. 191 schriftlich zu beantwortenden Fragebögen der Inhaftierten und der Befragung von jeweils 31 Probanden (9 Bedienstete und 22 Inhaftierte) mittels eines nicht standardisierten, problemzentrierten Interviews.²⁹⁹ Auch die parallel dazu durch Heinemann/Püschel durchgeführte medizinischen Evaluation in Hamburg-Vierlande setzte zur Datensammlung in erster Linie schriftliche Fragebögen ein. Zusätzlich griff das Team auf allgemeine körperliche Untersuchungen der Probanden, Analysen entnommener Blutproben zur Untersuchung auf Hepatitis-A,-B,-C, HIV und Lues und die Methode der Haarproben-gewinnung zur chemisch-toxikologischen Untersuchung des Gehalts an Betäubungsmitteln zurück.³⁰⁰ Die Daten wurden dabei in drei Erhebungsphasen gesammelt. Während zu Beginn des Projekts im Querschnitt die Ausgangssituation in der Anstalt anhand von Befragungen von demnächst zu entlassenden Inhaftierten untersucht wurde, fand in der zweiten Phase eine Längsschnittuntersuchung durch die Insassenpopulation statt, die bei Austritt der Probanden bzw. spätestens aber ein Jahr nach Projektbeginn wiederholt wurde.³⁰¹ Das Team der Universität Hamburg konnte dabei zum ersten Erhebungszeitraum auf 128 schriftlich beantwortete Fragebögen von kurz vor ihrer Entlassung stehenden Inhaftierten, im zweiten Erhebungszeitraum auf insgesamt 231 Fragebögen von neu in der Anstalt aufgenommenen Straftätern und im letzten Erhebungszeitraum auf 107 Fragebögen zurückgreifen.³⁰²

Auch die Datenerhebung von Nelles et al. für die einjährige Evaluation der Spritzenvergabe in der Anstalt Realta erfolgte durch standardisierte schriftliche Befragungen der Insassen und Angestellten.³⁰³ Durch die schriftliche Befragungsform

²⁹⁹ GROSS 1998, S. 24.

³⁰⁰ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 12.

³⁰¹ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 13.

³⁰² HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 27, 28.

³⁰³ NELLES ET AL. 1999 a, S. 15.

versprach man sich eine Erhöhung der Aussagekraft und der Erhebungsökonomie.³⁰⁴ Die Befragungen wurden jeweils im Abstand von drei Monaten wiederholt.

Auf eine Kombination mehrerer Forschungsmethoden setzten dagegen Meyenberg et al. Die Wissenschaftler setzten in den Anstalten in Vechta und Lingen zur Daten- und Informationssammlung schriftliche Befragungen sowohl in Form von standardisierten Fragebögen als auch in Form von sogenannten teilstandardisierten (durch Interviewer mündlich erhobenen) Fragebögen ein. Zusätzlich wurden mündliche Befragungen in Form von Experteninterviews mit Vertretern der Leitungsebene der Anstalten durchgeführt und fokussierte Interviews sowie kleine Gruppendiskussionen mit nichtdrogenabhängigen Inhaftierten und Vertretern der externen Aidshilfen geführt.³⁰⁵ Zur Auswertung der beiden schriftlichen Befragungen lagen insgesamt jeweils 57 bzw. 27 standardisierte, schriftlich beantwortete Fragebögen der Bediensteten in Vechta und 47 bzw. 22 schriftliche Fragebögen der Bediensteten aus Lingen vor sowie 80 bzw. 46 teilstandardisierte Fragebögen der Insassinnen aus Vechta und 62 bzw. 36 teilstandardisierte Fragebögen der Insassen aus Lingen.³⁰⁶

Fast ausschließlich auf das Instrument des (nur noch begrenzt steuerbaren) Interview-Leitfadens setzten dagegen Nelles et al. bei ihrer Daten- und Informationsgewinnung in Hindelbank. In vier Erhebungen über einen Zeitraum von einem Jahr sollte erreicht werden, durch die Befragung von Insassen und Bediensteten Aussagen zur Wirksamkeit und Akzeptanz des Präventionsangebots zu treffen. Insgesamt 137 Insassinnen hatten über den gesamten Erhebungszeitraum mindestens an einem teilstandardisierten Interview teilgenommen. Die Ergebnisse der Studie basieren auf jeweils 65 (t1), 49 (t2), 33 (t3) und 57 (t4) geführten Interviews mit den Inhaftierten.³⁰⁷ Auch 86 Bedienstete nahmen dabei an mindestens einer Befragung teil, es konnten jeweils in den einzelnen Erhebungszeitpunkten 44 bzw. 20 bzw. 21 und zuletzt 57 Interviews (incl. von in begrenztem Umfang erhobenen schriftlichen Befragungen) ausgewertet werden.³⁰⁸ Die anschließende

³⁰⁴ NELLES ET AL. 1999 a, S. 15.

³⁰⁵ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 21 (22).

³⁰⁶ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 21 (22).

³⁰⁷ NELLES ET AL. 1995, S. 42.

³⁰⁸ NELLES ET AL. 1995, S. 43.

Nachuntersuchung in Hindelbank zwei Jahre nach Abschluss der Pilotphase wurde dagegen aus Gründen des Zeit- und Arbeitsaufwands ausschließlich mittels hypothesengeleiteter standardisierter, schriftlicher Fragebögen durchgeführt.³⁰⁹

Die hier angesprochenen verschiedenen Untersuchungsmethoden unterscheiden sich bereits als solche in ihrer Aussagekraft deutlich voneinander. Während das klassische mündliche Interview auf Basis eines „self-report“³¹⁰ keine Antworten vorgibt und der Befragte seine Belange und Ansichten frei artikulieren kann³¹¹, tritt die Bindung an Vorgaben deutlich bei den teilstandardisierten Interviews bzw. Fragebögen³¹² hervor. Diese unterscheiden sich nur dadurch von den schriftlichen Fragebögen, dass der Interviewte die Fragen mündlich seinem Gegenüber zu beantworten hat und dieser die Wahl der zuvor zur Auswahl gestellten Antworten notiert. Die schriftliche Befragung zeichnet sich dadurch aus, dass sie mit wenig Personalaufwand verbunden ist und in kurzer Zeit einer großen Gruppe zugänglich gemacht werden kann. Der Befragte bleibt zudem anonym, er hat die Möglichkeit, Fragen länger zu durchdenken und die Reihenfolge der Beantwortung zu ändern, sofern er sich noch unsicher bei der Antwort ist. Systematische Fehler, die beim klassischen, mündlichen Interview als Elemente der sozialen Interaktionssituation auftreten können, sind ausgeschaltet. Die schriftliche Vorgabe möglicher Antworten bei identischen Frageformulierungen ermöglicht dabei eine objektive Vergleichbarkeit der Antworten.

aa. Quantitative Erhebungsmethoden und ihre Bedeutung für das Forschungsergebnis

Quantitative Forschungsmethoden wie insbesondere die Erhebung mittels Fragebögen haben gezeigt, dass der Rücklauf regelmäßig verhältnismäßig gering ist und damit zu einer deutlichen Verzerrung der Stichprobe führen kann. Meyenberg et al. konnten bei der ersten schriftlichen Befragung der Gruppe der Bediensteten nur auf 57 von 100 ausgeteilten Fragebögen (Lingen) bzw. 47 von 79 ausgeteilten

³⁰⁹ NELLES ET AL. 1999 b.

³¹⁰ Dazu auch MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 133; DIES. 1999, S. 22.

³¹¹ FLICK 1995, S. 179.

³¹² So in den Haftanstalten Vechta und Lingen.

Bögen (Vechta) zurückgreifen, die Rücklaufquote betrug damit nur 57% bzw. 60%. Im zweiten Erhebungszeitpunkt lag der Rücklauf der Fragebögen sogar nur noch bei 27 (27%) bzw. 22 (28%).³¹³ Vor diesem Hintergrund müssen auch die auf den Befragungen der Bediensteten basierenden Forschungsergebnisse vorsichtig interpretiert werden. Der von den Wissenschaftlern in beiden Anstalten festgestellte Rückgang der Befürchtungen der Bediensteten³¹⁴ und die in der Anstalt Lingen für die Zeit nach der Projektphase dokumentierte positivere Einstellung der Bediensteten in Bezug auf die Notwendigkeit der Spritzenvergabe (im Gegensatz zu ihrer Einstellung vor Projektbeginn)³¹⁵, können nur sehr begrenzt wirkliche Veränderung der Haltung der Bediensteten belegen. Nicht bekannt ist, in welchem Umfang Personenidentität zwischen den Erst- und Zweitbefragten bestand. Der Rückgang der Zahl der tatsächlich beantworteten Fragebögen lässt sich möglicherweise auch auf ein gestiegenes Desinteresse an der Projektevaluation oder einem „stillen Boykott“ der Spritzenvergabe im Strafvollzug zurückführen.

Kritisch müssen auch diesbezüglich die Ergebnisse der Untersuchung von Heinemann/Püschel betrachtet werden. Die Wissenschaftler konnten im Rahmen ihrer medizinischen Untersuchung zum ersten Erhebungszeitpunkt auf 128 schriftliche Befragungen von demnächst zu entlassenden Strafgefangenen zurückgreifen.³¹⁶ Legt man nun die zu diesem Untersuchungszeitpunkt von der Anstalt insgesamt verzeichneten 241 Haftaustritte³¹⁷ zugrunde und zieht man davon eine realistische Zahl von rund 20 sogenannten „Nicht-Rückkehrern“ und vom Forschungsteam nicht mehr rechtzeitig erreichten Haftaustritten ab³¹⁸, so umfasst die Untersuchungsstichprobe ebenfalls nur 57% der in Frage kommenden Insassen im Untersuchungszeitpunkt. Diese eingeschränkte Datengrundlage setzt sich auch in den weiteren Untersuchungen fort. So konnten im zweiten Erhebungszeitpunkt von insgesamt 485 Eintritten in die Anstalt nur 339 berücksichtigt werden, weil die restlichen Personen das im Vorfeld festgelegte Kriterium der Haftrestdauer von drei Monaten nicht erfüllt hatten.³¹⁹ 108 davon lehnten eine Teilnahme ab, so dass letztlich nur rund 231 (48%) der 485 Eintritte befragt und ausgewertet werden

³¹³ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 21, 93.

³¹⁴ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 421.

³¹⁵ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999 S. 419.

³¹⁶ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 27.

³¹⁷ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 27.

³¹⁸ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 27.

konnten.³²⁰ Für die anschließende zweite Folgeuntersuchung konnten Heinemann/Püschel auf nur 107 Personen zugreifen.³²¹ Dies entspricht einem Anteil von 46% der Erstuntersuchten und, berechnet für die theoretisch mögliche Anzahl der Untersuchungsprobanden von 339, bedeutet dies sogar nur einen Anteil von 32% aller möglichen Untersuchungsprobanden. Die darauf gestützten Aussagen zur Unveränderlichkeit des i.v. Drogenkonsums³²², festgestellten Spritzenabszessen³²³, Überdosen und insbesondere HIV-/HBV-/HCV-Neuinfektionen in Haft³²⁴ umfassen somit nur einen kleinen Ausschnitt der tatsächlichen Haftpopulation. Die geringere Beteiligung der Inhaftierten dabei lässt sich möglicherweise mit der zeitlichen Überschneidung der Studie mit der von Gross durchgeführten sozialwissenschaftlichen Begleitforschung erklären. Die Inhaftierten waren zum einen einer „Doppelbelastung“ durch die Wissenschaftler ausgesetzt, zum anderen war auch bei Beginn der später einsetzenden medizinischen Studie der Reiz des Neuen, der einer Studie anhaftet, abgeklungen. Hinzu kommt, dass auch die Teilnahme an der medizinischen Forschungsstudie nicht nur an die Beantwortung der Fragebögen, sondern auch an eine ärztliche Untersuchung, die Überlassung einer Haarprobe zu Analysezwecken und die Abgabe einer Blutprobe gekoppelt war.³²⁵ Die Vielzahl der geforderten Beiträge hat möglicherweise eine Reihe von Inhaftierten von der Teilnahme an der medizinischen Evaluation abgehalten.

Gross konnte zwar überdurchschnittlich hohe Rücklaufquoten der schriftlichen Fragebögen bei Inhaftierten und Bediensteten verzeichnen. Sie konnte im ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt auf 189 Fragebögen bzw. 191 Fragebögen der Insassen zurückgreifen. Dies entsprach einem Rücklauf von rund 69% bzw. 72%.³²⁶ Der Rücklauf der Fragebögen der Bediensteten lag in beiden Erhebungen bei rund 73% bzw. 71% (85 bzw. 81 Fragebögen absolut). Doch sind auch hier mögliche besondere Ursachen denkbar. Die leicht gestiegene Rücklaufquote der Fragebögen der Inhaftierten kann möglicherweise beeinflusst sein durch eine geänderte Zusammensetzung der Probandengruppe. Während der zweiten Befra-

³¹⁹ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 11.

³²⁰ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 28.

³²¹ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 28.

³²² HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 117 f.

³²³ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 108.

³²⁴ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 105; 116.

³²⁵ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 12.

³²⁶ GROSS 1998, S. 23.

gungsphase war die Anzahl der Drogenkonsumenten innerhalb der Gruppe der Befragten deutlich niedriger (Phase 1: 74 Drogenkonsumenten/115 Nichtkonsumenten, Phase 2: 56 Drogenkonsumenten/135 Nichtkonsumenten). So waren möglicherweise diejenigen, die keinen Drogenkonsum angaben, auch grundsätzlich eher bereit dazu, die Fragebögen auszufüllen. Obwohl die beiden Erhebungszeitpunkte nur sechs Monate auseinander lagen, befand sich zudem der größte Teil der später befragten Insassen (rund 60%) zum Zeitpunkt der ersten Erhebung noch nicht in der Anstalt.³²⁷

Auch der große Rücklauf der Fragebögen in der Nachuntersuchung in Hindelbank - 57 von 64 erreichbaren Frauen (89%)³²⁸ - ist nicht zwingend auf eine hohe Akzeptanz der Befragung zurückzuführen. Zu berücksichtigen ist hier, dass die Gesamtanzahl der Insassinnen in der Haftanstalt Hindelbank zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung verhältnismäßig gering war. Umbaubedingt war die Haftanstalt nur zu zwei Dritteln belegt. Diese „familiäre Atmosphäre“ hat möglicherweise auch hier zu einer wie bereits hinsichtlich des Konsumverhaltens beobachteten „Gruppendynamik“³²⁹ geführt und potentielle Teilnahmeverweigerer unfreiwillig umgestimmt.

Schließlich ist auch der spezifische Aussagewert standardisierter schriftlicher Befragungen gegenüber qualitativen Forschungsmethoden grundsätzlich insgesamt begrenzt. Gleiches gilt für standardisierte Interviews. Fragebögen können das soziale Feld nur ausschnittsweise erfassen und komplexe Strukturen oft nur vereinfacht und reduziert darstellen. Dagegen ermöglichen qualitative Forschungsinstrumente dem Interviewer, auf sein Gegenüber einzugehen und individuell geäußerte Reaktionen herauszustellen und zu hinterfragen. Mangels einer Kontrolle des Interviewers können Fragen, die unbequem sind, einfach unbeantwortet bleiben. Grenzen der quantitativen Forschungsmethoden wurden daher auch in den Forschungsprojekten deutlich. Gross stellte fest, dass vor allem bei Fragen zum Drogenkonsumverhalten die Verweigerung weitaus häufiger war als bei anderen Themen.³³⁰ Zudem musste das Forschungsteam von einem erheblichen Teil von

³²⁷ GROSS 1998, S. 96.

³²⁸ NELLES ET AL. 1999 b.

³²⁹ NELLES ET AL. 1999 b.

³³⁰ GROSS 1998, S. 23.

Falschangaben zu diesem Themenkomplex ausgehen, weil die Angaben in den Fragebögen nicht nur denjenigen in späteren Einzelinterviews widersprachen, sondern die Insassen auch selbst zugaben, falsche Angaben gegeben zu haben.³³¹ Ähnliche Erfahrungen liegen auch für das Modellprojekt in Realta vor. Die Zahl der nicht beantworteten Fragen lag dort im Mittel zwar bei nur 10%.³³² Doch zeigten sich im Einzelnen deutlich höhere Werte, insbesondere lag der Anteil fehlender Antworten zu Fragen zur Benutzung von Präventionsmitteln wie Kondomen und Spritzen bei bis zu 35%³³³, während ihr Anteil bei Fragen zu Hepatitis-Infektionen der Insassen sogar bei rund 61% lag. Die Feststellung der Begleitforschung, dass der Anteil der HBV-/HCV-Infizierten unter den untereinander Spritzen Tauschenden rund 63% betrug³³⁴, muss deshalb sehr vorsichtig interpretiert werden: Nur 8 von 32 Insassen, die i.v. Drogenkonsum in der Haft angaben, gaben auch untereinander praktizierten Spritzentausch an.³³⁵ Die damit den Prozentangaben zugrunde liegende Größenordnung von 8 Personen kann nur sehr begrenzt Aufschluss über die infektionsepidemiologische Situation innerhalb der Haftpopulation geben, eine Schlussfolgerung auf eine Gesamtzahl der in der Haft Infizierten kann daraus nicht gezogen werden.

In der Untersuchung von Heinemann/Püschel finden sich weder Aussagen über die Zahl der verweigerten Antworten noch über das Thema der jeweils verweigerten Fragen. Es ist jedoch unwahrscheinlich anzunehmen, dass es dort keine Antwortverweigerer zu bestimmten Fragenkomplexen gegeben hat. Selbst wenn man dennoch einmal davon ausgeht, dass alle Befragten die Fragebögen vollständig ausgefüllt hatten, so müssen insbesondere die Ergebnisse zu Drogenkonsum und Risikoverhalten vorsichtig gewertet werden, weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass zumindest unwahre Antworten gegeben wurden. So weichen gerade die Schlussfolgerungen der beiden Hamburger Forschungsteams im Hinblick auf die Entwicklung des „needle sharing“ während der Projektphase deutlich voneinander ab.³³⁶ Beide Forschungsteams stützen ihre Aussagen auf die Angaben in den beantworteten Fragebögen der Insassen. Berücksichtigt man dabei jedoch sowohl

³³¹ GROSS 1998, S. 23.

³³² NELLES ET AL. 1999 a, S. 26.

³³³ NELLES ET AL. 1999 a, S. 26.

³³⁴ NELLES ET AL. 1999 a, S. 54.

³³⁵ NELLES ET AL. 1999 a, S. 55.

³³⁶ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 115; dagegen GROSS 1998, S. 67.

den Rückgang der Zahl der zur Verfügung stehenden Fragebögen bei Heine-
mann/Püschel als auch die von Gross hervorgehobenen erhöhten Antwortverwei-
gerungen der Inhaftierten bei Fragen zum Drogenkonsum, so müssen die Schluss-
folgerungen der Wissenschaftler insbesondere vor diesem Hintergrund vorsichtig
interpretiert werden. Gross berichtete davon, dass erfahrungsgemäß die Hemm-
schwelle, eine Frage wahrheitsgetreu zu beantworten, dann nur selten überwun-
den wird, wenn sie ein Verhalten thematisiert, das von den Probanden selbst als
„reglementwidrig“ und „generell unerwünscht“ eingestuft wird.³³⁷ Eine Befragung
mittels Fragebögen eignet sich damit nur begrenzt für eine Befragung sensibler
Probandengruppen. Differenzierende Erkenntnisse zu negativ besetzten Verhal-
tensweisen wie insbesondere den Drogenkonsum können regelmäßig nur sehr
eingeschränkt mit quantitativen Forschungsmethoden gewonnen werden.

bb. Qualitative Forschungsmethoden und ihre Bedeutung für das For- schungsergebnis

Qualitative Forschungsmethoden können i.d.R. eher differenzierende Ergebnisse
liefern. Gerade die Dauer des Interviews und die Art und Weise der Antworten
für bestimmte Fragenkomplexe können ein wichtiges Indiz für den Grad persönli-
cher Betroffenheit sein.

Dennoch sind auch bei qualitativen Befragungsmethoden einige grundsätzliche
Nachteile zu beachten. Das direkte Gegenüber von Interviewer und Befragten
reduziert die zugesicherte Anonymität. Gerade bei „face to face“- Interviews be-
steht die Gefahr, dass die Befragten eher sozial erwünscht antworten, um sich
nicht offenbaren zu müssen. Zum anderen neigen befragte Inhaftierte nicht selten
zu Übertreibungen, um sich vor dem Interviewer zu profilieren. Persönliche Sym-
pathien mit oder Antipathien gegenüber dem Anderen können gerade diejenigen
Insassen erheblich in ihrem Antwortverhalten beeinflussen, deren Kontakt zur
Außenwelt sehr eingeschränkt ist. Die Flexibilität des Interviews bedeutet
zugleich eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews. Bestäti-
gung findet dies auch durch die von Gross aufgezeigten Widersprüche einzelner

³³⁷ GROSS 1998, S. 23.

schriftlicher Aussagen zu denjenigen, die im Rahmen eines persönlichen Interviews gemacht wurden.³³⁸

Die qualitative, zeit- und personalintensive Forschungsmethode der Befragung anhand von leitfadenorientierten oder offenen Interviews führt zudem bei den hier verglichenen Forschungsprojekten zu einem relativ kleinen Umfang der Untersuchungsgruppe.³³⁹ So müssen die Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung hinsichtlich einer Signalwirkung - einer zum i.v. Drogenkonsum verführenden Wirkung der Spritzenautomaten - trotz ihrer besorgniserregenden Aussage aufgrund der Größenordnung und Zusammensetzung der befragten Gruppe sehr vorsichtig bewertet werden. Die Gruppe der befragten Insassen der Haftanstalt Hamburg-Vierlande umfasste jeweils 22 Insassen pro Interviewphase (insg. 2 Phasen). Die Zahl derjenigen mit Drogenproblematik war dabei überrepräsentiert (zwei Drittel der Interviewten).³⁴⁰ Ein Drittel derjenigen mit Drogenproblematik hatte eine verführende Wirkung der Automaten geäußert.³⁴¹ Die Zahl derjenigen, die angab, unter der in Versuchung führenden Wirkung zu leiden, betrug damit lediglich höchstens fünf. Die Aussagen können daher nicht als repräsentativ für die gesamte Anstaltssituation gewertet werden. Schließlich erfordern gerade qualitative Erhebungsmethoden einen zeitlich größeren Rahmen. Die einzelnen Projekte waren hier alle an einen ihnen zur Verfügung stehenden Zeitrahmen gebunden. Während Gross für die Durchführung qualitativer Interviews einen Zeitrahmen von jeweils eineinhalb Monaten ansetzte und jeweils 22 Haftinsassen von fünf Interviewern durchschnittlich zweieinhalb bis drei Stunden in einem offenen Interview befragt wurden³⁴², führten in der Haftanstalt Hindelbank sechs Interviewer während des ersten einmonatigen Erhebungszeitraumes insgesamt 109 teilstandardisierte Interviews (= quantitative Erhebungsmethode) mit Bediensteten und Inhaftierten durch, wobei die Dauer der Interviews regelmäßig nur etwa eine Stunde betrug.³⁴³ Angaben aus den Anstalten Vechta und Lingen zur jeweiligen Dauer der über einen mehrmonatigen Erhebungszeitraum mittels teilstandardisierter Fragebögen geführten Interviews mit den Inhaftierten liegen nicht vor.

³³⁸ GROSS 1998, S. 23.

³³⁹ Vgl. MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 21.

³⁴⁰ GROSS 1998, S. 24.

³⁴¹ GROSS 1998, S. 64.

³⁴² GROSS 1998, S. 24.

³⁴³ NELLES ET AL. 1995, S. 42, 43.

Letztlich ist auch aus keinem der Forschungsberichte ersichtlich, wie die Gruppe der Probanden ausgewählt wurde. Für die Sammlung von Erkenntnissen über tatsächlich vorhandene haftinterne Drogenprobleme der einzelnen Gruppen kann es aber von Einfluss sein, ob sich die Probanden aus besonderem eigenem Interesse freiwillig zur Verfügung gestellt haben oder aber im Zufallsprinzip aus der Gesamtgruppe ausgewählt worden sind.

cc. Verlaufsanalysen der Datenerhebungen

Echte Längsschnittanalysen waren in allen Begleitforschungen nur sehr begrenzt bis nahezu gar nicht möglich. So nahmen zwar während der ersten Evaluationsphase in der Anstalt Hindelbank in den beiden Querschnittserhebungen zu Beginn und nach Beendigung der Evaluationsphase 64 (rund 66%) bzw. 56 (rund 70%) von allen Insassinnen (98 bzw. 81) an den Interviews teil. Die dazwischen liegenden Verlaufserhebungen, bei denen die vor dem jeweiligen Erhebungszeitpunkt in die Anstalt eingetretenen Insassinnen nicht berücksichtigt wurden, basierten nur auf jeweils 49 bzw. 33 Insassinneninterviews. Dabei nahm auch die Anzahl derjenigen Insassinnen, die bereits an der vorausgehenden Befragung teilgenommen hatten, deutlich ab.³⁴⁴ Lediglich 21 Frauen überhaupt waren durchgehend während der Projektphase in der Anstalt inhaftiert.³⁴⁵

Gross konnte insgesamt sogar nur auf 13 schriftliche Befragungen von Insassinnen zurückgreifen, die in beiden Erhebungszeitpunkten teilgenommen hatten. Nur eine der Personen konnte dabei zur Gruppe der Drogenkonsumenten gerechnet werden.³⁴⁶ Eine echte Längsschnittanalyse ließ sich für die einzelnen Insassengruppen daher nicht erstellen. Lediglich für die Gruppe der Bediensteten konnte das Forschungsteam ein Längsschnittdesign ausarbeiten; hier nahmen insgesamt 51 Bedienstete an beiden Befragungen teil.³⁴⁷ Dagegen war eine Verlaufsanalyse anhand der durchgeführten Interviews aufgrund der geringen Zahl der Befragten nicht möglich.³⁴⁸

³⁴⁴ NELLES ET AL. 1995, S. 42.

³⁴⁵ NELLES ET AL. 1995, S. 55.

³⁴⁶ GROSS 1998, S. 96.

³⁴⁷ GROSS 1998, S. 96.

³⁴⁸ Dazu siehe oben unter 2. Teil III. 2. a. aa.

Gleiches gilt für die geführten Interviews in den Anstalten Vechta und Lingen. Meyenberg et al. konnten im zweiten Erhebungszeitrahmen 3 bis 6 Monate nach der ersten Erhebung ebenfalls nur noch auf jeweils 57% der befragten Drogenabhängigen zurückgreifen.³⁴⁹ Die Zahl der am Projekt teilnehmenden Inhaftierten in der Anstalt Vechta betrug zum Zeitpunkt der zweiten schriftlichen Befragung nur noch 46 von anfangs 80 drogenkonsumierenden Frauen, in der Anstalt Lingen sank die Zahl von anfangs 62 auf 36 als Drogenkonsumenten bekannte Inhaftierte ab³⁵⁰. Vorzeitige Entlassungen, Flucht und Koordinationsprobleme der Interviewdurchführung hatten deutlichen Einfluss auf die Zahl der wiederholt Befragten.³⁵¹

Heinemann/Püschel dokumentieren zwar längsschnittlich eine Zunahme sowohl der Häufigkeit des Drogenkonsums unter den Konsumenten als auch der Zahl der Drogenkonsumenten überhaupt sowie insbesondere der Zahl der Beikonsum betreibenden Substituierten.³⁵² Die Aussagekraft der längsschnittlichen Analyse muss jedoch vorsichtig gewertet werden, weil nur noch knapp die Hälfte der anfangs schriftlich befragten Inhaftierten auch für die zweite Erhebung gewonnen werden konnte.³⁵³ Möglicherweise ist das Ergebnis zusätzlich davon beeinflusst worden, dass es sich bei den Probanden der ersten Erhebung um Neueintritte in die Anstalt handelte, während der Zeitpunkt der Folgerhebung überwiegend mit dem Austritt der Probanden aus der Anstalt zusammenfiel. Eintritt und Austritt aus der Anstalt können nämlich in verschiedener Weise die Beantwortung unbequemer Fragen beeinflusst haben; zu solchen unbequemen Fragen lassen sich sicherlich auch die Fragen nach Ausmaß und Art des Drogenkonsums zählen. So kann die Hemmschwelle, eigenen Drogenkonsum zuzugeben, beim Eintritt in die Haft durchaus größer sein als beim Austritt, weil man bei wahrheitsgemäßen Angaben für die Dauer seines Haftaufenthalts Konsequenzen befürchtet.

Versuche von Nelles et al., mittels Codierung der Fragebögen individuelle Verlaufsstrukturen in der Anstalt Realta auszumachen, haben sich als nur sehr begrenzt durchführbar erwiesen. Insassen und Bedienstete mussten ihre Fragebögen mit einem selbstgewählten Passwort versehen. Insgesamt hatten von 258 Insassen,

³⁴⁹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 21, 23.

³⁵⁰ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 21, 23.

³⁵¹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 24.

³⁵² HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 40.

³⁵³ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 28.

die im Evaluationszeitraum in der Anstalt inhaftiert waren, 234 Insassen an mindestens einer Befragung teilgenommen (90,7%).³⁵⁴ Die Anzahl von 46 der insgesamt 61 (75,4%) teilnehmenden Bediensteten im ersten Erhebungszeitpunkt sank auf 33 von 58 (56,8%) Bediensteten während der zweiten Befragung ab.³⁵⁵ Die mit der Codierung beabsichtigte Betrachtung von Individualverläufen und die gewünschte Erfassung möglicher Effekte zunehmender Haftdauer waren dadurch nur in einem sehr begrenzten Rahmen erreicht worden. Die befragten Inhaftierten vergaßen vielfach das Passwort oder benutzten nicht dasselbe Passwort bei den Folgebefragungen, so dass eine Zuordnung anhand übereinstimmender Passwörter bei der Insassenbefragung nur in rund 62% der Befragungen erfolgen konnte, weitere 16% konnten nur anhand von übereinstimmenden Angaben (Geburtsjahr, Eintritt in die Anstalt, Gesundheitszustand) in eine bestehende Sequenz eingereiht werden.³⁵⁶ Bei den Bediensteten war eine Verlaufsanalyse ebenso nicht möglich, nur ein Drittel der Befragungen konnte anhand der Passwörter zugeordnet werden.³⁵⁷ Die Auswertung der Daten der Begleitforschung basiert insgesamt damit überwiegend auf Gruppenvergleichen.

b. Charakteristika und Auswahl der Anstalten

Untersucht werden soll, in wie weit die jeweilige Größe der Strafvollzugsanstalten, die praktizierte Vollzugsform und Haftdauer, sowie bereits die Auswahl der einzelnen Anstalten zur Erprobung von Spritzenvergabemodellen einen Einfluss auf die Umsetzung der Projekte hatten.

aa. Einfluss von Art und Größe der Haftanstalten

Alle hier behandelten Anstalten zählen zur Gruppe der kleineren und mittleren Strafvollzugsanstalten. Die Belegungszahlen liegen zwischen 100 und 298 Insassen. Die Aussagefähigkeit der Spritzenvergabemodelle in Bezug auf ihre generelle

³⁵⁴ NELLES ET AL. 1999 a, S. 28.

³⁵⁵ NELLES ET AL. 1999 a, S. 28.

³⁵⁶ NELLES ET AL. 1999 a, S. 26.

³⁵⁷ NELLES ET AL. 1999 a, S. 27.

Eignung im Strafvollzug ist daher bereits begrenzt. Ob sich die Ausgabe steriler Spritzen auch innerhalb einer Strafvollzugsanstalt mit einer Belegungszahl von 500 und mehr verwirklichen lässt und welchen Einfluss die Spritzenausgabe dort auf die Ausbreitung von Infektionserkrankungen nehmen kann, ist damit noch nicht erforscht. Zwar hatte bereits im Juni 1998 der Anstaltsleiter der 600 Haftplätze umfassenden Justizvollzugsanstalt Butzbach (Hessen) seine Bereitschaft aufgezeigt, in der Haftanstalt des geschlossenen Vollzugs eine Spritzenvergabe versuchsweise einzuführen.³⁵⁸ Doch machte er seine Bereitschaft von einer bislang nicht erteilten administrativen Genehmigung der Spritzenvergabe abhängig.

Bei der Auswertung der einzelnen Forschungsberichte fällt auf, dass insbesondere in den kleineren Vollzugseinheiten die Nutzung des Spritzenangebots sehr gering war (Frauenhaftanstalten bzw. -abteilungen Hindelbank und Hamburg-Vierlande).³⁵⁹ Ursächlich für den geringen Spritzenbezug der inhaftierten Frauen könnte insbesondere die geringe Größe der Vollzugseinheit sein. In der Haftanstalt Hindelbank waren während der Nachevaluation des Projekts weniger als 60 Frauen inhaftiert, in der Frauenabteilung in Hamburg-Vierlande waren es sogar nur rund 21 Insassinnen. Die befragten Frauen in Hamburg-Vierlande berichteten, dass die Überschaubarkeit der Gruppe und die „familiäre“ Atmosphäre einen Spritzenbezug verhindert hätten; insbesondere die fehlende Anonymität gegenüber Bediensteten und Mitgefangenen hätte manche Insassin von einer regelmäßigen Nutzung der Spritzenautomaten abgehalten.³⁶⁰ Die Inhaftierten legten einen erheblich größeren Wert auf Anonymität.³⁶¹ Dies betraf gleichermaßen die Anonymität gegenüber Bediensteten wie Mitinhaftierten.³⁶² Dass in kleinen Vollzugsgruppen generell der Wunsch auch nach Anonymität gegenüber den Bediensteten wächst, lässt sich anhand der Ergebnisse aus Hindelbank zwar nicht bestätigen. Dort berichteten die Wissenschaftler von einer zunehmenden Vertrautheit zwischen Bediensteten und Insassinnen, die zum offeneren Umgang mit den Drogenproblemen geführt habe.³⁶³ Doch konnte sich diese Vertrautheit auch erst durch das hohe Maß an Bereitschaft seitens der Bediensteten, die Spritzenvergabe zu

³⁵⁸ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - WINCHENBACH, Leiter der Justizvollzugsanstalt Butzbach.

³⁵⁹ NELLES ET AL. 1999 b; GROSS 1998, S. 37.

³⁶⁰ GROSS 1998, S. 38.

³⁶¹ GROSS 1998, S. 38.

³⁶² GROSS 1998, S. 38.

akzeptieren und zu unterstützen, entwickeln, während eine solche Entwicklung in der Anstalt Hamburg-Vierlande nicht gegeben war. Große Anonymität zwischen Inhaftierten und Bediensteten trägt regelmäßig zu Misstrauen und dem Wunsch nach größtmöglicher Anonymität gerade in kleinen Vollzugseinheiten bei, wo der Einzelne weitaus mehr auffällt als in einer großen Gruppe.

Gerade in kleinen Vollzugseinheiten wirken sich auch Veränderungen in der Zusammensetzung der Gruppe, insbesondere ein Rückgang der Zahl der i.v. Drogenkonsumierenden, auf die Frequentierung der Spritzenautomaten aus. Die Begleitforschung der Strafvollzugsanstalt Hindelbank berichtet insbesondere für die Nachevaluation des Projekts von einem spürbaren Druck einer Mehrheit von Nichtkonsumierenden auf die wenigen verbliebenen i.v. Konsumierenden; dieser hat nach Aussage der Wissenschaftler zu einer geringen Nutzung des Spritzenangebots geführt.³⁶⁴ Um sich im Insassenkollektiv nicht als i.v. Drogenkonsumierende „outen“ zu müssen und nicht der „Überzeugungsarbeit“ der Mehrheit ausgeliefert zu sein, wächst regelmäßig die Hemmschwelle, eine benutzte gegen eine sterile Spritze einzutauschen. Auch die Wissenschaftler vor Ort konnten wiederholt einen Rückfall der Insassinnen zu informellen Praktiken wie insbesondere dem Mehrfachgebrauch der Spritzen beobachten.³⁶⁵ In kleinen, überschaubaren Vollzugseinheiten können somit das Fehlen von Anonymität und die gegenseitige Kontrolle der Inhaftierten einer ungezwungenen, selbstbestimmten Nutzung eines Spritzenvergabeangebots entgegenstehen. Je nach Zugehörigkeit der Insassenpopulation kann der Einfluss der Mehrheit die Benutzung einer sterilen Spritze zum i.v. Konsum des Einzelnen verhindern oder fördern.

Keine Anhaltspunkte lassen sich letztlich dafür finden, dass die Umsetzung einer Spritzenvergabe und ihr Erfolg auch davon beeinflusst werden, ob es sich um eine weibliche oder männliche Haftpopulation handelt. Zwar konnte in den Anstalten Hindelbank und Vechta eine größere Bereitschaft der inhaftierten Frauen festgestellt werden, sich mit Hilfe des Suchtberatungsdienstes oder anderer Personen ihres Vertrauens mit dem Drogenproblem zu beschäftigen. Doch kann dies in erheblichem Umfang auch auf die Bereitschaft und das persönliche Engagement der

³⁶³ NELLES ET AL. 1999 b.

³⁶⁴ NELLES ET AL. 1999 b.

³⁶⁵ NELLES ET AL. 1999 b.

in der Anstalt Tätigen zurückgeführt werden. Es lässt sich lediglich festhalten, dass inhaftierte Frauen eher und verstärkt Gebrauch von begleitenden Betreuungsangeboten etc. machen als inhaftierte Männer.

bb. Einfluss von Vollzugsform und Haftdauer

Möglicherweise lässt sich ein Einfluss der unterschiedlichen Vollzugsformen auf die Umsetzung der Spritzenvergabe feststellen. Bei den Anstalten in Hamburg, Oberschöngrün und Realta handelt es sich um Anstalten des offenen bzw. halboffenen Vollzugs. Aus diesen Anstalten wurde unabhängig von der Erfolgseinschätzung der Projekte von einer nur sehr eingeschränkten Einhaltung der mit der Spritzenausgabe aufgestellten Regeln berichtet.³⁶⁶ Die lockere Vollzugsform bedingt offensichtlich eine „Ich-Bezogenheit“ der Inhaftierten und beinhaltet geringere gegenseitige Kontrolle. Ständiger Kontakt der Insassen zur Außenwelt und ihre individuelle Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in die Gesellschaft draußen prägen den Vollzug. Die Regeln der Anstalt bestimmen nicht mehr in dem Maße den Alltag der Inhaftierten, wie sie es in einem geschlossenen Vollzug tun.

Dies spiegelt sich jedenfalls zum Teil auch bereits in den Zahlen der umgetauschten Spritzen in den Anstalten wider. Vergleicht man die Anstalten Vechta (geschlossener Vollzug) und Hamburg-Vierlande (offener Vollzug), so fällt auf, dass die Zahl der getauschten Spritzen pro Monat und Projektteilnehmer in der Anstalt Vechta rund viermal so groß ist wie in der Anstalt Hamburg-Vierlande. In der Anstalt Vechta wurden insgesamt 16390 Spritzen über einen Zeitraum von 24 Monaten an den Automaten von insgesamt 169 Projektteilnehmerinnen getauscht.³⁶⁷ Dies bedeutet einen Umtausch von 4 Spritzen pro Monat/Teilnehmerin. Dagegen wurden in der Anstalt Hamburg-Vierlande insgesamt 10439 Spritzen am Automaten getauscht und insgesamt 587 Spritzenattrappen (= Teilnahmeberechtigte) zum erstmaligen Bedienen des Automaten ausgegeben.³⁶⁸

³⁶⁶ Für Hamburg: GROSS 1998, S. 20, 60; für Oberschöngrün: EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - WEIBEL, Bediensteter der Haftanstalt Oberschöngrün; für Realta: NELLES ET AL. 1999 a, S. 46.

³⁶⁷ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 49, 50.

³⁶⁸ GROSS 1998, S. 14.

Damit wurde pro Monat und Teilnahmeberechtigtem nur rund eine Spritze am Automaten getauscht. Diese Angaben korrespondieren mit den Feststellungen der dortigen Begleitforschung zum unveränderten Vorhandensein des „needle-sharing“ unter den Inhaftierten.³⁶⁹ Misstrauen und fehlende Bereitschaft, die aufgestellten Regeln zum „eins zu eins“ Tausch und zur Aufbewahrung der Spritze zu akzeptieren, können dazu geführt haben, dass trotz einer jederzeit vorhandenen Möglichkeit einer Projektteilnahme die Inhaftierten weiterhin illegal eingeführte Spritzen untereinander getauscht haben. Das „Neu-Erlernen“ von Eigenverantwortung und anstaltsinternen Regeln innerhalb des Strafvollzugs kann offensichtlich von ihnen, die eine vergleichsweise kurze Haftdauer vor sich haben, weit weniger erwartet werden als von denen, die sich zwangsweise (im geschlossenen Vollzug) auf eine längere Haftdauer einrichten müssen.

Ein Vergleich mit Zahlen aus den beiden Anstalten Hindelbank und Realta, die ebenfalls eine Automatenvergabe praktizierten, ist nicht möglich. In beiden Modellprojekten ist die Zahl der Projektteilnehmer nicht dokumentiert. Eine solche Dokumentation war aber auch aufgrund des Projektdesigns weder vorgesehen noch möglich. Während die Spritzenattrappen in der Anstalt Realta jedem Neuzugang ausgehändigt wurden, und zwar unabhängig von der Feststellung eines Spritzenbedarfs des Inhaftierten, wurden die Spritzenattrappen in der Anstalt Hindelbank von dem anstaltsinternen, aber von der Begleitforschung unabhängigen Präventionsteam an die Frauen ausgegeben. Im Vordergrund stand dabei der Aufbau eines Vertrauensverhältnis zwischen den Mitarbeiterinnen des Präventionsteams und den inhaftierten Frauen, so dass eine Dokumentation der ausgegebenen Spritzenattrappen nicht erwogen worden war.

Letztlich lässt sich grundsätzlich noch ein Einfluss der Anstaltsaufenthaltsdauer der Inhaftierten auf das Ergebnis der Spritzenvergabeprojekte ausmachen. Insbesondere die Haftanstalt Hamburg-Vierlande ist von einer hohen Fluktuation der Inhaftierten geprägt. Die durchschnittliche Haftdauer betrug weniger als ein Jahr.³⁷⁰ Im Vergleich dazu betrug der durchschnittliche Haftaufenthalt der Inhaftierten in den Haftanstalten in Vechta und Lingen jeweils 21 bzw. 33 Monate und

³⁶⁹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 466; GROSS 1998, S. 67.

³⁷⁰ HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 33.

war damit (mehr als) doppelt so lang.³⁷¹ Eine kontinuierliche Haftpopulation kann wesentlich zum Erfolg einer vollzugsinternen Veränderung und zur Akzeptanz scheinbarer vollzuglicher Widersprüche beitragen. Eine hohe Fluktuation der Haftpopulation in den Anstalten kann das notwendige Wachsen von gegenseitigem Vertrauen zwischen Bediensteten und Inhaftierten behindern. Auf das Vertrauen ist die Ausgabe steriler Spritzen innerhalb des Strafvollzugs jedoch angewiesen. Es ist daher in solchen Anstalten nur begrenzt die Möglichkeit vorhanden, eine dringend notwendige Vertrauensebene zwischen den Inhaftierten und Bediensteten zu schaffen.

cc. Auswahl der Haftanstalten und Akzeptanz bei den Bediensteten

Schließlich ist zu untersuchen, in wie weit zum einen die Umstände der Auswahl der hier behandelten Anstalten zur Realisierung der Modellprojekte, zum anderen die Einstellung der vor Ort tätigen Vollzugsbediensteten zu einer Spritzenvergabe im Strafvollzug die Ergebnisse der Projekte beeinflusst haben.

Während sich vier³⁷² der sechs hier berücksichtigten Anstalten selbst für die Einführung der Spritzenvergabe angeboten und die Projektrealisation damit vorangetrieben hatten, fiel die Entscheidung in Hamburg und Berlin auf ministerieller Ebene. Auffällig sind die große Vorlaufzeit dieser beiden Projekte³⁷³ und insbesondere ihre deutliche Ablehnung durch die Vollzugsbediensteten³⁷⁴ sowie die anfänglichen negativen Begleiterscheinungen³⁷⁵, während die positive Bereitschaft der Bediensteten in den anderen Anstalten bereits zu Beginn des Projekts ausgeprägt vorhanden gewesen war und die Umsetzung des Projekts dort immer mehr an Normalität gewann³⁷⁶. Damit korrespondieren auch die aufgezeigten negativen

³⁷¹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1997, S. 115; DIES: 1999, S. 461.

³⁷² Haftanstalten Vechta, Lingen, Hindelbank und Realta.

³⁷³ Für Berlin: TAZ-Berlin vom 9.10.1998.

³⁷⁴ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - KÜSTER, Justizsenat Berlin; für Hamburg: Der Vollzugsdienst 1/1997, 13.

³⁷⁵ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - DREYER, Anstaltsleiterin Hamburg-Vierlande; GROSS 1998, S. 15.

³⁷⁶ für Vechta und Lingen: MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 39, 45; DIES. 1996, S. 42; für Realta und Hindelbank: NELLES ET AL. 1999 a, S. 11; NELLES ET AL. 1995, S. 33, 35.

Ergebnisse des Modellprojekts in Hamburg³⁷⁷ und die positiven Ergebnisse der übrigen Anstalten.³⁷⁸ Während sich Großanstalten wie die Haftanstalt Hamburg-Fuhlsbüttel aufgrund baulicher Konzeptionierung nicht für ein zu evaluierendes Forschungsprojekt eigneten und sich die Mehrzahl der übrigen Haftanstalten weigerte, versuchsweise sterile Spritzen an i.v. Drogenkonsumierende auszugeben³⁷⁹, wurde schließlich gegen die Haltung der Mehrheit der Bediensteten mit der Spritzenvergabe in der Anstalt Hamburg-Vierlande begonnen. Die Realisation eines im Berliner Justizsenat bereits 1996 beschlossenen Spritzenvergabeprojekts war zu diesem Zeitpunkt sogar am massiven Widerstand der Bediensteten gescheitert.³⁸⁰ Demgegenüber beeinflusste die in Niedersachsen eingesetzte Expertenkommission ihrerseits die politische Entscheidung, Spritzenvergabe versuchsweise in zwei niedersächsischen Haftanstalten einzuführen.³⁸¹ Die Kommission setzte sich neben Wissenschaftlern und politisch Verantwortlichen insbesondere aus Mitarbeitern beider Anstalten zusammen. Sie waren von Beginn an an den Planungen einer Spritzenvergabe im Strafvollzug beteiligt, bereits gesammelte Erkenntnisse zur anstaltsinternen Drogenproblematik konnten zudem unmittelbar in die Umsetzung der Modellprojekte eingebracht werden.³⁸²

Eine grundsätzlich vorhandene Bereitschaft der Vollzugsbediensteten zur Vergabe steriler Einwegspritzen ist damit von erheblicher Bedeutung für die Umsetzung solcher Projekte. Die frühzeitige Bündelung aller Interessen, die Einbindung der vor Ort Tätigen und insbesondere die Bereitschaft der Anstaltsbediensteten zur Umsetzung der Spritzenvergabe im Strafvollzug können deshalb als wesentliche Einflussfaktoren für den Erfolg einer Spritzenvergabe im Strafvollzug festgestellt werden. Die Oktroyierung einer Spritzenvergabe wird letztlich um so gravierender den Erfolg der Spritzenvergabe beeinflussen bzw. behindern, je weniger Bereitschaft der vor Ort Tätigen vorhanden ist und je weniger diese Bereitschaft durch intensive Beschäftigung der obersten Dienstbehörden mit den Ängsten und

³⁷⁷ GROSS 1998, S. 67, 69, 123.

³⁷⁸ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 464 ff; NELLES ET AL. 1999 a, S. 34; DIES. 1999 b.

³⁷⁹ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - THIEL, Justizbehörde Hamburg.

³⁸⁰ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - KÜSTER, Justizsenat Berlin; TAZ-Berlin vom 9.10.1998; BSBD (Hamburg): Der Vollzugsdienst 1/1997, 13.

³⁸¹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 42.

³⁸² MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1996, S. 46, 62.

Sorgen der Bediensteten bereits lange vor Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug geweckt werden kann.

Die einzelnen Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass sich die zu Beginn vorhandene Einstellung der Bediensteten im Laufe der Zeit regelmäßig nicht entscheidend verändert hat.³⁸³ Die Etablierung einer Spritzenvergabe im Strafvollzug gegen den Widerstand der Bediensteten wird daher auch in Zukunft kaum gelingen können. Diese Gefahr wird um so akuter, je größer der politisch administrative Druck zur Umsetzung solcher Spritzenvergabemodelle ist. Hier hat die Justizverwaltung im Vorfeld der Einführung der Spritzenvergabe eine wichtige Aufgabe wahrzunehmen, deren Erfüllung ein unabdingbares Element der erfolgreichen Realisation einer Spritzenvergabe im Vollzug darstellt, wie die Forschungsberichte aus Niedersachsen und der Schweiz gezeigt haben.

c. Demographische Zusammensetzung der Haftpopulation

Möglicherweise beeinflusst auch die demographische Zusammensetzung der Haftpopulationen die Umsetzung der Spritzenvergabe in den einzelnen Anstalten.

Auffallend ist, dass in beiden schweizer Haftanstalten zum einen der Bildungsgrad der Insassen weit höher war als in den deutschen Haftanstalten. Zum anderen wich auch der Ausländeranteil unter den Inhaftierten deutlich von den Werten der deutschen Haftanstalten ab.

Während in den Anstalten Hindelbank und Realta mehr als die Hälfte der befragten Frauen bzw. Männer über einen Mittelstufen- oder höheren Schulabschluss verfügte und drei Viertel der befragten Männer einen Lehrabschluss hatten bzw. zwei Drittel der befragten Frauen jedenfalls eine Lehre begonnen hatten³⁸⁴, verfügte in der Anstalt in Vechta dagegen nur etwas über ein Viertel der Frauen noch über einen Realschulabschluss, über die Hälfte war ohne Ausbildung.³⁸⁵ Vergleichbare Werte lagen auch in Lingen vor. So verfügte nur rund die Hälfte der

³⁸³ Siehe dazu unter 2. Teil III. 1.

³⁸⁴ NELLES ET AL. 1999 a, S. 34; NELLES ET AL. 1995, S. 56.

³⁸⁵ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 460.

befragten Insassen in Lingen über einen Hauptschulabschluss und knapp die Hälfte der Befragten hatte überhaupt keine Berufsausbildung.³⁸⁶ Möglicherweise hat der höhere Bildungsgrad der Inhaftierten in den schweizer Modellprojekten zur grundsätzlich größeren Bereitschaft der Inhaftierten geführt, sich auf das Projekt einzulassen, sich mit den aufgestellten Regeln zu arrangieren, sich auf einen intensiveren Kontakt mit den Bediensteten einzulassen und durch bewussteren Umgang mit den Spritzen ein Scheitern des infektionsprophylaktischen Erfolgs zu verhindern.

Auffällig ist auch der unterschiedlich hohe Ausländeranteil in den befragten Haftpopulationen. Während er in Hindelbank und Realta bei rund der Hälfte der befragten Haftinsassen lag³⁸⁷, betrug der Anteil der Ausländer in den Haftanstalten in Vechta, Lingen und Hamburg nur rund 10 bis 15%³⁸⁸. Der geringe Ausländeranteil unter den Befragten repräsentiert dabei nicht unbedingt die typische Verteilung des Ausländeranteils in bundesdeutschen Haftanstalten. 1998 betrug der Anteil ausländischer Strafgefangener 24,6%. Seit 1970 ist der Anteil fast um das Zehnfache gestiegen (1970: 2,9%, 1997: 10,8%). Ausländer sind im Strafvollzug, gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil, in erheblichem Maße überrepräsentiert.³⁸⁹ Die hier zugrunde liegenden Angaben müssen daher als eher untypisch für die Verteilung der Haftpopulation gewertet werden. Gleichwohl lässt sich daraus folgende Schlussfolgerung ziehen: Berücksichtigt man den hohen Einsatz und die Bereitschaft der Bediensteten in den schweizer Haftanstalten für eine erfolgreiche Umsetzung der Spritzenausgabe - diesbezüglich insbesondere die Bemühungen auch um ausländische Inhaftierte, indem die Informationen über die Spritzenausgabe in mehreren Sprachen ausgeteilt wurden und ein intensiverer Kontakt zu den Ausländern gerade in kleineren Vollzugseinheiten (Hindelbank) möglich wurde - so ist zu befürchten, dass in solchen bundesdeutschen Haftanstalten, in denen der Ausländeranteil weit höher liegt als in Vechta und Lingen, der Erfolg einer Spritzenausgabe um so mehr davon abhängen wird, ob auch die ausländischen Inhaftierten in den Vollzugsalltag integriert werden konnten und dazu ausreichend Per-

³⁸⁶ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 460.

³⁸⁷ NELLES ET AL. 1999 a, S. 33; NELLES ET AL. 1995, S. 55.

³⁸⁸ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 150; HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 b, S. 32.

³⁸⁹ AK-StVollzG-BAMMANN, Exkurs II vor § 5 Rn. 1 und 2.

sonal zur Verfügung steht, das auch die Bereitschaft mitbringt, diese schwere Integrationsaufgabe zu bewältigen.

Schließlich unterscheiden sich auch die Gruppen der Befragten deutlich in ihrer Altersstruktur. So lag zwar das durchschnittliche Alter in allen Anstalten in etwa gleich (Vechta: 29 Jahre (max.: 40 Jahre)³⁹⁰; Lingen: 32 Jahre (max.: 50 Jahre)³⁹¹; Hamburg: 31,5 Jahre³⁹²; Hindelbank: 32 Jahre³⁹³; Realta: 34,5 Jahre³⁹⁴). Doch während die Zahl der 20- bis 30jährigen im Verhältnis zur Zahl der 30- bis 50jährigen in den deutschen Haftanstalten nahezu gleich groß war³⁹⁵, überwog der Anteil der Gruppe der 30- bis 50jährigen in den Anstalten Hindelbank und Realta deutlich³⁹⁶. Setzt man dies ins Verhältnis zu den dortigen Forschungsergebnissen, so kann dies eine weitere Bestätigung dafür sein, dass ältere i.v. Drogenkonsumierende in Haft nicht nur langsam aus der Sucht herauswachsen, sondern auch verantwortungsvoller und selbstverständlicher mit den Spritzen umgehen, als dies jüngere Drogenkonsumenten tun. Geht man nämlich bei einem durchschnittlichen Einstiegsalter des i.v. Drogenkonsumenten von ca. 19 bis 20 Jahren von einer durchschnittlichen Konsumdauer eines Drogenabhängigen von ca. acht bis neun Jahren aus³⁹⁷, so lassen sich damit auch die positiveren Ergebnisse der Befragungen aus den beiden Schweizer Haftanstalten erklären.

d. Einfluss der Vergabeform steriler Spritzen

Fraglich ist, ob und in wie weit sich die Vergabemodalitäten auf die Umsetzung der Spritzenvergabe auswirken. Vergleicht man die einzelnen Forschungsergebnisse im Hinblick auf die gewählten Formen der Spritzenvergabe, so lässt sich zwar grundsätzlich keine Abhängigkeit der generellen Umsetzung der Spritzenvergabe im Strafvollzug von einer bestimmten Vergabeform feststellen. Mit Ausnahme der Haftanstalt Lingen findet die Spritzenvergabe in allen übrigen hier ver-

³⁹⁰ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 150.

³⁹¹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 150.

³⁹² HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, Tab. 1 u. 2.

³⁹³ NELLES ET AL. 1995, S. 55.

³⁹⁴ NELLES ET AL. 1999 a, S. 30.

³⁹⁵ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 150; HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, Tab. 1 u. 2.

³⁹⁶ NELLES ET AL. 1999 a, Tab. S. 30; NELLES ET AL. 1995, S. 55.

gleichen Anstalten über Automaten statt. Eins zu eins können die Drogenkonsumenten eine gebrauchte gegen eine neue sterile Spritzen tauschen. Doch könnte die Form der Spritzenvergabe sowohl die Häufigkeit der Nutzung durch die Inhaftierten als auch - je nach Insassenkollektiv - einen infektionsepidemiologischen Erfolg der Spritzenvergabe beeinflusst haben.

Grundsätzlich legt die Handausgabe der Spritzen eine im Vergleich zur Automatenausgabe höhere Zugangsschwelle für potentielle Nutzer fest. Möglicherweise kann dadurch von Beginn an nur eine geringere Zahl von Adressaten erreicht werden, als dies bei einer Automatenvergabe der Fall wäre. Wurden in der Anstalt Lingen durchschnittlich rund 2,3 Spritzen pro Monat und Projektteilnehmer getauscht, lag die Zahl der am Automaten getauschten Spritzen in der Anstalt Vechta im selben Zeitraum bei vier Spritzen pro Monat und Teilnehmerin.³⁹⁸ In der Anstalt Lingen nahmen auch nur durchgehend rund 15 Inhaftierte das Angebot der Handvergabe steriler Spritzen wahr.³⁹⁹ Bei einer Belegungszahl von rund 270 Inhaftierten und einem geschätzten Anteil Drogenkonsumierender von mindestens 50%⁴⁰⁰ sowie einer vermuteten Zahl von etwa 50 aktiv Drogenabhängigen wurde somit nur ein knappes Drittel offiziell erreicht.⁴⁰¹

Ursächlich dafür können Ängste der Betroffenen sein, sich gegenüber den die Spritzen ausgebenden Personen als i.v. Drogenkonsumierende „outen“ zu müssen oder anstaltsinterne Sanktionen zu riskieren. Aber auch die Angst, von Mitinhaftierten dann verstärkt als i.v. Konsument wahrgenommen zu werden, wenn man zu einer festgelegten Öffnungszeit den Weg zum Ausgabeort einschlägt, kann zu einer Einschränkung der Inanspruchnahme des Spritzenangebots im Strafvollzug führen. Aus der Vollzugsanstalt Lingen wurde berichtet, dass sich Drogenkonsumenten zunehmend häufiger eine Spritze durch andere tauschen ließen, die selbst offiziell als Projektteilnehmer bekannt waren.⁴⁰² Solche subkulturellen Verhaltensweisen beinhalten ein erhebliches infektionsepidemiologisches Gefährdungspotential und konterkarieren in hohem Maße das Ziel der Spritzenvergabe. Be-

³⁹⁷ PANT / KLEIBER 1998, § 7 Rn. 56.

³⁹⁸ Zu den der Berechnung zugrundeliegenden Zahlen: MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 49, 50.

³⁹⁹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 70.

⁴⁰⁰ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 48.

⁴⁰¹ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 70.

zahlt wurde der Bote nämlich regelmäßig damit, dass ihm der im Filter der Spritze verbleibende Rest der aufgezogene Drogenmenge überlassen wurde (sog. Filter-Strich-Methode).⁴⁰³

Insbesondere bei der Handvergabe von Spritzen ist ein negativer Einfluss der zeitlichen Begrenzung der Spritzenausgabe auf die Akzeptanz und den Erfolg der Spritzenvergabe zu erwarten. Die Festlegung bestimmter täglicher Tauschzeiten - welche aufgrund der Personalbindung regelmäßig wohl erforderlich sein werden - setzt ein erhebliches Maß an Disziplin des Inhaftierten voraus. In der Haftanstalt Lingen kann der Inhaftierte nur zu festgelegten Zeiten - täglich eineinhalb Stunden lang - eine Spritze tauschen.⁴⁰⁴ Der Inhaftierte muss seinen Spritzenbedarf kalkulieren und einteilen. Die Gefahr ist groß, außerhalb der Sprech- bzw. Tauschzeiten bei Bedarf schneller wieder auf eine fremde und bereits gebrauchte Spritze zurückzugreifen. Eine solche erhöhte Zugangsschwelle wird sich mit großer Wahrscheinlichkeit auch auf die Kontinuität der Teilnahme auswirken. So stellte die Begleitforschung in der Haftanstalt Lingen fest, dass nur wenige Drogenkonsumierende die Möglichkeit des Spritzentauschs kontinuierlich und konsequent wahrnahmen.⁴⁰⁵ Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass die Inhaftierten in der Haftanstalt Lingen an den Wochenenden nur über den medizinischen Dienst eine saubere Spritze erhalten konnten. Dies bedeutet eine zusätzliche Hürde, denn die Inhaftierten müssen weitere Personen kontaktieren und ein zusätzliches Vertrauensverhältnis aufbauen lernen.

Auch die Spritzenvergabe im Wege der Automatenausgabe ist nicht unbeeinflusst von negativen Begleiterscheinungen. Von Bedeutung können hier insbesondere der Standort der Automaten und ihre Funktionsfähigkeit sein. Werden Automaten für Bedienstete gut einsehbar platziert, wird dies Auswirkungen auf die Frequenzierung durch die Inhaftierten haben. So berichtet Gross von besorgniserregenden informellen Praktiken der Inhaftierten, nicht selbst beim Spritzentausch am Automaten beobachtet zu werden. Mitgefangene wurden angeworben, die Spritze am

⁴⁰² MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 281.

⁴⁰³ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - HUTMACHER, Suchtberatungsdienst Anstalt Lingen.

⁴⁰⁴ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 47.

⁴⁰⁵ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 70.

Automaten zu tauschen. Ihre Entlohnung bestand wiederum in der riskanten sog. Filter-Strich-Methode.⁴⁰⁶

Auch die Funktionstüchtigkeit und Zuverlässigkeit der Automaten kann als Einflussfaktor der Spritzenvergabe ausgemacht werden. Aus den Strafvollzugsanstalten in Vechta, Hamburg und Hindelbank wurde berichtet, dass die Automaten in zeitlich erheblichem Umfang aufgrund technischer Mängel ausgefallen waren. Die Forscher berichteten, dass die Konsumenten dann zwangsläufig wieder zu einem Mehrfachgebrauch der eigenen und einer gemeinsamen Benutzung fremder Spritzen übergingen.⁴⁰⁷ Manipulationsversuche an den Automaten führten zu einer unkontrollierten Entsorgung der benutzten Spritzen. Die Anstalt Hamburg-Vierlande dokumentiert insbesondere zu Beginn des Projekts eine große Differenz beim Umtausch an den Automaten. Durchschnittlich seien durch Manipulationen der Automaten täglich acht Spritzen entnommen worden, ohne dass eine gebrauchte Spritze dafür zurückgeführt worden wäre⁴⁰⁸. Dies korrespondiert mit vermehrten Spritzenfunden im Innenhof der Anstalt und in den Aufenthaltsräumen.⁴⁰⁹ Die Anstalt Realta wertet die Manipulationsversuche an den Automaten eher als Ausdruck der Angst der Inhaftierten davor, den Weg zum Anstaltsarzt gehen zu müssen, um überhaupt die zum erstmaligen Betätigen des Automaten notwendige Spritzenattrappe zu erhalten. Deshalb haben schließlich alle Inhaftierten sofort bei Eintritt in die Anstalt eine Spritzenattrappe erhalten.⁴¹⁰ Im Laufe des Evaluationszeitraums wurden dort keine weiteren Manipulationsversuche festgestellt. Doch werden auch keine Aussagen über die Zahl der tatsächlichen Automatenutzer getroffen, so dass die darauf begründeten Forschungsergebnisse nur begrenzt interpretiert werden können.

Im Übrigen lassen sich Umstände ausmachen, die für beide Vergabeformen gleichermaßen Bedeutung haben. So muss gewährleistet sein, dass bereits Neuzugänge in der Anstalt über die Vergabep Praxis und ihr Reglement informiert werden, nur so haben sie die Möglichkeit, das Angebot unter Einhaltung der Regeln wahr-

⁴⁰⁶ GROSS 1998, S. 39.

⁴⁰⁷ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 62; EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - DE SANTIS, Präventionsbeauftragte Anstalten Hindelbank; GROSS 1998, S. 40.

⁴⁰⁸ GROSS 1998, S. 15.

⁴⁰⁹ GROSS 1998, S. 15 f.

zunehmen. Darüber hinaus muss eine unproblematische Ausgabe der für die erstmalige Benutzung der Automaten notwendigen Spritzenattrappe gewährleistet sein. Gross berichtet, dass die Insassen in den Zugangsgesprächen nur selten über die Bedingungen und Regeln des Spritzentauschs informiert wurden; die Bedienteten hätten sich nicht dafür zuständig gefühlt.⁴¹¹ Wird den Inhaftierten selbst überlassen, das Prozedere und die Regeln der Spritzenausgabe zu erkunden, so liegt nahe, dass die Grenzen ausgetestet werden. So wurde auch aus Hamburg davon berichtet, dass die Automaten vielfach gewaltsam beschädigt und geleert wurden.⁴¹²

Schließlich hängt der infektionsprophylaktische Erfolg einer Spritzenvergabe entscheidend von der richtigen Bedarfsdeckung ab. Insbesondere Langzeitkonsumenten (sog. „Altfixer“) sowohl in der Haftanstalt Hamburg als auch in den Anstalten in Vechta und Lingen forderten die Ausgabe von 18 mm - anstelle der ausgegebenen 12 mm - Insulinspritzen.⁴¹³ Die kurze Nadel stellt nämlich eine erhebliche Gefahr für den i.v. Drogenkonsum insbesondere bei Langzeitkonsumenten dar, weil der Konsumierende mit der kurzen Nadel nur schlecht die tief liegenden Venen erreicht.⁴¹⁴ Die Forscher berichten, dass die Inhaftierten daher verstärkt weiter zu inoffiziellen Versorgungsmethoden gegriffen haben, um den Bedarf sauberer längerer Spritzen zumindest teilweise zu decken. Zudem seien etliche wieder auf die mehrmalige Benutzung der wenigen vorhandenen Spritzen dieser Nadellänge ausgewichen.⁴¹⁵ Vergleichbare Praktiken lassen sich auch in der Haftanstalt Lingen vermuten. Dort verzeichnet die Anstalt seit mehreren Jahren einen Anstieg der Zahl der „Altfixer“.⁴¹⁶

⁴¹⁰ NELLES ET AL. 1999 a, S. 11.

⁴¹¹ GROSS 1998, S. 44 f.

⁴¹² EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - DREYER, stellv. Anstaltsleiterin Hamburg-Vierlande.

⁴¹³ Für Vechta und Lingen: MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 322; für Hamburg: GROSS 1998, S. 42.

⁴¹⁴ GROSS 1998, S. 42.

⁴¹⁵ GROSS 1998, S. 42.

⁴¹⁶ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 43;

e. Einfluss des übrigen Reglements der Spritzenvergabe

Fraglich ist, ob und wie sich die unterschiedlichen anstaltsinternen Regeln zum Spritzentausch auf die Akzeptanz und den Erfolg der Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug auswirken.

Während die Teilnahme eines Inhaftierten am Spritzentausch in den Anstalten Vechta und Lingen immerhin an die Feststellung seiner Drogenabhängigkeit durch den Anstaltsarzt geknüpft ist⁴¹⁷, verlangen die Haftanstalten Hamburg-Vierlande und Hindelbank von den Drogenkonsumenten nur die Teilnahme an einem vorhergehenden Gespräch mit dem in der Anstalt tätigen Suchtberatungsdienst⁴¹⁸. Die Ausgabe der Spritzenattrappen in der Anstalt Realta findet bereits grundsätzlich an alle Inhaftierten bei ihrem Eintritt in die Anstalt statt.⁴¹⁹ Neben Hamburg setzen nur die Anstalten Vechta und Lingen die Registrierung des Teilnehmers in dessen Gesundheitsakte voraus. Während Letzteres nicht von erkennbarer Bedeutung für die einzelnen Forschungsergebnisse ist, spricht vieles dafür, dass eine „großzügigere“ Vergabepraxis ein erhöhtes Konfliktpotential bedeutet. Vergleicht man die Ergebnisse der Modellprojekte miteinander, so wird deutlich, dass gerade in offenen Vollzugsformen (Hamburg, Realta) geringere Anforderungen an die Teilnahme am Spritzentausch leichter und eher zu negativen Begleiterscheinungen führen, als dies grundsätzlich bei einer höheren Zugangsschwelle der Fall ist. Fehlende Ernsthaftigkeit und lockererer Umgang mit den Spritzen sind um so größer, je weniger reglementiert der Haftalltag und je kürzer die Haftdauer sind. Zwar kann dies insbesondere in kleineren Vollzugseinheiten durch intensive Betreuungsarbeit der Bediensteten aufgefangen werden (siehe Hindelbank), das Gleichgewicht gerät aber umso mehr ins Wanken, je größer die Haftpopulation ist und je weniger Personal, - vor allem engagiertes - zur Verfügung steht (siehe Hamburg).

Geprägt ist das jeweilige Evaluationsergebnis auch durch die grundsätzliche Festlegung des Teilnehmerkreises in den einzelnen Haftanstalten. Nur in den Anstalten Vechta und Lingen sind diejenigen Drogenkonsumenten, die in der Haft substituiert werden, von der Teilnahme am Spritzentausch ausgeschlossen. Dies ist kon-

⁴¹⁷ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 48 f.

⁴¹⁸ Für Hamburg: GROSS 1998, S. 12; für Hindelbank: NELLES ET AL. 1995, S. 6.

⁴¹⁹ NELLES ET AL. 1999 a, S. 11.

sequent, denn eine Einbeziehung der Substitutionsteilnehmer in die Spritzenvergabe - wie dies in der Anstalt Hamburg-Vierlande beispielsweise der Fall ist - kann zu negativen Begleiterscheinungen führen. Die Haftanstalten vermitteln so - wenn auch unbeabsichtigt - immer auch einen gewissen Grad von Akzeptanz des nicht zu verhindernden drogenpolitischen und medizinischen Widerspruchs „Substitutionsbehandlung und Drogenkonsum“. Es wird ein eher unkonventioneller Führungsstil innerhalb des Strafvollzugs suggeriert. Darauf basiert sicherlich auch ein Teil der Probleme der Durchsetzung des Vergabe- und Aufbewahrungsreglements in der Hamburger Haftanstalt. Über eine geringe Befolgung der aufgestellten Regeln hatten sich dort nicht nur die Bediensteten beklagt, auch Mitarbeiter der Begleitprojekte berichteten über Ignoranz und den fehlenden Ernst, den die Inhaftierten der Sache „Spritzenvergabe“ beigemessen hätten.⁴²⁰

Letztlich ist ein Einfluss auf den Erfolg der Spritzenvergabemodelle auch durch die unterschiedlichen Vorschriften zur Aufbewahrung der Spritzen erkennbar. In fast allen Anstalten müssen die Projektteilnehmer ihre Spritze in einer gesonderten Vorrichtung (Plastikboxen, Halterungsvorrichtung im Schrank) im Haftraum aufbewahren. Einzig den Projektteilnehmern der Anstalt Hamburg-Vierlande ist es dagegen erlaubt, die Spritze in einer Plastikbox am Körper bei sich zu führen. Diese Regelung ermöglicht den Inhaftierten zwar eine größere Handlungs- und Bewegungsfreiheit. Gerade in einer Anstalt des offenen Vollzugs, in der der Inhaftierte weit mehr Bewegungsräume zur Verfügung hat als in einem geschlossenen Vollzug, ließe sich anderenfalls eine Spritzenvergabe möglicherweise gar nicht sinnvoll realisieren. Doch birgt diese Regelung immer die Gefahr des Missbrauchs durch die Inhaftierten und eines gesteigerten Bedrohungspotentials gegenüber Mitinhaftierten wie Bediensteten. So berichtet die Begleitforschung in Hamburg-Vierlande von einer grundsätzlichen Nichteinhaltung der Aufbewahrungsregeln. Die Spritzen wurden nur in wenigen Fällen ordnungsgemäß aufbewahrt, d.h. weder am vorgeschriebenen Aufbewahrungsort im Haftraum, noch in der vorgeschriebenen Box beim Tragen am Körper.⁴²¹ Ein regelrechter „Spritzen-tauschboom“ mit einer Zahl von rund 1500 getauschten Spritzen im Monat zu Beginn des Pilotprojekts korrespondierte neben zahlreichen Manipulationsversuchen an den Automaten mit vermehrten Spritzenfunden in den Aufenthaltsräumen

⁴²⁰ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - DREYER, stellv. Anstaltsleiterin Hamburg-Vierlande.

und im Innenhof der Anstaltsgebäude.⁴²² Zudem kann aus den Beobachtungen der Wissenschaftler hinsichtlich eines veränderten Kontrollverhaltens der Bediensteten⁴²³ auf eine verstärkt empfundene Bedrohung der Bediensteten geschlossen werden.

Dass sich letztlich grundsätzlich schlussfolgern lässt, striktere Vorschriften diesbezüglich führten zu einer größeren Akzeptanz und Einhaltung der Regeln, während Zugeständnisse eher zu größerer Nichtbeachtung verleiten, kann dennoch im Ergebnis nur eingeschränkt angenommen werden. Zu viele andere (bereits angesprochene) Einflussfaktoren spielen dabei eine Rolle. So hebt sich die Anstalt Hamburg-Vierlande beispielsweise bereits durch ihre offene Vollzugsform sowie ihre erheblich größere Insassenzahl von den übrigen Anstalten ab.

3. Ergebnis

Im Ergebnis konnten die Begleitforscher grundsätzlich drogenpolitisch und infektionsepidemiologisch positive Tendenzen einer versuchsweise durchgeführten Spritzenvergabe im Strafvollzug aufzeigen. So hat die Spritzenvergabe jedenfalls nicht zu einem vielfach befürchteten Anstieg des i.v. Drogenkonsums geführt und die Zahl der Spritzenabszesse ging überall zurück.⁴²⁴

Die dargestellten Unterschiede der Datensammlung der einzelnen Studien lassen jedoch keine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu und schließen ihre beliebige Übertragbarkeit auf andere, wenn auch in Bezug auf die Inhaftiertenzahlen oder Vollzugsformen vergleichbare, Anstalten grundsätzlich aus. Ebenso können die Ergebnisse auch nur begrenzt als Indiz für Gelingen oder Misserfolg der Spritzenvergabe im Vollzug herangezogen werden, weil eine aussagekräftige Vergleichsgruppe regelmäßig bei solchen Projekten fehlt. Die Konzeption solcher Modellprojekte lässt eine Vergleichsgruppenbildung nicht zu. Grundsätzlich haben auch zu viele Faktoren auf die Realisation der Spritzenvergabe im Strafvollzug Einfluss

⁴²¹ GROSS 1998, S. 29 f.

⁴²² GROSS 1998, S. 15.

⁴²³ GROSS 1998, S. 46.

⁴²⁴ JAKOB / STÖVER 1999, 160; HEINEMANN / PÜSCHEL 1998 a, S. 108.

genommen, als dass eindeutige Zahlen und Fakten den Erfolg oder Misserfolg belegen könnten. Die Erwartungen zukünftiger Projekte sollten nicht zu hoch gesteckt werden. Bereits die Forschungsteams berichteten von einer sinkenden Zahl der Teilnehmer am Spritzentausch, dies trotz gleichbleibender Belegung und gleichbleibender Zahl drogenabhängiger Inhaftierter.⁴²⁵ Solange man auf ein bestimmtes Verhalten von Menschen angewiesen ist, lassen sich auch „Nebenwirkungen“ einer (vollzuglichen) Maßnahme niemals völlig ausschließen.

Jedoch können in gewissem Umfang im Vorfeld bereits Bedingungen geschaffen werden, die solche „Nebenwirkungen“ begrenzt halten und ein Spritzenvergabe-konzept im Strafvollzug sinnvoll umsetzen helfen. Eine dieser grundlegenden Bedingungen ist die Einbindung der Vollzugsbediensteten in die Umsetzung einer Spritzenvergabe in der jeweiligen Anstalt von Beginn an. Die Anstalten müssen bereit sein, einen zusätzlichen personellen und sachlichen Aufwand aus eigener Kraft zu leisten. War bislang der Arbeitsbereich der Bediensteten klar von genauen Dienstanweisungen bestimmt, wird ihnen bei Einführung der Ausgabe steriler Spritzen in der Haftanstalt zusätzlich ein Entscheidungsspielraum eröffnet, den sie nach pflichtgemäßem Ermessen und eigenverantwortlich auszufüllen haben. Gerade der Bereich „Drogen im Strafvollzug“ beinhaltet nicht nur die eigene Angst vor Gefahrensituationen im Umgang mit Drogenkonsumenten, sondern dieses Thema steht auch immer wieder im Blickpunkt des öffentlichen Interesses. In der Gesellschaft werden zahlreiche unterschiedliche Ansichten dazu vertreten und in den Strafvollzug hineingetragen. Die Einbindung der Bediensteten von Beginn der Entscheidung für eine Spritzenvergabe an und eine offensive Unterstützung und Betreuung der Bediensteten sind unbedingt notwendig.

Alle hier angesprochenen Modellformen einer Spritzenausgabe im Strafvollzug lassen sich zwar zukünftig grundsätzlich realisieren; die Anstalten müssen jedoch ihre jeweiligen Charakteristika (Haftdauer der Inhaftierten, Vollzugsart, demographische Zusammensetzung) berücksichtigen und in Beziehung zu den jeweiligen Vergabeformen und -modalitäten setzen. Eine Kooperation der Inhaftierten ist um so weniger zu erwarten, je kürzer ihre Haftdauer ist, ein „Einlassen“ auf die

⁴²⁵ Anhörung Rechtsausschuss, Der Vollzugsdienst 2/2000, 32; MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 56, 68; THIEL 1997, S. 164; NELLES ET AL. 1995, S. 67.

Bedingungen im Vollzug nicht stattfindet und die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, angesichts der bevorstehenden absehbaren Freilassung, nur sehr begrenzt vorhanden ist. Ist nicht nur die Fluktuation in der Anstalt groß, sondern ist aufgrund der Größe der Anstalt eine intensive Betreuung und Einbindung in anstaltsinterne (Freizeit)-Angebote nicht möglich, so werden die für eine sinnvolle Umsetzung der hier behandelten Spritzenvergabeformen notwendigen Einstellungen sowohl auf Seiten der Bediensteten, als auch auf Seiten der Inhaftierten nur erschwert geschaffen werden können.

Aus der Analyse der einzelnen Modellprojekte und ihrer Begleitforschungen lässt sich abschließend folgern, dass letztlich am Erfolg versprechendsten eine Ausgabeform weitgehend getrennt von dem Anstaltspersonal und herausgenommen aus dem direkten Umfeld der Inhaftierten sein wird. Eine Spritzenausgabe durch eine räumlich und personell von den Bediensteten getrennte Einheit erscheint dabei am sinnvollsten. So lassen sich zum einen am ehesten die nicht zu unterschätzenden Handlungskonflikte der Bediensteten und ihr befürchteter Autoritätsverlust bei der Durchsetzung allgemeiner Sicherheitsmaßnahmen gegenüber den Inhaftierten vermeiden bzw. minimieren, zum anderen können diejenigen Inhaftierten, die sich selbst als drogengefährdet ansehen, auf diese Weise vor einer ständigen Konfrontation mit der Verfügbarkeit steriler Spritzen besser geschützt werden. Dies ist auch deshalb unbedingt erforderlich, um nicht eine über das unvermeidbare Ausmaß hinaus gehende Situation der Verführung von Drogenaussteigern zum Wiedereinstieg in den i.v. Drogenkonsum zu schaffen. Zwar sind auch ohne die Einführung einer Spritzenvergabe in den Anstalten die Inhaftierten nicht völlig vor der Versuchung, Drogen zu konsumieren, geschützt. Auch bislang sieht sich der Inhaftierte i.v. drogenkonsumierenden Mitinhaftierten gegenüber. Doch kann, wie ausgeführt⁴²⁶, die Ausgabe steriler Spritzen zu einer deutlichen Verstärkung dieser Wirkungen führen. Ob solche beziehungsorientierten Vergabesettings auch besser und effektiver die Möglichkeit einer offenen und ernsthaften Thematisierung des Beikonsums der Substituierten eröffnen⁴²⁷ und für den Substituierten erkennbar die Drogenabstinenz als vorrangiges Ziel (vor der lediglich als Hilfestellung für den Notfall dienenden Nutzung sauberer Spritzen) herausstellen können, erscheint in Anbetracht der eingeschränkten personellen Ausstattung des Vollzuges bislang

⁴²⁶ GROSS 1998, S. 121; siehe auch Anhörung Rechtsausschuss, Der Vollzugsdienst 2/2000, 32.

nur sehr begrenzt möglich. Zwar muss der Vollzug mittlerweile immer mehr therapeutische Aufgaben übernehmen, doch ist dafür eine ausreichend vorhandene personelle Ausstattung nach wie vor die Ausnahme. Der Strafvollzug muss sich der besonderen personellen Anforderungen bewusst sein und sie erfüllen können, wenn er sich nicht nur für die Ausgabe steriler Spritzen allgemein sondern gerade für eine Spritzenausgabe an Substituierte entscheidet.

Abschließend ist daher thesenartig festzuhalten:

Je größer die Anstalt und je lockerer die Vergabemodalitäten, desto weniger Kontrolle innerhalb der Anstalt ist möglich und desto ungeeigneter ist eine Spritzenausgabe über Automaten.

Je kleiner die Vollzugseinheiten, desto größer ist der Wunsch der Drogenkonsumenten nach Anonymität gegenüber Bediensteten und Mitinhaftierten, um das Spritzenangebot nutzen zu können.

Je offener die Vollzugsform, desto geringer ist die Bereitschaft der Inhaftierten, sich zum eigenen Drogenkonsum zu bekennen und desto größer ist die Gefahr der Nichteinhaltung des Vergabereglements und die Gefahr des „needle-sharing“ unter den i.v. Drogenkonsumierenden.

Je länger die Drogenkarriere der Inhaftierten und je älter die i.v. Drogenkonsumenten, desto größer ist ihre Bereitschaft zur Einhaltung der aufgestellten Regeln der Spritzenausgabe, aber auch der Bedarf an längeren (18 mm) Nadeln.

Je höher der Ausländeranteil unter den i.v. Drogenkonsumierenden in der Haftanstalt, desto größer sind der Betreuungsbedarf und die Gefahr der Verstöße gegen das aufgestellte Vergabereglement.

Je länger die Haftdauer des i.v. Drogenkonsumenten, desto eher ist seine Bereitschaft zur Anpassung an das Vergabereglement vorhanden und desto größer ist die Möglichkeit einer notwendigen Vertrauensbildung zwischen Inhaftiertem und Bediensteten.

⁴²⁷ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 503.

Je strenger die Teilnahmevoraussetzungen zur Spritzenvergabe, desto größer ist die Hemmschwelle der Inhaftierten, sich für die Teilnahme zu entscheiden und den i.v. Drogenkonsum zu offenbaren. Dies bedingt zwar keine Zunahme der inoffiziellen Nutzung des Spritzenangebots, doch verbessert es ebenso wenig die Möglichkeit der Anstalt, Substituierte vom Spritzentausch auszuschließen.

Je größer der Bildungsgrad der Inhaftierten, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit der Nutzung des Spritzenvergabeangebots.

Je geringer die Unterstützung der Spritzenvergabe durch die Bediensteten und je begrenzter die Tauschzeiten (bei Handvergabe), um so größer ist die Gefahr eines unveränderten Spritzentauschs unter den i.v. Drogenkonsumierenden.

Je kleiner die Vollzugseinheiten, um so mehr sind Akzeptanz der Spritzenvergabe durch die Bediensteten, Integrationsbemühungen und Bereitschaft zur gegenseitigen Vertrauensbildung notwendig, um die Ausgabe steriler Spritzen an i.v. Drogenkonsumenten im Strafvollzug zur Normalität werden zu lassen.

Je frühzeitiger die Bediensteten in die Gestaltung und Umsetzung einer Spritzenvergabe im Strafvollzug einbezogen werden, desto größer ist die Chance eines infektionsprophylaktischen Erfolges solcher Projekte.

3. Teil. Ausgewählte Rechtsfragen der Spritzenvergabe im Strafvollzug

Neben den zuvor behandelten tatsächlichen Problemen der Durchführbarkeit einer Spritzenvergabe im Strafvollzug wird nach wie vor über auch ihre rechtliche Bewertung diskutiert. Die Auseinandersetzung mit möglichen auftretenden Rechtsfragen ist Inhalt dieses letzten Teils der vorliegenden Arbeit.

Nur in wenigen Fällen - wie z.B. der Frage der Strafbarkeit wegen Körperverletzung im Amt - haben die Betroffenen und Verantwortlichen rechtliche Fragestellungen artikuliert. Die im Folgenden untersuchten Rechtsprobleme sind das Ergebnis einer juristische Aufbereitung derjenigen Probleme und Ängste der Betroffenen, die sich in den Forschungsberichten, dem Expertenkolloquium und den zahlreichen Artikeln zu diesem Thema herauskristallisiert haben.

Spritzen *dürfen nicht* abgegeben werden, wenn der Konsum von Drogen in der Anstalt mit allen Mitteln verhindert werden muss, dieser durch die Anstaltsordnung sanktioniert ist. Aber Spritzen *müssen* abgegeben werden, wenn die Gesundheit der Inhaftierten und auch der übrigen Bevölkerung mit allen verfügbaren Mitteln geschützt werden muss und die Spritzenvergabe ein sinnvoller Beitrag dazu ist. Man kann nicht nur "ein bisschen Spritzen" abgeben. Deutlich wird dabei, dass hier eine Optimierungsaufgabe zu bewältigen ist. Die öffentlich ausgetragene Diskussion über die Spritzenvergabe im Strafvollzug hat den Blick freigegeben auf die Grunddilemmata im heutigen Strafvollzug, die bislang vor den Blicken der Öffentlichkeit verborgen gehalten worden sind.⁴²⁸ Viele Bedienstete empfinden eine Spritzenvergabe als Bedrohung ihrer beruflichen Identität, wenn die Diskrepanz zwischen dem Sollen und dem Sein im Strafvollzug unüberbrückbar und unausweichlich zu werden droht. Einerseits ist es nach wie vor ihre Aufgabe, Drogenkonsum in der Haft zu bekämpfen, andererseits wird von ihnen dann zukünftig gefordert, den Besitz der Spritze und ihren Gebrauch zum Drogenkonsum zu dulden. Drogenbekämpfung und Drogenakzeptanz liegen hier eng beieinander.

⁴²⁸ BAECHTHOLD 1997, S. 126.

Im Folgenden wird ein umfangreicher Überblick über die in Frage kommenden Rechtsprobleme im Zusammenhang mit der Spritzenvergabe im Strafvollzug gegeben und mögliche Ambivalenzen werden untersucht.

I. Aspekte supranationalen Rechts und supranationale Empfehlungen

Eine dramatische Zunahme von Infektionskrankheiten im Strafvollzug hat dazu geführt, dass zunächst auf internationaler Ebene dem auch im deutschen Strafvollzugsgesetz verankerten Angleichungsgrundsatz⁴²⁹ eine höhere Priorität zukam. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hatte bereits 1993 den Ländern empfohlen zu erwägen, ähnliche Präventionsstrategien in Bezug auf Infektionskrankheiten drinnen wie draußen anzuwenden. Die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation von 1987 zur Aids-Bekämpfung haben bereits in einem der insgesamt acht der Richtlinie vorangestellten Grundsätze hervorgehoben, dass "Gefangene das Recht auf Gleichstellung in der medizinischen Betreuung und Prävention mit derjenigen außerhalb der Haft" haben. Es wurde explizit betont, dass in Ländern, in denen saubere Spritzen und Nadeln bereits den Drogengebrauchern in Freiheit zur Verfügung stünden, auch erwogen werden sollte, den Insassen der Haftanstalten auf Wunsch ebenfalls sauberes Spritzbesteck zur Verfügung zu stellen.⁴³⁰ Neben der WHO-Empfehlung hatte schließlich auch der Europarat eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Die nationale und internationale Strafvollzugspolitik ist jedoch bislang nur in geringem Maß diesen Empfehlungen gefolgt.

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich im Rahmen internationaler Suchtstoffübereinkommen zwar dazu verpflichtet, denjenigen Umgang mit illegalen Betäubungsmitteln strafrechtlich zu verfolgen, dessen Bedeutung bis in die innerstaatliche Rechtspflege hineinreicht.⁴³¹ Dennoch schließt dies nicht gänzlich nationale Gestaltungsspielräume aus. Insbesondere auf den Gebieten von Prävention, Infek-

⁴²⁹ Dazu ausführlich im Folgenden unter III. 3. b.

⁴³⁰ WHO 1994., S. 119 ff.

⁴³¹ WEINACHT 1999, 458 (459).

tionsprophylaxe und Therapiemaßnahmen bleibt auch der Bundesrepublik ein solcher Gestaltungsspielraum, den es zu nutzen gilt.⁴³²

II. Verfassungsrechtliche Aspekte

Gemäß der bürgerlich-liberalen Tradition wirken die Grundrechte als subjektive Freiheitsrechte, deren Funktion es ist, private Lebensbereiche gegen den Staat abzugrenzen (Abwehraufgabe). Die veränderten sozialen Existenzbedingungen haben zu einer Weiterführung der Interpretation geführt. Sie ist nunmehr verstärkt wirklichkeitsorientiert und um eine Einbeziehung des Sozialwesens bemüht (Teilhabefunktion), zudem kommt den Grundrechten eine leistungrechtliche Aufgabe zu.⁴³³

Mit der Ablehnung des historisch vorbelasteten "besonderen Gewaltverhältnisses" wird das Wesen des Sonderstatusverhältnisses der Strafgefangenen nicht mehr in der Gewaltunterworfenheit des Gefangenen gesehen, sondern in der sozialen Natur, die sich aus den spezifischen Eigenheiten des jeweils zugrunde liegenden Lebensverhältnisses ergibt. Der Sonderstatus der Gefangenen wird durch den mit dem besonderen Verhältnis verbundenen Zweck der hoheitlichen Aufgabenerfüllung wesentlich beeinflusst, d.h. hier durch den Zweck der Vollziehung der Freiheitsstrafe mit seinen Ausformungen. Dieses besondere Rechtsverhältnis führt nicht schon durch seine Existenz zur Einschränkung der Grundrechte, ihre Geltung kann vielmehr nur aufgrund einer besonderen der Verfassung entsprechenden gesetzlichen Grundlage eingeschränkt werden.⁴³⁴

Ebenso wie bereits in den 60er und 70er Jahren infolge der grundsätzlichen Anerkennung der Geltung der Grundrechte im Strafvollzug⁴³⁵ eine Relativierungstendenz - aufbauend auf dem Vorrang des Resozialisierungsbedürfnisses - sichtbar wurde, werden gegenwärtig anlässlich der steigenden Drogenproblematik im Strafvollzug erneut Forderungen nach einem grundsätzlichen Vorrang des Sicher-

⁴³² WEINACHT 1999, 458.

⁴³³ HOFFMEYER 1979, S. 112.

⁴³⁴ BVerfGE 33, 11; 47, 78 (79); BVerwGE 47, 198.

⁴³⁵ HOFFMEYER 1979, S. 107; MÜLLER-DIETZ 1979, S. 133.

heitsbedürfnisses der Anstalt vor Drogenhilfemaßnahmen laut.⁴³⁶ Damit werden auch Grundrechte wieder zunehmend auf ihre Funktion als Abwehrrechte gegenüber dem Staat reduziert. Dennoch müssen die Inhaftierten vor allem wegen der oftmals bestehenden Suchtproblematik ihre Grundrechte als Leistungsrechte wahrnehmen können. Um den Grundrechten von Strafgefangenen gerecht zu werden, hat sich deshalb dann sowohl an der Situation des Strafvollzugs als "totaler Institution" als auch an der Vollzugsaufgabe, den Strafvollzug im Interesse der Resozialisierung der Haftinsassen soweit wie möglich an die Möglichkeiten in der Gesellschaft anzugleichen, zu orientieren.

1. Art. 2 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 i.V.m. Art. 20 GG: Spritzenvergabe, Sozialstaatsprinzip und Freiheitsgrundrechte

Das Sozialstaatsprinzip, grundgesetzlich verankert in Art 20 GG, verlangt grundsätzlich staatliche Vor- und Fürsorge für Gruppen der Gesellschaft, die aufgrund persönlicher Schwäche oder Schuld, Unfähigkeit oder gesellschaftlicher Benachteiligung in ihrer persönlichen und sozialen Entfaltung behindert sind.⁴³⁷ Dazu gehören die Gruppe der Suchtmittelabhängigen ebenso wie die Gruppe der Strafgefangenen. Derjenige, der beiden Gruppierungen angehört, bedarf damit besonderer Hilfemaßnahmen. Der Sozialstaat schreibt vor, dass auch im Strafvollzug dem Einzelnen Hilfe zur Selbsthilfe, soziale Betreuung und Fürsorge gewährt werden müssen.⁴³⁸ Aus dem Sozialstaatsprinzip erwächst die Pflicht des Strafvollzugs, den Inhaftierten kompensatorische Hilfen zum Ausgleich sozialer und sonstiger Benachteiligungen zu gewähren und alles in seinen Kräften Stehende zu tun, um dem Einzelnen auch in der Haft ein menschenwürdiges Dasein zu ermöglichen.

Dies allein verpflichtet den Strafvollzug jedoch noch nicht bereits zu einer Ausgabe steriler Spritzen. Eine einzige konkrete Maßnahme lässt sich regelmäßig nicht aus dem Sozialstaatsprinzip der Verfassung herleiten. Immer nur können daraus

⁴³⁶ Der Vollzugsdienst 1/1998 (Antrag der hess. CDU-Fraktion auf Änderung des StVollzG); Der Vollzugsdienst, 3/1997, 2 ff.

⁴³⁷ BVerfG NJW 1973, 1226 f.

⁴³⁸ WÜRTEMBERGER 1970, S. 222.

notwendige soziale Grundstrukturen des Strafvollzugs hergeleitet werden. Auch Ansprüche des Inhaftierten auf die Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug lassen sich jedenfalls nicht aus dem Sozialstaatsprinzip herleiten. Vielmehr findet das Sozialstaatsprinzip seine Ausprägung in einzelnen einfachgesetzlichen Normen. Im Strafvollzug findet es Eingang über die gesetzlich festgelegten Vollzugsziele und Vollzugsgrundsätze, §§ 2 ff. StVollzG, und wirkt so auf die Ausgestaltung des Vollzuges ein. Wegen seiner Weite und Unbestimmtheit⁴³⁹ kann damit dem Sozialstaatsprinzip allein keine konkrete Handlungsanweisung entnommen werden.

Gleichwohl verlangt das Sozialstaatsprinzip auch ein Loslösen des Strafvollzugs vom all zu restriktiven Dogma der Drogenabstinenz. Absolute Normtreue kann grundsätzlich im sozialen Miteinander zwar erwartet, aber selbst dort regelmäßig nicht durchgesetzt werden. Das verfassungskonform zu definierende Vollzugsziel darf deshalb nicht allein auf eine Rückfallvermeidung ausgerichtet sein, sondern muss ebenso eine schrittweise Verbesserung der Sozialprognose für (auch drogenkonsumierende) Inhaftierte zum Ziel haben. Eines dieser Mittel dazu kann sicherlich auch die Vergabe steriler Spritzen sein.

a. Handlungsfreiheit und Resozialisierungsgedanke, Art. 2 Abs. 1 GG

Art 2 Abs. 1 GG gewährt jedem das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, jedoch nur soweit, wie nicht Rechte anderer verletzt werden und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstoßen wird. Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit führt dennoch nicht dazu, dass der Inhaftierte selbstbestimmt über seinen Drogenkonsum in der Haftanstalt entscheiden kann und ihm dazu saubere Spritzen zur Verfügung gestellt werden müssen.

Andererseits stellt die Abgabe steriler Einmalspritzen an Drogenkonsumenten jedoch auch nicht bereits grundsätzlich einen Verstoß gegen das Freiheitsgrundrecht, Art. 2 Abs. 1 GG, dar. Zwar wird vertreten, eine Spritzenvergabe sei bereits deshalb unvereinbar mit dem Freiheitsgrundrecht des Einzelnen, weil der

⁴³⁹ BVerfGE 82, 60 (80); 65, 182 (193).

Drogenabhängige seine Freiheit an die Sucht verloren habe und eine konsumbegleitende Maßnahme wie die Ausgabe steriler Spritzen nur seine Grundrechtsbetroffenheit verschärfe.⁴⁴⁰ Wäre diese Ansicht zutreffend, so könnte der Betroffene grundsätzlich nicht mehr eigenverantwortlich agieren und der Strafvollzug bzw. eine Inhaftierung wäre solchen Menschen nicht zumutbar; die Aufgabe, sich intensiv um den nicht mehr eigenverantwortlich Handelnden zu kümmern und ihn vor jedweden Selbst- und Fremdschädigungen zu schützen, könnte der Strafvollzug dann nicht übernehmen.

Art. 2 Abs. 1 GG kann zudem zwar auch nicht allein dazu dienen, den Nichtkonsumierenden einen bestimmten drogenfreien Bereich zu erhalten bzw. zu gewährleisten, so dass sie zu ihrem Schutz verlangen könnten, die Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug zu unterlassen. Aufgabe des Strafvollzugs kann und sollte es gleichwohl sein, Maßnahmen zum Schutz und zum Erhalt verbliebener oder wiedergewonnene Entscheidungsfreiheiten derjenigen Inhaftierten zu treffen, die die Zeit der Inhaftierung als Schonraum vom Drogenkonsum nutzen möchten oder sich in der Haft freiwillig für eine Substitutionstherapie entschieden haben. Der Strafvollzug hat sie in gewissem Umfang davor zu schützen, aufgrund des Spritzenangebots wieder mit dem intravenösen Drogenkonsum zu beginnen. Wie in Teil 2 dieser Arbeit bereits aufgezeigt, waren es gerade Substitutionspatienten und solche, die die Haftzeit als Schonraum ihrer Drogenabhängigkeit nutzen wollten, die ein Spritzentauschangebot in der Haft als Verführung zum illegalen Beikonsum und bzw. zum Wiedereinstieg in den i.v. Drogenkonsum empfanden.⁴⁴¹ Dies verlangt nach einem sensiblen sorgfältigen Umgang und keinem Schwarz-Weiß-Denken.

Wesentliche Bedeutung hat Art. 2 Abs. 1 GG für eine der grundsätzlichen Aufgaben des Strafvollzugs, nämlich die Inhaftierten wieder zu einem rechtsbruchfreien Leben in der Gesellschaft zu befähigen. Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gewährt aus Art. 2 Abs. 1, Art. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip dem Strafgefangenen einen verfassungsrechtlich fundierten Anspruch auf Resozialisierung.⁴⁴² Der Strafvollzug hat den Inhaftierten bei einer

⁴⁴⁰ BOCHNIK 1996, 135 f.

⁴⁴¹ Dazu unter 2. Teil III. 1. b. c. g.

⁴⁴² BVerfGE 45, 187, 239.

Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu unterstützen, ihn während der Dauer der Inhaftierung darauf vorzubereiten und ihm zu helfen, soziales Fehlverhalten zu korrigieren. Aus dem objektiv rechtlichen Gehalt des Freiheitsgrundrechts muss dann auch die Verpflichtung des Strafvollzugs abgeleitet werden, das anstaltsinterne Drogenproblem und seine Erscheinungsformen nicht den subkulturellen Selbstregulierungsmechanismen innerhalb des Vollzugs zu überlassen, sondern den Gefangenen zu befähigen, das Drogenproblem selbständig zu bewältigen. Ein bewussteres - "gesundheitsbewussteres" - Umgehen mit der Droge zählt als erster Schritt dazu. Auch der Vollzug muss sich mit der real existierenden Drogenabhängigkeit beschäftigen. Eine generelle, strikt abstinenzorientierte Haltung des Strafvollzugs stößt schließlich am auffälligsten und ehesten dort an ihre Grenzen, wo der Übergang zur Gesellschaft bereits geübt werden soll. Freigänger und Hafturlauber mit Suchtproblemen sollen in eine Gesellschaft eingegliedert werden, in der die Ausgabe von sterilem Spritzbesteck seit vielen Jahren etabliert und anerkannt ist und als Beitrag zur Schadensminderung bei i.v. Drogenkonsumierenden sogar von staatlicher Seite gefördert wird. Diese haben nicht selten bereits vor ihrer Inhaftierung das Angebot der Spritzenausgabe in der Gesellschaft in Anspruch genommen. Wird ihnen aus eben solchen Gründen des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit in der Anstalt ein Spritzentauschangebot verwehrt, so steht dies dem Anspruch des Strafvollzugs nach Resozialisierung des Gefangenen entgegen.

Letztlich dient die Resozialisierung des Gefangenen auch dem Schutz der Gesellschaft, in die er nach seiner Entlassung zurückkehrt. Machen aber die Hilfen zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft vor infektionsprophylaktisch sinnvollen Maßnahmen für i.v. Drogenkonsumenten halt, so erhöht sich das Risiko, in der Haft erlittene Infektionen anschließend auch in die Gesellschaft zu tragen. Nicht selten greifen die Drogenkonsumenten auf infektionsprophylaktisch kontraproduktive Behelfsmaßnahmen zurück, die sie außerhalb des Strafvollzugs bereits abgelegt hatten.

b. Recht auf körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG

Eine Vergabe von Einwegspritzen im Strafvollzug muss sich an Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG messen lassen. Der Strafgefangene hat ein Recht auf körperliche Unversehrtheit und Erhaltung seiner Gesundheit. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG normiert eine Schutzpflicht des Staates gegenüber dem Leben, welche dem Staat gebietet, sich schützend und fördernd vor dieses Leben zu stellen⁴⁴³, und zwar deshalb, weil das menschliche Leben innerhalb der Verfassung einen Höchstwert darstellt.⁴⁴⁴ Aus dem objektiv-rechtlichen Gehalt dieser Norm folgt damit die Pflicht des Staates, Leben und Gesundheit des Einzelnen vor den Risiken gefährlicher Infektionskrankheiten zu schützen.⁴⁴⁵

Die staatliche Schutzpflicht erstreckt sich auf die körperliche Unversehrtheit.⁴⁴⁶ Sie umfasst Maßnahmen zur Risikovorsorge für die Rechtsgüter Leben und Gesundheit.⁴⁴⁷ Die Verfassung gebietet damit unmittelbar entsprechende Vorkehrungen im Bereich der Gesetzgebung oder anderer staatlicher Steuerungsmechanismen.⁴⁴⁸ Dass der Staat die Pflicht hat, bereits *Gesundheitsgefährdungen* entgegenzutreten, liegt dann nahe, wenn die Verletzung, die sich aus der Gefährdung zu entwickeln droht, irreparabel sein wird, oder die Entwicklung, die aus der Gefährdung eine Verletzung hervorzubringen droht, unbeherrschbar sein wird. Solche Schutzpflichten des Staates hat das Bundesverfassungsgericht für den Schutz vor Gefahren durch die HIV-Infektionen anerkannt.⁴⁴⁹ Weil diese Schutzpflicht grundrechtlichen Ursprungs ist, wird man ihr eine subjektiv-rechtliche, also das Interesse jedes Einzelnen in Schutz nehmende Funktion beizumessen haben. Daraus folgt das verfassungsrechtliche Verbot, eine solche Strategie zu wählen, die zur Erreichung einer günstigeren epidemiologischen Gesamtlage einen gewissen Grad an Gesundheitsbeeinträchtigungen oder erheblicher Gesundheitsgefahren im Einzelfall in Kauf nimmt. Wie die staatlichen Organe ihrer Verpflichtung zu einem effektiven Schutz nachkommen, ist dennoch von ihnen grundsätzlich in eigener

⁴⁴³ BVerfGE 90, 145 (195); 64, 160 (164); 49, 24 (53); JARASS / PIEROTH - JARASS 2002, Art. 2 Rn. 50; SACHS - MURSWIEK 1999, Art. 2 Rn. 188; V. MÜNCH / KUNIG - KUNIG 1992, Art. 2 Rn. 55.

⁴⁴⁴ BVerfGE 90, 145 (195); 49, 24 (53); 46, 160, 164.

⁴⁴⁵ So auch BVerfG NJW 1987, 2287; HOFFMEYER 1997, S. 110.

⁴⁴⁶ BVerfGE 79, 174, 201f; JARASS / PIEROTH - JARASS 2002, Art. 2 Rn. 50.

⁴⁴⁷ BVerfGE 56, 54, 78; V. MÜNCH / KUNIG - KUNIG 1999, Art. 2 Rn. 68.

⁴⁴⁸ V. MÜNCH / KUNIG - KUNIG 1999, Art. 2 Rn. 68.

Verantwortung zu entscheiden. Der mit der Schutzpflicht verbundene Schutzanspruch des Einzelnen reicht nur soweit, dass der Staat solche Vorkehrungen zum Schutz des Grundrechts treffen muss, die nicht gänzlich ungeeignet sind. Seine Freiheit in der Wahl der Mittel verengt sich nur dann hin zu einer Verpflichtung zur Anwendung eines bestimmten Mittels, wenn der Lebensschutz nicht auf andere Weise zu erreichen ist⁴⁵⁰, die bisherigen Mittel unzureichend waren oder der Staat bislang untätig geblieben ist.⁴⁵¹

Der Strafvollzug verfügt derzeit über einen ärztlichen Dienst, der den Drogenkonsumenten betreuen kann und ihm durch Medikamentengabe entzugsbedingte Schmerzen nimmt. In den Anstalten steht den Konsumenten die Möglichkeit offen, an einer Ersatzstoffvergabe teilzunehmen, wodurch sich ebenfalls die angegriffene Gesundheit langsam erholen kann. Therapeutische Hilfen durch haftintern und extern tätige Drogenberater bieten den Inhaftierten zudem eine wichtige Anlaufstelle zum Reden über die eigene Drogenproblematik und die Möglichkeit, mit geschulter Hilfe einen geeigneten Weg aus der Sucht zu finden.

Dass die bisherigen Mittel und Angebote im Strafvollzug als grundsätzlich unzureichend einzustufen sind, lässt sich jedenfalls nicht allein auf Basis der momentanen Entwicklung feststellen. Vielmehr spielen zum einen immer anstaltseigene Kräfte eine entscheidende Rolle, die Wirkung und Angemessenheit der Maßnahmen und Angebote für Drogenkonsumenten lässt sich nur für jede Anstalt gesondert feststellen. Zum anderen wird eine aussagekräftige Beurteilung eines Angebots regelmäßig durch den häufigen Wechsel der Haftpopulation beeinflusst und unkontrollierbare Einflussfaktoren wie regelmäßige Außenkontakte und Freigang der Inhaftierten erschweren eine objektive Beurteilung des Erfolges der Angebote. Ein gänzlich Untätigsein oder ein fehlender Nutzen der bisherigen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Drogenkonsumierenden in Haft können jedenfalls nicht angenommen werden. Der Staat und der Strafvollzug haben bei einer Entscheidung für oder gegen die Einführung einer (flächendeckenden) Spritzenvergabe immer noch eine Wahlmöglichkeit zwischen den genannten Möglichkeiten. Dass diese auch notwendig ist, zeigt sich daran, dass anstaltsinterne Fakto-

⁴⁴⁹ BVerfG NJW 1987, 2287.

⁴⁵⁰ BVerfGE 46, 160 (164).

⁴⁵¹ BVerfGE 56, 54 (80); LG Berlin, Beschluss v. 15. Dez. 1994.

ren sich unterschiedlich auf den Erfolg einer Spritzenvergabe auswirken können, wie im zweiten Teil der Arbeit gezeigt worden ist.⁴⁵²

Letztlich umfasst die Schutzpflicht des Staates zwar gleichermaßen die Gruppen der drogenkonsumierenden wie nichtkonsumierenden Inhaftierten sowie die Bediensteten im Strafvollzug. Vielfach werden der Schutz der Bediensteten vor Fremdverletzungen und die Gefahr der übrigen Inhaftierten, zum Konsum verleitet zu werden, als ebenso schutzwürdige Belange gegen eine Spritzenvergabe an i.v. Drogenkonsumierende angeführt. Auch hier kann und muss ein schonender Ausgleich zwischen den kollidierenden Grundrechten der Betroffenen gefunden werden, so dass jedes von ihnen zu möglichst optimaler Wirksamkeit gelangen kann. Entscheidend muss hier letztlich die konkrete Eingriffsintensität sein. Jede Maßnahme bedarf daher letztlich immer einer gründlichen Abwägung im Sinne praktischer Konkordanz. Nicht zuletzt deshalb sind die verantwortlichen Stellen angehalten, die Entwicklung von Gefährdungspotentialen zu beobachten und die Wirksamkeit ihrer Maßnahmen zu überwachen, um nachsteuern zu können, falls sich diese als unzulänglich erweisen.

2. Art. 3 Abs. 1 GG: Anforderungen des Gleichheitsgrundsatzes

Möglicherweise hat der i.v. Drogenkonsumierende einen Anspruch auf Bereitstellung steriler Spritzen im Strafvollzug aus dem verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz gem. Art. 3 Abs. 1 GG. Außerhalb des Strafvollzugs sind sterile Spritzen den i.v. Drogenkonsumierenden bereits frei zugänglich. Ein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG ist aber nur dann gegeben, wenn es sich dabei um eine willkürliche Ungleichbehandlung von grundsätzlich Gleichem handelt.

Hier kann jedoch letztlich offen bleiben, ob die Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden im Strafvollzug bereits ungleich gegenüber derjenigen in der zivilen Gesellschaft ist. Jedenfalls wird es an der ungerechtfertigten Ungleichbehandlung fehlen. Die Zulässigkeit der Ungleichbehandlung richtet sich nämlich im Wesentli-

⁴⁵² Dazu insgesamt unter 2. Teil III. 3.

chen nach dem in Frage stehenden Sachbereich⁴⁵³ und ein vertretbarer Gesichtspunkt der Ungleichbehandlung muss sich gerade aus dem speziell geregelten Sachverhalt ergeben. So wird man auch hier die Rechtfertigung einer fehlenden Ausgabe steriler Spritzen innerhalb des Strafvollzugs in der grundsätzlichen Ausgestaltung des Strafvollzugs, den systemimmanenten Anforderungen an die Sicherheit des Strafvollzugs und dem grundsätzlichen Ziel der Drogenfreiheit des Strafvollzugs finden.

Zwar muss nicht dort, wo letztlich eine Ungleichbehandlung zulässig ist, eine solche zwingend unbedingt erfolgen. Nur dann ist eine ungleiche Regelung verfassungsrechtlich geboten, wenn für eine am Gerechtigkeitsgedanken orientierte Betrachtungsweise die tatsächlichen Ungleichheiten in dem jeweils in Betracht kommenden Zusammenhang so bedeutsam sind, dass sie beachtet werden müssen⁴⁵⁴, eine Gleichbehandlung mit dem Gerechtigkeitsgedanken unvereinbar wäre⁴⁵⁵. Die bereits erprobten Spritzenvergabemodelle im Strafvollzug haben gezeigt, dass sich die Vergabe steriler Spritzen innerhalb des Strafvollzugs als etwas „Normales“ integrieren kann, den Anstrich von etwas „Illegalem“ verlieren und ein sinnvoller Beitrag zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug sein kann. Eine Ungleichbehandlung i.v. Drogenkonsumierender innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs aufgrund einer Verweigerung der Ausgabe steriler Spritzen innerhalb des Strafvollzugs ist damit jedenfalls nicht verfassungsrechtlich geboten und damit nicht zwingend erforderlich.

3. Rechtsstaatsprinzip und Verhältnismäßigkeitsgrundsatz

Das Rechtsstaatsprinzip ist eine der tragenden Säulen der Verfassung. Jegliches Handeln der öffentlichen Gewalt ist an das geltende Recht gebunden. Das Rechtsstaatsprinzip als solches ist im Grundgesetz nicht genannt, es wird in einer Gesamtschau der Bestimmungen der Art. 20 Abs. 3, Art. 1 Abs. 3, Art 19 Abs. 4, Art 28 Abs. 1 S. 1 GG geortet.⁴⁵⁶ Das Bundesverfassungsgericht hat aus dem

⁴⁵³ BVerfGE 6, 91.

⁴⁵⁴ BVerfGE 84, 23 (25); 1, 276 (279).

⁴⁵⁵ BVerfGE 36, 190 (195).

⁴⁵⁶ BVerfGE 2, 380 (403).

Rechtsstaatsprinzip den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entwickelt. Dieser muss bei allen Eingriffen der öffentlichen Gewalt in Freiheitsbereiche des Einzelnen beachtet werden.

Eine Spritzenausgabe im Strafvollzug wäre jedenfalls dann unverhältnismäßig, wenn sie schon nicht geeignet wäre, zu einer Verringerung der Infektionsgefahren beizutragen. Die gefahrenreduzierende Wirkung wird gelegentlich verneint, weil die gemeinsame Benutzung von Spritzbesteck ritualisiert sei und auch bei freier Verfügbarkeit ein Spritzentausch nicht eingeschränkt würde.⁴⁵⁷ Gemeinsame Spritzenbenutzung findet heute jedoch keineswegs mehr durchweg aus rituellen Gründen statt.⁴⁵⁸ Wenn eine Verhaltensänderung nur in begrenztem Umfang erreicht werden kann und dies - wie die einzelnen Forschungsberichte gezeigt haben - nicht in den Modellprojekten erreicht werden konnte⁴⁵⁹, zudem nicht alle i.v. Drogenkonsumierenden mit dem Spritzenvergabeangebot erreicht werden und wurden⁴⁶⁰, schließt das jedenfalls nicht seine grundsätzliche Geeignetheit aus.

Die Spritzenausgabe im Strafvollzug wäre aber dann unverhältnismäßig, wenn sie nicht erforderlich wäre, d.h. wenn andere ebenso geeignete, weniger einschneidende Mittel zur Verfügung stehen würden. Die Ausgabe von Desinfektionsmittel, sog. „bleach“, welche von der Mehrheit der Aids-Kommission des Deutschen Bundestages schon 1988 vorgeschlagen wurde⁴⁶¹, stellt jedenfalls nicht bereits ein gleich wirksames Mittel zum Schutz der i.v. Drogenkonsumierenden vor der Übertragung von Krankheitserregern durch die Benutzung verunreinigter Spritzen dar. Erhebliche gesundheitliche Risiken beim Einsatz chemischer Reinigungsmittel, z.B. durch Rückstände von Desinfektionsmitteln am Spritzbesteck, Ineffektivität der Lösungsmittel zur Bekämpfung von Hepatitisviren, ein Abstumpfen der Nadeln und erhöhte Verletzungsrisiken sprechen gegen eine Eignung als hinreichende Alternative zur Spritzenausgabe. Ein anderes ebenso geeignetes Mittel steht daher nicht zur Verfügung.

⁴⁵⁷ SIGEL 1988, 159.

⁴⁵⁸ KREUZER 1990 a, 214 (215); KLEIBER 1991, S. 28.

⁴⁵⁹ Dazu unter 2. Teil III. 1. c.

⁴⁶⁰ Dazu unter 2. Teil III. c. h.

⁴⁶¹ ENQUETEKOMMISSION 1988, S. 200.

Schließlich wäre die Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug dann unverhältnismäßig, wenn damit verbundene negative Erscheinungen letztlich überwiegen würden. Solche nachteiligen Folgen einer Spritzenvergabe könnten möglicherweise dadurch entstehen, dass die Spritzen grundsätzlich nicht gefahrlos entsorgt werden und in den Fundus der infektionsträchtigen „Stationspumpen“ übergehen. Die Unverhältnismäßigkeit der Spritzenvergabe könnte sich daraus ergeben, dass sie zu einer schleichenden „Erosion“ des bereits im Betäubungsmittelgesetz formulierten staatlichen Unwerturteils über den Drogenkonsum führt⁴⁶², indem eine Spritzenvergabe generell auch als Aufforderung zum Konsum missverstanden wird.⁴⁶³ Es müsse hier - so wird vertreten - zwischen einem Risiko des Anfixens bisher nicht drogenabhängiger Strafgefangener und der Möglichkeit der Verhinderung von Infektionsübertragung durch Spritzenausgabe sorgfältig abgewogen werden.⁴⁶⁴ Zwar wurde das Risiko eines Wiedereinstiegs in den i.v. Konsum durch die wissenschaftliche Begleitforschung des Hamburger Modellprojekts bestätigt⁴⁶⁵, doch können hier derartige Beobachtungen aus den Pilotprojekten grundsätzlich nur eine von vielen Richtwerten bei der rechtlichen Beurteilung sein. Bereits die Aids-Kommission des Deutschen Bundestages äußerte vor zehn Jahren, dass die mit Spritzenaustauschprogrammen außerhalb des Vollzugs verbundenen Wirkungen und Missverständnisse in Kauf genommen werden könnten, um weitere HIV-Infektionen zu vermeiden.⁴⁶⁶ Dies wird man durchaus auch für den Strafvollzug so bewerten können, denn letztlich findet innerhalb der „geschlossenen Institution Strafvollzug“ verstärkt sichtbar und auf engem Raum statt, was sich bereits außerhalb des Strafvollzugs seit der Ausgabe steriler Spritzen in der Gesellschaft ereignet hat. Dass die aufgezeigten negativen Erscheinungen der Spritzenvergabe im Strafvollzug derartige Ausmaße annehmen, die eine Ausgabe der Spritzen letztlich nicht mehr vertretbar erscheinen lassen, haben die dargestellten Forschungsprojekte jedenfalls gerade nicht bestätigt.

Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz vermag somit nur dann eine Unzulässigkeit der Maßnahme der Spritzenvergabe in Haft zu begründen, wenn sich herausstellt,

⁴⁶² SCHÜNEMANN 1988, S. 405.

⁴⁶³ Dazu unter 2. Teil I. III. 1. b; auch EBERBACH 1988, S. 255.

⁴⁶⁴ Stellungnahme zur Drogen- und AIDS-Problematik in der JVA Bremen-Oslebshausen, Senator für Justiz und Verfassung Bremen, Weser Kurier vom 2.5.1988.

⁴⁶⁵ GROSS 1998, S. 65; siehe auch 2. Teil, III 1 b.

⁴⁶⁶ ENQUETEKOMMISSION 1988, S. 192.

dass sie die Infektions- und Verletzungsrisiken deutlich erhöht. Dazu bieten jedenfalls die bisherigen Modellprojekte keinen Anlass.

III. Einfachgesetzliche Aspekte

Im Folgenden werden anhand ausgewählter Rechtsgebiete aktuelle, wie bereits in der Vergangenheit erörterte, jedoch immer wiederkehrende einfachgesetzliche Rechtsfragen der Spritzenvergabe im Strafvollzug behandelt.

1. Spritzenvergabe im Lichte des Betäubungsmittelgesetzes

Zu untersuchen ist die Vereinbarkeit der Spritzenvergabe mit den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes.

a. Spritzenvergabe und § 29 BtMG: Entwicklung und Stand des Gesetzeswortlauts

Schon die Gesetzesänderung des § 11 Abs. 1 Nr. 8 BtMG im Jahr 1972 hatte den Grundgedanken beinhaltet, denjenigen, der Kontakte zwischen Lieferanten und Abnehmern von Betäubungsmitteln herstellt oder duldet, ebenso mit strafrechtlichen Sanktionen zu erfassen, wie denjenigen, der selbst illegal Handel treibt. 1982 wurde diese strafrechtliche Linie dann auch durch die Einführung des (alten) § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 BtMG weitergeführt und noch um die Strafbarkeit eines Verleitens eines anderen zum Eigenverbrauch von Betäubungsmitteln erweitert. Damit sollte eine Gesetzeslücke geschlossen werden, die darin bestand, dass wegen der Straflosigkeit des Eigenkonsums auch die Teilnahme am Konsum durch einen Dritten unter dem Gesichtspunkt der Akzessorietät grundsätzlich straflos ist.⁴⁶⁷ Die unter Strafe gestellten Handlungsweisen des § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 BtMG haben nicht den Nachweis eines eingetretenen Schadens vorausgesetzt, vielmehr reichte das Vorliegen einer abstrakten Gefahrenlage aus. Die Gefährlichkeit war

⁴⁶⁷ ENDRIB / MALEK 2000, 29 Rn. 397.

dabei nur der Grund für die Existenz der Vorschrift, so dass auch der Richter im Einzelfall nicht zu prüfen hatte, ob eine Gefährdung tatsächlich eingetreten ist.⁴⁶⁸ Das Schutzgut des § 29 BtMG ist neben der Gesundheit des Einzelnen auch grundsätzlich die Gesundheit der Allgemeinheit.⁴⁶⁹

Im Jahr 1992 legte dann der Gesetzgeber mit der Einführung des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG fest, dass die Abgabe steriler Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige kein Verschaffen einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch i.S.d. (alten) § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 BtMG darstellt.⁴⁷⁰ Die jüngste Änderung des BtMG im April 2000, nämlich die gesetzliche Verankerung der Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen, § 10a BtMG, hat schließlich auch eine Neufassung des § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 BtMG erforderlich gemacht. Die Aufspaltung der Nummer 10 in die neuen Nummern 10 und 11 trägt dem Umstand Rechnung, dass die Eröffnung und der Betrieb eines Drogenkonsumraums den Straftatbestand des „Verschaffens oder Gewährens einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ erfüllen.⁴⁷¹ Während die neue Nummer 11 sowohl Betreiber und Personal von Drogenkonsumräumen, soweit deren Verhalten von der in § 10a BtMG geregelten erforderlichen Erlaubnis gedeckt ist, als auch solche Personen, die öffentlich die Gelegenheit für den Verbrauch in solchen Einrichtungen mitteilen, aus der strafrechtlichen Bewertung herausnimmt, sind die übrigen Tatvarianten der bisherigen Nummer 10, die nicht das Verschaffen und Gewähren einer Gelegenheit zum Verbrauch oder das öffentliche Mitteilen einer solchen Gelegenheit betreffen, im neuen § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 BtMG enthalten. Damit bezieht sich § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG auf den neuen § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 11 BtMG und ergänzt die bisherige Ausnahmeregelung für die Ausgabe steriler Einmalspritzen dahingehend, dass auch die öffentliche Mitteilung über die Ausgabe steriler Spritzen weiterhin keine Straftat (i.S.d. S. 1 Nr. 11) ist.

⁴⁶⁸ BGHSt 31, 163 (168); 26, 121; BGH, NJW 1991, 307 (309); BGH StV 1983, 202; BGH NSiZ 1982, 420; BOHNERT 1984, 182.

⁴⁶⁹ BVerfGE 90, 145 f.; BGH StV 1992, 272 f.; 379 f.; KÖRNER 1994, 683 f.; BEULKE / SCHRÖDER 1991, 393; RUDOLPHI 1991, 572 f.

⁴⁷⁰ BT-Drs. 12/934; Bt-Drs. 12/2737 (Bericht der Abgeordneten Gudrun Schaich-Walch).

⁴⁷¹ BT-Drs. 14/1830.

b. Auswirkungen der Neufassung des § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 und 11 für den Verweis in § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG und die Strafflosstellung der Ausgabe steriler Spritzen

Durch die Aufteilung des alten § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 BtMG in die neuen Nummern 10 und 11 nimmt der Gesetzeswortlaut des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG nunmehr Bezug auf die neue Nummer 11. Diese beinhaltet zwar (wie die alte Nummer 10) weiterhin die Tathandlungen des Verschaffens und Gewährens einer Gelegenheit zum Verbrauch von Drogen, jedoch nunmehr ergänzt um den Zusatz „ohne eine Erlaubnis nach § 10a BtMG (zu haben)“. Dieser grundsätzlich auf die Erlaubnispflichtigkeit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen verweisende Zusatz schließt dadurch jedenfalls solche Tathandlungen von der Anwendung der Norm aus, die eben *nicht* im Zusammenhang mit der Einrichtung und dem Betrieb eines Drogenkonsumraums stehen und daher schon keiner Erlaubnis nach § 10a bedürfen.

Durch die Verknüpfung der Tatbeiträge des „Verschaffen einer Gelegenheit zum Verbrauch“ mit dem Erfordernis der Erlaubnis nach § 10a BtMG gerät die klarstellende Funktion des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG für die Erklärung der Strafflosigkeit der Ausgabe steriler Einwegspritzen ins Wanken. Ist die Ausgabe steriler Spritzen weiterhin erlaubnisfrei, so kommt § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG nunmehr weder eine klarstellende noch überhaupt eine eigene Bedeutung zu. Der Gesetzestext von § 29 Abs. 1 Nr. 11 und § 10a BtMG lässt erkennen, dass die bloße Ausgabe steriler Spritzen nicht darunter fällt (sie stellt kein Betreiben eines Drogenkonsumraums dar und ist deshalb nicht von § 10a BtMG umfasst). Wenn die Spritzenvergabe aber allein schon wegen der fehlenden Anwendbarkeit des § 10a BtMG von der Tatbestandsmäßigkeit der Nummer 11 ausgeschlossen ist, sagt § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG nichts mehr über ihre Tatbestandsmäßigkeit im Hinblick auf die Tathandlung des Verschaffens und Gewährens einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch aus. Neuerdings wird zwar stattdessen darauf abgestellt, dass die Ausgabe steriler Einmalspritzen keine tatbestandsmäßige öffentliche Mitteilung einer außerhalb eines Drogenkonsumraums bestehenden Gelegenheit zum Drogenverbrauch darstellt⁴⁷² und damit eine Anwendung des § 29 Abs. 1 S. 1 BtMG

⁴⁷² BT-Drs. 14/1830.

„gesichert“ ist. Diese Klarstellung hat jedoch für die Ausgabe von Spritzen in der zivilen Gesellschaft nur eine geringe Bedeutung, denn die Veranlassung des „Sich-Herumsprechens“ innerhalb der Drogenszene wird von der Tatbestandsalternative der „öffentlichen Mitteilung“ gerade nicht erfasst.⁴⁷³ Tatbestandsmäßig dafür wäre beispielsweise das Abhalten öffentlicher Kundgebungen oder das Verteilen von Informationsschriften an eine unbestimmte Vielzahl von Personen, die nicht durch persönliche Beziehungen zusammengehalten werden.⁴⁷⁴ Auch für die im Folgenden noch näher zu untersuchende rechtliche Bewertung der Ausgabe steriler Spritzen *innerhalb* des Strafvollzugs hätte diese Klarstellung keine besondere Bedeutung. Die Verantwortlichen der Spritzenvergabe im Strafvollzug werden zwar mit Informationsblättern bei den Inhaftierten für die Einhaltung notwendiger Hygiene beim i.v. Drogenkonsum und für die Nutzung des Spritzenangebots. Doch richtet sich diese Mitteilung gerade nicht an eine unbestimmte Zahl von Personen, sondern nur an die derzeit Inhaftierten und wäre somit schon nicht von der Tatbestandsalternative der „öffentlichen Mitteilung“ umfasst.

Die Wortwahl der Neufassung der § 29 Abs. 1 Nr. 10 und 11 und § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG muss daher letztlich als unglücklich bezeichnet werden und sollte nicht erneut zu grundsätzlichen Diskussionen über die rechtliche Zulässigkeit der Ausgabe steriler Spritzen Anlass geben.

c. Reichweite des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG für den Strafvollzug

Grundsätzlich gilt das Betäubungsmittelgesetz und damit auch die Straflosigkeit der Ausgabe steriler Einmalspitzen gem. § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG auch innerhalb des Strafvollzugs. Fraglich ist, ob die besonderen Umstände innerhalb der „geschlossenen Institution Strafvollzug“ zu „rechtlichen Besonderheiten“ der Spritzenvergabe führen. Bereits im 2. Teil dieser Arbeit wurde der Einfluss verschiedener anstaltsspezifischer Faktoren auf die Umsetzung einer Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug aufgeführt.⁴⁷⁵

⁴⁷³ BÖLLINGER 1991, 295.

⁴⁷⁴ BR-Drs. 665/70; KÖRNER 2001, § 29 Rn. 1370, 1371; ENDRIß / MALEK 2000, Rn. 400; BÖLLINGER 1991, 292 (295).

⁴⁷⁵ Dazu siehe auch Zusammenfassung 2. Teil III. 3.

Das „Ob“ der Spritzenvergabe begegnet auch innerhalb des Strafvollzugs nach Einführung des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG keinen grundsätzlichen rechtlichen Bedenken. Die Tathandlungen des „Verschaffens oder Gewährens einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ verlangen nämlich die Herbeiführung günstiger äußerer Bedingungen für den Genuss von Drogen. Die Begriffe lassen sich zwar nicht scharf voneinander trennen. Beiden ist jedoch gemein, dass die Handlung dem Genuss von Betäubungsmitteln unmittelbar dienlich sein muss.⁴⁷⁶ Daran fehlt es innerhalb des Strafvollzugs. Die Ausgabe steriler Spritzen stellt lediglich eine konsumbegleitende Maßnahme dar⁴⁷⁷, sie liefert nicht zugleich die zu konsumierende Drogenmenge mit. Nur solche Verhaltensweisen können von § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10, 11 BtMG erfasst sein, die zu strafbarem Verhalten des Drogenkonsumenten hinführen, nicht aber solche Verhaltensweisen, die die mit illegalem Drogenkonsum verbundenen Risiken mindern sollen.⁴⁷⁸ Dies gilt gleichermaßen innerhalb des Strafvollzugs.

Ebenso liegt regelmäßig kein „Verleiten zum unbefugten Verbrauch“ vor. Darunter ist die Willensbeeinflussung eines anderen im Sinne der Anstiftung gem. § 26 StGB zu verstehen. Der Gesetzgeber will mit dem Tatbestand des Verleitens zum Konsum insbesondere den neugierigen Laien und den abstinent lebenden Drogenabhängigen vor den Versuchungen der Drogenszene und der Drogenzufuhr schützen.⁴⁷⁹ Zwar soll nach mittlerweile verbreiteter Auffassung nach dem Schutzzweck der Norm auch die unbewusste Beeinflussung des Verleiteten ausreichen.⁴⁸⁰ Dies könnte angesichts der innerhalb des zweiten Teils der Arbeit aufgezeigten verstärkten Zunahme der sogenannten Wiedereinsteiger in den i.v. Drogenkonsum und die dafür verantwortlich gemachte verführende Wirkung der Spritzenautomaten⁴⁸¹ zwar Zweifel an der Straflosigkeit der Spritzenausgabe innerhalb des Strafvollzugs aufwerfen. Doch ist ein Verleiten gerade dann ausge-

⁴⁷⁶ LG Dortmund JA 1990, 221 f.; BayOLG StV 1984, 119 f.; BGH NStZ 1982, 335; HÜGEL / JUNGE - WINKLER, 2002, § 29 Rn. 20.4.; JOACHIMSKI / HAUMER 2002, § 29 Rn. 207, 211; KÖRNER 2001, § 29 Rn. 1388; ENDRIß / MALEK 2000, Rn. 403; BMG / BMJ 1995, S. 1; STEGHERR 1995, 322; WINKLER 1995, 216 (217); EBERTH / MÜLLER 1982, § 29, Rn. 64; SCHMIDT 1982, 1982, 881.

⁴⁷⁷ KREUZER 1990 a, 214 f.; DERS. 1988, 790; BOTTKE 1998, S.171 (220).

⁴⁷⁸ KÖRNER 1994, 683 f.; KREUZER 1990 a, 214 f.

⁴⁷⁹ KÖRNER 2001, § 29 Rn. 1414.

⁴⁸⁰ HÜGEL / JUNGE - WINKLER 2002, § 29 Rn. 20.5; FRANKE / WIENROEDER 2001, § 29 Rn. 198.

⁴⁸¹ Dazu unter 2. Teil III. 1. b.

schlossen, wenn der Verleitete bereits zum Konsum entschlossen war. Ein von harten Drogen Abhängiger kann in der Regel nicht mehr verleitet werden.⁴⁸² Somit kann auch derjenige Drogenkonsument, der allein von der i.v. Konsumform Abstand genommen hat, nicht mehr verleitet werden. Grenzfälle der Straflosigkeit der Spritzenvergabe können sich allenfalls dort ergeben, wo sich der Einzelne bereits grundsätzlich vom Drogenkonsum zurückgezogen hat. Insoweit kann dann jedoch durch die Spritzenvergabe per Hand bzw. über einen separaten Raum der Anstalt eine verführende Wirkung der Verfügbarkeit steriler Spritzen geringer gehalten werden, als dies bei der Vergabe über Automaten möglich ist.

Zur Frage der inhaltlichen Ausgestaltung einer Ausgabe steriler Spritzen sagt § 29 BtMG nichts. Weil jedoch - wie auch im zweiten Teil dieser Arbeit aufgezeigt - die sinnvolle Umsetzung der Spritzenvergabe innerhalb des Strafvollzugs von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird und diese das Ziel der Infektionsprophylaxe beeinträchtigen können⁴⁸³, ergeben sich nicht nur aus anderen Rechtsnormen inhaltliche Einschränkungen der Spritzenvergabe im Strafvollzug, sondern bereits aus § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG selbst.

aa. Anforderungen an die „Abgabe“ der Spritzen, § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG

Die bisherigen Modellprojekte haben grundsätzlich zwischen zwei Arten der Ausgabe von Spritzen gewählt. Entweder wurden die Spritzen durch den medizinischen oder sozialpsychologischen Dienst per Hand ausgegeben (Handvergabe), oder die Inhaftierten konnten selbst eine gebrauchte Spritze am Automaten gegen eine saubere Spritze tauschen (Automatenausgabe).

Grundsätzlich unterscheidet sich die rechtliche Einordnung dieser Vergabeformen nicht von denjenigen außerhalb des Strafvollzugs. So wie außerhalb des Vollzugs der Spritzenbezieher mit dem Kauf der Spritze oder dem Tausch am Automaten oder bei Drogenhilfeeinrichtungen die tatsächliche Verfügungsgewalt und die Möglichkeit erwirbt, mit der Spritze wie ein Eigentümer zu verfahren, erhält auch der Spritzenempfänger in der Haft mit der Ausgabe eine eigene Verfügungsmacht

⁴⁸² ENDRIß / MALEK 2000, Rn. 407.

über die Spritze. Zwar sind innerhalb des Strafvollzugs der Besitz der Spritze und der Umgang damit an besondere Bedingungen geknüpft, doch schließen diese den eigenverantwortlichen Umgang mit der Spritze nicht aus. Der Begriff der „Abgabe“ setzt auch nicht den Eigentumsübergang der Spritze an den Empfänger voraus. Dass im Gegensatz zur Rechtslage außerhalb des Strafvollzugs das Eigentum an den Spritzen regelmäßig bei der Anstalt verbleibt und die Anstalt die Benutzung und Aufbewahrung der Spritzen an strenge Regeln knüpfen kann, steht der Einordnung der zwei verschiedenen Ausgabeformen als „Abgabe“ im Sinne des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG jedenfalls nicht entgegen.

bb. Beschränkung der Ausgabe an „Betäubungsmittelabhängige“ als notwendiger Standard der Strafflosigkeit der Spritzenvergabe?

Während man in der Praxis außerhalb des Strafvollzugs nicht danach unterscheidet, ob der Empfänger medizinisch dokumentiert betäubungsmittelabhängig, lediglich Gelegenheitskonsument oder Neueinsteiger ist, erhält die Begrifflichkeit des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG innerhalb des Strafvollzugs eine neue Bedeutung. So halten einige eine Spritzenvergabe nur an *drogensüchtige* Inhaftierte für strafflos und akzeptieren deshalb nur eine durch den Arzt vorgenommene Spritzenvergabe an solche Personen, deren Drogenabhängigkeit zuvor durch den Arzt festgestellt worden ist. Dies wird mit dem Wortlaut des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG begründet, dieser erkläre nur die Abgabe an *Betäubungsmittelabhängige* für strafflos.⁴⁸⁴

Der Begriff der „Abhängigkeit“ ist im Betäubungsmittelgesetz nicht definiert. Auch den internationalen Suchtstoffabkommen liegt kein einheitlicher Begriff von „Abhängigkeit“ zugrunde, der dann für das BtMG übernommen werden könnte.

Überwiegend wird zwar das Vorliegen psychischer Abhängigkeit vorausgesetzt, die mehrfach geänderte abstrakte Definition durch die WHO verdeutlicht jedoch die Abgrenzungsschwierigkeit von physischer und psychischer Abhängigkeit als Definition von Abhängigkeit⁴⁸⁵, sie umfasst psychische und physische Abhängigkeit gleichermaßen.

⁴⁸³ SIGEL 1993, 218; auch schon ENQUETEKOMMISSION 1988, S.182.

⁴⁸⁴ Der Vollzugsdienst 2/2000, 33 (Justizministerium Niedersachsen).

⁴⁸⁵ Dazu siehe SCHEERER 1989, S. 1285 f.

Weil es sich bei der Einführung des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG grundsätzlich um eine Klarstellung dessen handeln sollte, was auch eine Subsumtion der Tathandlung „Spritzenausgabe“ unter den Tatbestand des § 29 Abs. 1 Nr. 11 BtMG ergibt, kann es letztlich nur darauf ankommen, unter welchen Voraussetzungen eine Vergabe steriler Spritzen auch an sogenannte Wiedereinsteiger oder Neueinsteiger in den intravenösen Drogenkonsum unter den Tatbestand des § 29 Abs. 1 Nr. 11 BtMG fallen kann. An der rechtlichen Bewertung der Vergabe steriler Einwegspritzen im Strafvollzug als „Verschaffen oder Gewähren einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ ändert sich durch die Erweiterung bzw. Einbeziehung dieser Adressaten nichts. Ebenso erhalten bleibt auch der grundsätzliche gesundheitspolitische Zweck der Spritzenvergabe, nämlich gesundheitlichen Risiken des i.v. Drogenkonsums vorzubeugen, insbesondere solchen Risiken, die gerade durch die Benutzung unsauberen, stumpfen oder auch selbstgebastelten Spritzbestecks entstehen können. Der gesundheitsschützende Charakter dieser Maßnahme bleibt auch bei der Versorgung von Neueinsteigern, Wiedereinsteigern und Gelegenheitskonsumenten erhalten und verliert nicht an Bedeutung.

Wäre es richtig, dass § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG eine Spritzenvergabe an *Konsumgefährdete* von der Straflosigkeit deshalb ausnimmt, weil die Verfügbarkeit von Spritzen für diese Personen gesundheitsschädlich ist, so würde die gesundheitspolitische Argumentation, auf der die Schaffung des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG beruht, zu einem Paradoxon verkommen und je nach Sichtweise auslegbar sein. Grundsätzlich bedarf nämlich nicht allein der *Gefährdete* sondern auch gerade der manifest Kranke einer erhöhten Fürsorge. Die Drogensucht nimmt dem Einzelnen zwar nicht grundsätzlich die Eigenverantwortlichkeit für sein Handeln, erfordert aber eine größere Fürsorge hinsichtlich möglicher selbstschädigender Verhaltensweisen.

Legt man diesen Maßstab an, so müsste und dürfte eine Spritzenausgabe an medizinisch dokumentierte *Drogenabhängige* gerade nicht von § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG erfasst sein. Richtigerweise geht es hier aber nicht um einen grundsätzlich von der staatlichen Fürsorge bereits umfassten Schutz der Gesundheit des Einzelnen. Vielmehr geht es hier einzig um die Verhinderung solcher Gefahren, die jeden

treffen können, der unvorsichtig i.v. Drogen konsumiert. Es geht um eine Vorbeugung der Übertragung gefährlicher Krankheitserreger wie Aids- und Hepatitis-Viren für den Einzelnen und die Allgemeinheit.⁴⁸⁶ Eine Differenzierung nach dem Grad der Betäubungsmittelabhängigkeit ist unter dem Gesichtspunkt des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG deshalb auch innerhalb des Strafvollzugs verfehlt. Der Gesetzgeber hat gerade keine Unterscheidung zwischen den einzelnen Abhängigkeitsformen getroffen, vielmehr ist die Schaffung des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG so zu verstehen, dass *jedenfalls auch* die Vergabe steriler Spritzen an *Drogenabhängige* kein Verschaffen einer Gelegenheit darstellt.

cc. Unvereinbarkeit einer Spritzenvergabe an Methadon-(Polamidon)-Substituierte mit § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG

Fraglich ist jedoch noch, ob sich auch eine Ausgabe steriler Einwegspritzen an die Gruppe derjenigen, die in der Haft substituiert werden, mit der Norm des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG vereinbaren lässt.

Nicht wenige Teilnehmer anstaltsinterner Substitutionsprogramme betreiben i.v. Beikonsum. Dabei wird aus der Not, nicht an saubere Spritzen zu kommen, oft auf alte, illegal eingeschleuste und von vielen benutzte Spritzutensilien zurückgegriffen. Beikonsum ist zwar verboten, wiederholter Konsum kann zum Ausschluss aus dem Substitutionsprogramm führen. Dennoch findet der Inhaftierte immer einen Weg, Rauschmittel i.v. zu konsumieren, wenn die Sucht nach dem „Kick“ stärker ist als der Wille, aus dem Drogenkonsumkreislauf herauszukommen. Während die Haftanstalt Hamburg-Vierlande bereits aufgrund der Niedrigschwelligkeit des Zugangs zum Spritzentausch keine Unterscheidung macht, ob der Teilnehmer am Spritzentausch zugleich Teilnehmer eines Substitutionsprogramms ist⁴⁸⁷, haben die Anstalten in Vechta und Lingen gezeigt, dass selbst bei höherschwelligem Zugang und dem offiziellen Ausschluss der Substituierten vom Spritzenangebot dennoch Wege von ihnen gefunden werden, in den Besitz einer Spritze zu gelangen.⁴⁸⁸

⁴⁸⁶ BT-Drs. 12/934.

⁴⁸⁷ Dazu unter 2. Teil II. 3.

⁴⁸⁸ Dazu unter 2. Teil III. 1. b. c.

Unter Zugrundelegung des vom Gesetzgeber gewollten Vorrangs gesundheits-schützender Hilfsmaßnahmen für Drogenkonsumenten vor strafrechtlichem Zwang müsste auch die Spritzenausgabe an Substituierte von § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG erfasst und damit straflos sein. Etwas anderes könnte nur dann gelten, wenn eine restriktive Auslegung des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG stattdessen einen Ausschluss der Substituierten innerhalb des Strafvollzugs fordert. Der Anwendungsbereich des § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG könnte diese Beschränkung erfordern, weil diese Art der Hilfsmaßnahme im deutlichen Widerspruch zur Gesamtkonzeption des BtMG steht. So wird bereits vertreten, dass das Betäubungsmittelgesetz und die darin enthaltenen Regelungen für Therapiemaßnahmen auf das Ziel der Drogenabstinenz ausgerichtet seien, so dass für die Frage der Zulässigkeit zusätzlicher drogenakzeptierender Hilfsmaßnahmen daher im Rahmen des § 29 Abs. 1 S. 2 i.V.m. Nr. 11 (bzw. Nr. 10 a.F.) BtMG kein Raum mehr sei.⁴⁸⁹ Insbesondere stehe bereits die vom Gesetzgeber selbst vorgesehene Möglichkeit der Betäubungsmittelverschreibung nach § 13 Abs. 1 BtMG dem entgegen.⁴⁹⁰ Diese Argumentation verkennt jedoch die Tatsache, dass auch bereits eine gemäß § 13 Abs. 1 S. 1 BtMG i.V.m. § 2a BtMVV durchgeführte Substitutionsbehandlung schon mit Hilfe solcher Ersatzstoffe durchgeführt wird, die durch den Gesetzgeber trotz ihrer Verschreibungsfähigkeit dennoch weiterhin als Betäubungsmittel qualifiziert werden und die Opiatabhängigkeit grundsätzlich aufrechterhalten.⁴⁹¹ Damit wird zur gesundheitlichen Stabilisierung des Substituierten gleichwohl ein suchterzeugendes Betäubungsmittel eingesetzt, obwohl gem. § 2a Abs. 2 BtMVV nach wie vor die Drogenabstinenz des Süchtigen das Ziel einer Substitutionsbehandlung ist. Das BtMG sieht demnach selbst Maßnahmen vor, die einen Drogenkonsum zum Zweck einer Stabilisierung der Gesundheit des Abhängigen akzeptieren bzw. sogar durch die Verfügbarmachung des Stoffes aufrechterhalten.⁴⁹² Auch im Hinblick auf drogenakzeptierende Maßnahmen im Zusammenhang mit einer Substitutionstherapie ist deshalb eine restriktive, enge Auslegung des § 29 Abs. 1 S. 2 nicht zwingend erforderlich.

⁴⁸⁹ STEGHERR 1995, 322 f.

⁴⁹⁰ STEGHERR 1995, 322 f.

⁴⁹¹ JOACHIMSKI / HAUMER 2002, § 13 Rn. 14.; KÖRNER 2001, Anhang C 1 Rn. 119.

⁴⁹² PREUSSE 1999, S. 110.

Die Ausgabe steriler Spritzen an Substituierte im Strafvollzug stellt auch kein „Verleiten zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ i.S.d. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 BtMG dar. Zwar kommt der Haftanstalt eine erhöhte Sorgfalts- und Aufsichtspflicht gegenüber denjenigen Inhaftierten zu, die sich in eine anstaltsinterne Drogentherapie begeben. Auch ist der Substituierte durchaus besonders labil und anfällig für sich ihm bietende Möglichkeiten des i.v. Konsums. Doch ist gerade auch der Substituierte nach wie vor betäubungsmittelabhängig und als solcher im rechtlichen Sinne bereits „zum Konsum entschlossen“. Damit scheidet auch ein „Verleiten“ i.S.d. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 BtMG aus.

Beikonsum Substituierter kann in der Regel nicht vollständig verhindert werden, unter infektionsprophylaktischen Gesichtspunkten ist daher die Benutzung steriler Spritzen sogar wünschenswert und legt grundsätzlich auch eine Spritzenausgabe an die Gruppe der Substituierten nahe⁴⁹³. Dass andererseits ebenso zu bedenken ist, dass durch diesen Widerspruch auch anstaltsinterne drogentherapeutische Konzepte an Glaubwürdigkeit verlieren und vermehrte Botschaften und Regeln den Erfolg einer vollzuglichen Maßnahme behindern können, kann sich auf die betäubungsmittelrechtliche Beurteilung der Spritzenvergabe an Substituierte im Strafvollzug anhand von § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG nicht niederschlagen.

d. Tatbestandsmäßigkeit gem. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 12 BtMG

Die Ausgabe steriler Einmalspritzen stellt kein öffentliches Auffordern zum Verbrauch nicht zulässiger Betäubungsmittel gemäß § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 12 BtMG dar, denn die Mitteilung über die Verfügbarkeit steriler Spritzen richtet sich nur an den begrenzten Kreis der Inhaftierten. Insofern gilt hier nichts anderes als für den Tatbestand des „öffentlichen Mitteilens einer Gelegenheit zum Verbrauch“ i.S.d. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 11 BtMG. Zudem setzt ein Auffordern voraus, dass eine über die bloße Befürwortung hinausgehende Willensbekundung vorliegt, die darauf abzielt, dass andere Personen unbefugt Drogen konsumie-

⁴⁹³ MEYENBERG / STÖVER / JAKOB / POSPESCHILL 1999, S. 503; EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - HUTMACHER, Suchtberatungsdienst Haftanstalt Lingen.

ren.⁴⁹⁴ Die Willensbekundung, das Spritzenangebot in Anspruch zu nehmen, zielt hier nicht auf den Drogenkonsum ab, vielmehr bezweckt sie eine Bewusstseinsbildung der Inhaftierten für die Gefahren des „needle-sharing“ und des Gebrauchs unsauberen Spritzbestecks.

e. Tatbestandsmäßigkeit gem. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 3 BtMG i.V.m. § 27 StGB

Weil sich der Drogenkonsument die zu konsumierende Droge auch innerhalb des Strafvollzugs verschaffen kann, könnte die Spritzenvergabe eine tatbestandliche Beihilfehandlung zum Drogenerwerb der Inhaftierten gem. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 BtMG i.V.m. § 27 StGB darstellen.⁴⁹⁵

Grundsätzlich muss die Hilfeleistung die Haupttat in irgendeiner Weise gefördert oder erleichtert haben, wobei auch bereits eine psychische Unterstützung ausreicht.⁴⁹⁶ Dabei genügt es, dass der Tatentschluss des Haupttäters gestärkt wird⁴⁹⁷, letzte Bedenken ausgeredet oder letzte Hemmungen beseitigt werden⁴⁹⁸. Einzelne Forschungsergebnisse haben zwar aufgezeigt, dass einige der Drogenkonsumenten von einer Anreizwirkung der Spritzenvergabe berichteten, wieder mit dem i.v. Konsum zu beginnen.⁴⁹⁹ Doch ist dies nicht gleichzusetzen mit einem möglichen Anreiz, sich dafür die notwendige Droge zu beschaffen. Anzeichen dafür wurden in keinem der bisherigen Modellprojekte gefunden. Betäubungsmittelabhängige sind unabhängig von der Verfügbarkeit sauberen Spritzbestecks dazu entschlossen, sich zur Befriedigung ihrer Sucht die Droge zu verschaffen. Diesen Tatentschluss würde der Abhängige auch unter den sonst üblichen unhygienischen und stressbelasteten Bedingungen in der Haft verwirklichen und später die

⁴⁹⁴ HÜGEL / JUNGE - WINKLER 2002, § 29 Rn. 21b. 2; JOACHIMSKI / HAUMER 2002, § 29 Rn. 228 f.; FRANKE / WIENROEDER - FRANKE 2001, § 29 Rn. 205; KÖRNER 2001, § 29 BtMG Rn. 1494; WAGNER 1996, S.43.

⁴⁹⁵ KERN 1992, 92.

⁴⁹⁶ BGHSt 2, 129 ff.; 14, 280; NStZ 1985, 78; LK - ROXIN 2002, § 27 Rn. 24 ff., 40 ff., SCHÖNKE / SCHRÖDER - CRAMER 2001, § 27 Rn. 11 f.; MAURACH / GÖSSEL / ZIPF 1989, § 52 Rn. 2 f.

⁴⁹⁷ BGH StV 1993, 357 (358); LK - ROXIN 2002, § 27 Rn. 13; SCHÖNKE / SCHRÖDER - CRAMER 2001, § 27 Rn. 12.

⁴⁹⁸ LK - ROXIN 2002, § 27 Rn. 13; KÜHL 1997, § 20 Rn. 227; LACKNER / KÜHL 1995, § 27 Rn. 4; RUDOLPHI 1982, 518 f.

⁴⁹⁹ Dazu 2. Teil III. 1.b.

Droge unter Zuhilfenahme oftmals alter, bereits vielfach gebrauchter Spritzen oder umfunktionierter Spritzwerkzeuge konsumieren. Die Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug stellt damit keine Beihilfehandlung zum Drogenerwerb der Inhaftierten dar.

f. Tatbestandsmäßigkeit gem. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 BtMG i.V.m. § 111 Abs. 1 StGB

Ebenso wenig stellt die Spritzenvergabe in der Haft ein Auffordern zum Besitz von Betäubungsmitteln gem. § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 BtMG i.V.m. § 111 Abs. 1 StGB dar. Unter einer Aufforderung im Sinne des § 111 StGB wird eine Willenskundgebung verstanden, die erkennbar vom Adressaten ein bestimmtes Tun oder Unterlassen fordert.⁵⁰⁰ Die Ausgabe von Spritzen zielt jedoch schon erkennbar nicht darauf ab, die Konsumenten zum Besitz von Drogen zu animieren. Drogenbesitz im Strafvollzug ist nach wie vor verboten und wird disziplinarisch und strafrechtlich verfolgt. Wie im Vorangegangenen bereits dargelegt ist die Spritzenvergabe vielmehr gerade darauf ausgerichtet, den Konsumenten die Möglichkeit zu geben, im Falle eines intravenösen Drogenkonsums möglichst gefahrlos und hygienisch zu konsumieren und die bislang existierende Gefahr einer Virusübertragung infolge gemeinsamen Gebrauchs einer Spritze so weit wie möglich zu reduzieren.

2. Spritzenvergabe im Lichte des Strafgesetzbuchs

Im Folgenden werden ausgewählte Fragestellungen zur strafrechtlichen Verantwortung der Betreiber einer Spritzenvergabe im Strafvollzug behandelt.

⁵⁰⁰ TRÖNDLE / FISCHER - FISCHER 2003, § 111 Rn. 2; SCHÖNKE / SCHRÖDER - ESER 2001, § 111 Rn. 3; KÖRNER 1994, 683, 685.

a. Spritzenvergabe als tatbestandsrelevanter Beitrag zur fahrlässigen Körperverletzung im Amt, § 340 Abs. 1, 3 StGB

Fraglich ist, ob und unter welchen Voraussetzungen die Vergabe steriler Spritzen bzw. damit verbundene Aktivitäten die tatbestandlichen Voraussetzungen einer fahrlässigen Körperverletzung im Amt erfüllen können. Immer wieder wurde bereits in der Vergangenheit gegen die Zulässigkeit einer Spritzenvergabe im Strafvollzug ins Feld geführt, dass sich die im Vollzug Tätigen strafrechtlich für Verletzungen, die der Inhaftierte sich mit der Spritze selbst oder einem anderen zugefügt hat, zu verantworten hätten.⁵⁰¹

Die Körperverletzung im Amt wird gem. § 340 Abs. 3 i.V.m. § 229 StGB auch bei fahrlässigem Handeln unter Strafe gestellt. Eine vorsätzliche Tatbegehung unterscheidet sich dazu nur durch das Wissen und Wollen der Tatbestandsverwirklichung. Von dieser Prüfung wird im Folgenden abgesehen, nicht zuletzt deshalb, weil hier von einer vorsätzlichen Begehungsweise durch die Anstalt bzw. ihre Bediensteten nicht ausgegangen werden soll.

aa. Eintritt und Verursachung des tatbestandsmäßigen Erfolgs

Der Tatbestand des § 340 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 StGB setzt zunächst den Eintritt und die Verursachung einer Körperverletzung durch einen Amtsträger voraus. Die im Strafvollzug tätigen Bediensteten sind in ihrer Eigenschaft als Beamte oder Angestellte des öffentlichen Dienstes jedenfalls Amtsträger gem. § 11 Abs. 1 Nr. 2 b, c StGB. Eine Körperverletzung gem. § 223 Abs. 1 StGB liegt beispielsweise vor, wenn der Inhaftierte sich selbst oder einen anderen mit der Spritze verletzt, eine Überdosis Rauschmittel konsumiert oder sich über die Spritze mit Aids- oder Hepatitis-Viren infiziert. Davon wird im Folgenden ausgegangen.

Diese Körperverletzung muss durch eine Handlung des Bediensteten herbeigeführt worden sein. Soweit die Ausgabe der Spritzen über Automaten geschieht, sind die Vollzugsbediensteten unmittelbar selbst nicht daran beteiligt. Auch eine

Handausgabe findet regelmäßig nicht durch den Allgemeinen Vollzugsdienst sondern durch den medizinischen oder sozialpsychologischen Dienst statt. Tatbestandsrelevante Handlungsbeiträge der Vollzugsbediensteten sind daher nur dann gegeben, wenn sie selbst die Inhaftierten mit sauberen Spritzen versorgen. Dies ist insbesondere dann denkbar, wenn die Automaten leer oder defekt sind, der Inhaftierte nach Einschluss um eine Spritze bittet oder der für die Handausgabe zuständige medizinische Dienst an den Wochenenden keine Sprechzeiten hat und daher der Allgemeine Vollzugsdienst die Ausgabe der Spritzen bei Bedarf übernimmt.

bb. Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt

Der Bedienstete müsste unter Verletzung der objektiv erforderlichen Sorgfalt die Verletzung des Inhaftierten herbeigeführt haben. Fraglich ist daher, ob diese Handlungsbeiträge eine Sorgfaltspflichtverletzung darstellen. Die Anforderungen an die Sorgfaltspflicht richten sich nach den für den jeweiligen Berufskreis des Handelnden geltenden Rechtssätzen und Verkehrsgepflogenheiten.⁵⁰² Grundsätzlich ist eine Spritze dazu geeignet, dass der Inhaftierte damit verletzt wird. Der Spritze haftet ein erhebliches Verletzungspotential an. Zwar sprechen ebenso (wie bereits im ersten Teil dargelegt) Gründe des Gesundheitsschutzes für eine Ausgabe der Spritzen, doch ändert dies nichts an einer objektiven Sorgfaltswidrigkeit der Spritzenvergabe an Inhaftierte.

cc. objektive Zurechenbarkeit des Verletzungserfolgs

Eine Verletzung müsste dem Bediensteten auch objektiv zurechenbar sein. Eine Zurechenbarkeit scheidet jedoch aus, wenn der Inhaftierte eigenverantwortlich handelt, sei es, weil er sich selbst eigenverantwortlich verletzt oder sei es, in dem er einem anderen dabei hilft, sich durch die Benutzung einer Spritze selbst zu verletzen bzw. dieser sich selbst verletzt.

⁵⁰¹ BSBD-HAUPTVORSTAND 1996, 33; SIGEL 1993, 159; BOTTKE 1988, S. 221; EBERBACH 1988, S. 255.

⁵⁰² SK - SAMSON 2002 Anhang zu § 16 Rn. 13; OTTO / BRAMMSEN 1985, 535 (542).

aaa. Bedeutung der Eigenverantwortlichkeit von Selbstschädigungen

Der BGH hatte in der Vergangenheit mehrfach zu entscheiden, ob wegen fahrlässiger Tötung durch aktives Tun strafbar ist, wer einen tödlich endenden Drogenkonsum eines anderen veranlasst, ermöglicht oder gefördert hat. Ein für die Entwicklung der Rechtsprechung bedeutendes Urteil betraf einen Angeklagten, der seinem Freund und sich selbst Einwegspritzen zur Injektion von Rauschgift besorgt hatte, an die der Freund nicht zu kommen wusste.⁵⁰³ Beide injizierten sich das Gift in einer Gaststättentoilette, der Freund starb anschließend an Atemlähmung und Herzversagen infolge des Drogenkonsums. Der BGH hatte den die Spritzen besorgenden Freund vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen und ist damit von seiner früheren Rechtsprechung abgerückt, wonach eine Strafbarkeit desjenigen, der einem anderen Heroin besorgt, schon dann eingetreten war, wenn dem Besorgenden bekannt war oder er damit rechnen musste, dass der Abhängige das Heroin injiziert, und wenn er von der Gefährlichkeit des überlassenen Stoffes gewusst hat oder hätte wissen müssen.⁵⁰⁴ Die Rechtsprechung begründet die Straflosigkeit nunmehr damit, dass eigenverantwortlich gewollte und verwirklichte Selbstgefährdungen nicht dem Tatbestand eines Körperverletzungs- oder Tötungsdelikts unterfallen, wenn sich das mit der Gefährdung bewusst eingegangene Risiko realisiert. Denn wer lediglich eine solche Selbstgefährdung veranlasse, ermögliche oder fördere, mache sich nicht wegen eines Körperverletzungs- oder Tötungsdelikts strafbar.⁵⁰⁵ Daraus folgt: Sofern der Inhaftierte selbst eigenverantwortlich handelt, scheidet eine strafrechtliche Verantwortung der Vollzugsbediensteten für die oben genannten Handlungsbeiträge aus. Eine Verantwortung der Strafvollzugsbediensteten kommt somit nur dann überhaupt in Betracht, wenn dem sich selbst Verletzenden die notwendige Eigenverantwortlichkeit gefehlt hat. Nur wer die Tragweite seines Handelns überblickt, übernimmt auch das Risiko der Realisierung der Gefahr.⁵⁰⁶

⁵⁰³ BGHSt 32, 262 f.

⁵⁰⁴ BGH NStZ 1981, 350; auch BayObLG StV 1982, 62.

⁵⁰⁵ BGHSt 32, 262.

⁵⁰⁶ TRÖNDLE / FISCHER - TRÖNDLE 2003, § 222 Rn. 28; SK - RUDOLPHI 2002, Vor § 1 Rn. 79 f.; SCHÖNKE / SCHRÖDER - ESER 2001, Vorb. § 211 ff. Rn. 39 f.; OTTO 1989, S. 174 f.; STREE 1985, 179 f.

bbb. Maßstab der Eigenverantwortlichkeit von Selbstschädigungen

Die Rechtsprechung hat sich zu den Maßstäben des Kriteriums der Eigen- bzw. Freiverantwortlichkeit nur wenig geäußert.⁵⁰⁷ Der zweite Senat des BGH vertrat in einer Entscheidung über die Strafbarkeit eines Aufsichtsbeamten, der einen Alkoholabhängigen mit Alkohol versorgte, die Auffassung, der Untergebrachte sei für den Konsum des ihm gelieferten Alkohols nicht selbst verantwortlich gewesen. Wem schon im Hinblick auf Recht und Unrecht das Hemmungsvermögen gänzlich fehle, dem werde man es auch im Hinblick auf den Wert der Erhaltung der eigenen Gesundheit nicht zusprechen können.⁵⁰⁸ Die fehlende Verantwortung für Fremdschädigungen zieht danach zwangsläufig eine mangelnde Verantwortung für Selbstschädigungen nach sich.⁵⁰⁹ Die nicht mehr vorhandene Eigenverantwortlichkeit resultiert nach Meinung des BGH aus dem Fehlen von Hemmungsvermögen und Schuldfähigkeit. Anders dagegen urteilten das Bayerische Oberlandesgericht wie auch das Oberlandesgericht Frankfurt/Main, sie orientierten sich am Grad der Einwilligungsfähigkeit des Selbstschädigers.⁵¹⁰ Das OLG Frankfurt verlangte unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BGH zur Verantwortlichkeit Drogensüchtiger für die Begehung von Beschaffungskriminalität⁵¹¹ deshalb, dass die erstinstanzlichen Gerichte bei jedem Einzelfall die Dauer des Konsums, das Ausmaß missbrauchsbedingter Persönlichkeitsveränderungen, die Entzugerscheinungen und den Beschaffungsdruck zu prüfen hätten.⁵¹²

Trotz dieser unterschiedlichen Prüfansätze wird übereinstimmend grundsätzlich eine Eigenverantwortlichkeit des sich selbst Schädigenden jedenfalls dann verneint werden können, wenn dieser die Tragweite seines Handelns nicht mit Hilfe seines Verstandes abschätzen kann oder außerstande ist, sein Handeln nach dieser Er-

⁵⁰⁷ Die Begriffe „eigenverantwortlich“ und „freiverantwortlich“ sind in ihrer Bedeutung zwar nicht identisch (eigenverantwortlich meint die normative Zuständigkeit des Betroffenen für die Gefährdung oder Verletzung, dagegen meint „freiverantwortlich“ die individuelle Erkenntnisfähigkeit). Doch werden beide Begriffe regelmäßig als Synonym gebraucht.

⁵⁰⁸ BGH, NJW 1983, 462; kritisch AMELUNG / WEIDEMANN 1984, 598 ff.

⁵⁰⁹ BGH, JuS 1984, 595 f.; LK - JÄHNKE 2002, Vorb. § 211 Rn. 26.

⁵¹⁰ OLG Frankfurt/M. NStZ 1991, 235 (236).

⁵¹¹ BGH NStZ 1990, 384; NJW 1989, 2336; StV 1989, 103; JR 1987, 206; NJW 1981, 1221; vollständiger Schuldausschluss: BGH NJW 1976, 1801.

⁵¹² OLG Frankfurt/M. NStZ 1991, 235 (236).

kenntnis auszurichten.⁵¹³ Die Drogenabhängigkeit führt nicht per se schon zum Fehlen der Eigenverantwortlichkeit des Drogenkonsumenten⁵¹⁴, doch fehlt die Eigenverantwortlichkeit beispielsweise dann, wenn eine langjährige Drogenkarriere zu schweren Persönlichkeitsstörungen geführt hat⁵¹⁵ oder der sich selbst Schädigende unter akuten Entzugserscheinungen leidet⁵¹⁶. In solchen Fällen wird der Drogenkonsument regelmäßig nicht dazu in der Lage sein, das mit der Injektion verbundene Lebensrisiko richtig einzuschätzen und danach zu handeln, außerdem sorgfältig und ordnungsgemäß die Spritze zu benutzen. Ebenso wenig handelt derjenige eigenverantwortlich, dessen Selbstverletzung einen Hilferuf darstellen soll.⁵¹⁷

Die Frage der Eigenverantwortlichkeit der Selbstschädigung ist daher für jeden Einzelfall neu zu beantworten. In der Praxis wird es regelmäßig schwierig sein, die Umstände nachzuweisen, die im Einzelfall zum Fehlen der notwendigen Eigenverantwortlichkeit des sich selbst verletzenden Spritzenempfängers geführt haben können. Sofern der Nachweis der fehlenden Eigenverantwortlichkeit nicht gelingt, scheidet eine Haftung wegen aktiven Tuns der Bediensteten aus. Nur im Falle des Fehlens der Eigenverantwortlichkeit des Inhaftierten kommt deshalb überhaupt eine strafrechtliche Verantwortung des Bediensteten weiter in Betracht.

dd. Rechtswidrigkeit und Schuld

Grundsätzlich obliegt die Entscheidung der Ausgabe steriler Spritzen der Anstaltsleitung. Ihren Weisungen hat der Bedienstete zu folgen. Die Ausführung solcher öffentlich-rechtlich zulässigen Weisungen schließen eine Rechtswidrigkeit der Handlung des Bediensteten aus. Nur wenn für den Einzelnen erkennbar die Befolgung der Weisung rechtswidrig ist, führt dies auch zur Rechtswidrigkeit

⁵¹³ LK - JÄHNKE 2002, § 222 Rn. 21; SCHÖNKE / SCHRÖDER - CRAMER / STERNBERG-LIEBEN 2001, § 15 Rn. 171; ZACZYK 1993, S. 47; FRISCH 1992, 67; DERS. 1988, S. 168 f.; HIRSCH 1979, 429 (433); STREE 1985, 179 (182).

⁵¹⁴ OLG Köln NStZ 1981, 437 f; FRISCH 1988, S. 174.

⁵¹⁵ FRISCH 1992, 67; HOHMANN 1991, 118.

⁵¹⁶ BGH JR 1979, 429.

⁵¹⁷ Für den Fall des Versuchs der Selbsttötung: SCHÖNKE / SCHRÖDER - ESER 2001, Vorb. § 211 ff. Rn. 34 f., 36; DÖLLING 1986, 1011, 1014; BOTTKE 1983, 22 (30).

seines eigenen Handelns. Dies liegt allenfalls dann vor, wenn der Bedienstete an einen für ihn erkennbar nicht mehr eigenverantwortlich handelnden Inhaftierten eine Spritze ausgibt. Insoweit handelt der Bedienstete dann auch subjektiv sorgfaltswidrig und damit schuldhaft, denn das Fehlen eines selbstbestimmten Handelns des Inhaftierten war für den Bediensteten dann erkennbar.

Eine Strafbarkeit des Bediensteten wegen fahrlässiger Körperverletzung im Amt gem. § 340, Abs. 1, 3 StGB kommt damit letztlich nur dann in Betracht, wenn der Bedienstete an einen für ihn erkennbar nicht mehr eigenverantwortlich Handelnden eine Spritze ausgibt.

b. Fahrlässige Körperverletzung im Amt durch Unterlassen notwendiger Überwachung und Kontrollen, § 340 Abs. 3, § 13 StGB

Möglicherweise können sich die Bediensteten im Zusammenhang mit der Spritzenvergabe auch wegen Unterlassens notwendiger Kontrollen und Überwachungen der Inhaftierten einer fahrlässigen Körperverletzung im Amt gem. § 340 Abs. 3, 13 StGB strafbar machen.

aa. Erfolgseintritt und Unterlassen der objektiv gebotenen Handlung

Für das Vorliegen einer Körperverletzung kann auf die Ausführungen im Rahmen der Prüfung der Strafbarkeit wegen Körperverletzung im Amt durch aktives Tun verwiesen werden. (Der Fall der Fremdverletzung eines anderen soll hier erst einmal außer Acht gelassen werden). Diese Verletzungen müssen durch ein Unterlassen der zur Erfolgsabwendung objektiv gebotenen Handlung verursacht worden sein. Weil nicht unwahrscheinlich ist, dass intensive Kontrollen und die Überwachung der Inhaftierten einen Missbrauch der Spritzen jedenfalls hätten verhindern können, liegt diese erste Voraussetzung vor.

bb. Garantenstellung

Die Vollzugsbediensteten müssten auch Garanten für den Nichteintritt der Verletzungen der Inhaftierten sein. Strafvollzugsbedienstete sind Amtsträger i.S. des § 11 Abs. 1 Nr. 2 b, c StGB. Mit Beginn der Inhaftierung wächst dem Strafvollzug eine Schutzpflicht gegenüber dem Inhaftierten zu, die Bediensteten haben die Aufgabe übernommen, für die körperliche Unversehrtheit des Insassen Sorge zu tragen.⁵¹⁸

Fraglich ist, ob sich diese Garantenstellung hier auch auf die Übernahme einer besonderen Verantwortlichkeit für bestimmte Gefahrenquellen stützen lässt. Insoweit ist es nicht von Einfluss, dass die Verursachung möglicher Gefahren durch die Ausgabe der Spritzen nicht auf einem pflichtwidrigen Verhalten beruht.⁵¹⁹ Dies setzt nämlich allein voraus, dass schon mit der Ausgabe der Spritzen eine Gefahrenquelle geschaffen wird, zu deren Beherrschung Kontrollen notwendig sind und wirksame Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden müssen.⁵²⁰ Hier könnte zwar möglicherweise auf die oben erörterten notwendigen Rahmenbedingungen der Spritzenvergabe im Strafvollzug abgestellt werden, um insoweit von einer Gefahrenquelle der Spritzenvergabe auszugehen. Doch die Gefahren des i.v. Drogenkonsums, denen sich der einzelne Drogenkonsument anschließend selbst aussetzt, werden davon nicht umfasst.

Schließlich könnte sich eine Garantenstellung aber auch aus der faktischen Übernahme einer mit der Spritzenvergabe verbundenen Schutzverpflichtung ergeben. Bestandteile der Spritzenvergabe im Strafvollzug ist neben der bloßen Ausgabe steriler Spritzen auch die Information der Spritzenbezieher über den richtigen Gebrauch der Spritze und die Risiken des i.v. Konsums. Gleichwohl begründet dies nur dann eine faktische Übernahme einer Schutzpflicht, wenn die Anstalt mit der Ausgabe der Spritzen auch die Pflicht zur sofortigen Hilfeleistung im Falle eines drogenkonsumbedingten Notfalls übernommen hat. Eine solche Verantwortungsübernahme begründet nur dann eine Garantenstellung im Sinne von § 13

⁵¹⁸ BGHZ 38, 49 ff.; WAGNER 1975, S. 86 f.

⁵¹⁹ Vgl. dazu LK - JESCHECK 2002, § 13 Rn. 33, 35; SCHÖNKE / SCHRÖDER - LENCKNER 2001, Vorb. § 13 Rn. 44 ff.

⁵²⁰ Vgl. dazu WESSELS 1999, § 16 II 6a.

StGB, wenn durch die Übernahme dieser Verantwortung eine Gefahr erst entsteht oder verstärkt wird⁵²¹ oder wenn der Schützling im Vertrauen auf zu leistenden Schutz eigene Schutzvorkehrungen und Sorgfaltspflichten im Umgang mit der Spritze vernachlässigt. Dies ist beispielsweise dann erfüllt, wenn sich die zu schützende Person im Vertrauen auf zugesagte Hilfe überhaupt erst in die Gefahr begibt.⁵²² Dies wäre der Fall, wenn der Inhaftierte allein schon aufgrund seines Vertrauens in eine besondere Überwachung, Kontrolle und Hilfeleistung durch die Vollzugsbediensteten von der Möglichkeit des Spritzentauschs Gebrauch macht und Rauschmittel konsumiert. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Inhaftierte ohne die Verfügbarkeit sauberer Spritzen intravenös konsumieren würde und sich dabei ebenso der Gefahr aussetzt, sich oder andere zu verletzen. Zwar ist es ebenso wenig wahrscheinlich, dass der Inhaftierte im Vertrauen auf verstärkte Überwachung und erhöhten Schutz weniger sorgfältig im Umgang mit der bereitgestellten Spritze ist und grundsätzlich darauf vertraut, rechtzeitig vor Verletzungen durch die Spritze geschützt zu werden. Doch zumindest wurde auch aus den Modellprojekten berichtet, dass einige Inhaftierte erklärt hatten, wieder auf die i.v. Konsumform umgestiegen zu sein.⁵²³ So ist es jedenfalls nicht gänzlich ausgeschlossen, dass sich ein Inhaftierter durch die Ausgabe steriler Spritzen auch eher zum unkontrollierten Konsum hinreißen lässt.

So wird im Folgenden deshalb davon ausgegangen, dass den Bediensteten zusätzlich zu ihrer die Amtspflicht begründenden Garantenstellung auch eine solche aus tatsächlicher Übernahme besonderer Schutzpflichten aufgrund der Ausgabe steriler Spritzen an Inhaftierte obliegt.

cc. Objektive Sorgfaltspflichtverletzung

Eine strafrechtliche Verantwortlichkeit setzt weiter voraus, dass das Unterlassen von Kontrollen und fehlender Überwachung eine zur Verletzung des Inhaftierten führenden Sorgfaltspflichtverletzung darstellt. Wenn der Bedienstete seiner - aus

⁵²¹ OLG Düsseldorf JR 1992, 37; LACKNER / KÜHL - KÜHL 2001, § 13 Rn. 9; AK - SEELMANN 1990, § 13 Rn. 99 f.; MAURACH / GÖSSEL / ZIPF 1989, § 46 Rn. 84.

⁵²² SCHÖNKE / SCHRÖDER - STREE 2001, § 13 Rn. 27; OTTO 1996, § 9 Rn. 64; BOCKELMANN / VOLK 1987, S.139 f.

⁵²³ Dazu 2. Teil III. 1. b.

der Garantenstellung obliegende - Pflicht zur Überwachung der Inhaftierten und zu sofortiger Hilfeleistung im Drogennotfall nicht nachkommt, hat er objektiv sorgfaltswidrig gehandelt. Der Grad der erforderlichen Präsenz und die Anzahl der notwendigen Kontrollen hängen dabei immer auch vom jeweiligen Anstaltstypus, der Insassenklientel und der übrigen Struktur der Anstalt ab.

dd. Bedeutung der Eigenverantwortlichkeit

Fraglich ist jedoch, ob nicht das Vorliegen eines Sorgfaltsverstoßes und damit die Verantwortlichkeit wegen Unterlassens hier bereits für den Fall ausgeschlossen ist, dass sich der Drogenkonsument durch die Benutzung der Spritze und den i.v. Drogenkonsum selbst schädigt und insoweit hier die Grundsätze der eigenverantwortlichen Selbstverletzung Anwendung finden.⁵²⁴

Grundsätzlich obliegt dem Garanten eine Pflicht zur Verhütung eigenverantwortlicher Selbstverletzungen, wenn der Betroffene sich gerade wegen seiner Neigung zu Selbstverletzungen in die Obhut des Dritten begeben hat. Der BGH hatte einen Arzt wegen Unterlassens notwendiger Maßnahmen zur Verhinderung der Selbstschädigung seines Patienten zur Verantwortung gezogen und dies damit begründet, der Patient habe die ärztliche Hilfe gerade im Hinblick auf seine Neigung zur Selbstgefährdung in Anspruch genommen.⁵²⁵

Eine Haftung des Bediensteten wegen Unterlassens im Falle von Selbstschädigungen der Inhaftierten mittels der ausgegebenen Spritzen könnte deshalb vorliegen, wenn der Bedienstete gerade für den Fall der Realisierung solcher Gefahren, die im Zusammenhang mit der Benutzung der ausgegebenen Spritzen stehen, den Schutz der Inhaftierten übernommen hat. Der Drogenkonsument müsste dann die Gefahr, sich selbst mit der Spritze zu verletzen, aus seinem Verantwortungsbereich an den Bediensteten abgegeben haben, indem er sie quasi als Betreuer instrumentalisiert hat. Nimmt man eine Pflicht der Bediensteten zu Überwachungsmaß-

⁵²⁴ Vgl. dazu die Grundsätze eigenverantwortlicher Selbstverletzung i.R. der Verantwortung für ein Tun oben unter III. 2. a. cc.

⁵²⁵ BGH vom 18.7.1978, 1 StR 209/78 in: JR 1979, 429 f.; auch LACKNER / KÜHL -KÜHL 2001, Vor § 211 Rn. 14; AK - SEELMANN 1990, § 13 Rn. 144; HERZBERG 1995, 135; DERS. 1995, 267; DERS. 1984, 939.

nahmen und ständiger Präsenz für den Drogennotfall an, so ist es jedenfalls denkbar, dass der Spritzenempfänger im Vertrauen darauf eine mit der Benutzung der Spritze verbundene Gefahr einer Infektion oder Überdosis in den Verantwortungsbereich der Anstalt abgibt und die Bediensteten zum Zwecke der Risikobegrenzung dazu instrumentalisiert. Daraus folgt, dass die Grundsätze der eigenverantwortlichen Selbstgefährdung hier nicht wie im Fall der Körperverletzung durch aktives Tun zum Ausschluss der Verantwortlichkeit der Bediensteten führen.

ee. Objektive Vorhersehbarkeit des Erfolgseintritts und Erkennbarkeit der Garantenstellung

Der Eintritt eines Drogennotfalls oder einer Verletzung durch den Gebrauch der Spritze müsste dann für den Bediensteten vorhersehbar gewesen sein. Dabei ist ein objektiver Maßstab anzulegen. Die Vorhersehbarkeit ist aus der ex-ante Sicht eines objektiven Dritten, der dem Kreis der Verantwortlichen angehört, und unter Berücksichtigung möglichen Sonderwissens zu prüfen.⁵²⁶ Die Bediensteten werden in der Regel zuvor ausführlich über mögliche Risiken und Gefahren informiert und auf den erhöhten Kontrollbedarf und eine sorgfältige Überwachung auf den Stationen vorbereitet und dadurch mit den gestiegenen Anforderungen an ihre Tätigkeit vertraut gemacht. Sofern dies erfolgt, muss grundsätzlich auch damit gerechnet werden, dass die Spritze durch den Drogenkonsumenten zweckentfremdet werden kann oder ihr Einsatz zu einer Verletzung eines Drogenkonsumenten führt. Damit ist der Eintritt eines Drogennotfalls oder einer Verletzung durch den Gebrauch der Spritze auch vorhersehbar.

Darüber hinaus müssten die tatsächlichen Umstände, die die Garantenstellung des Bediensteten begründen, für diesen objektiv erkennbar gewesen sein. Dabei ist erforderlich, dass der Bedienstete objektiv erkennen konnte, dass der sich selbst mit der Spritze verletzende Inhaftierte sich auf den Schutz durch die Anstalt und den Bediensteten verlassen, dabei auf eigene Sorgfaltsmaßnahmen im Umgang mit der Spritze verzichtet und letztlich auf ein rechtzeitiges Eingreifen des Bediensteten vertraut hat. Hierbei kommt es stets auf den Einzelfall an. Doch erscheint zu-

mindest wenig wahrscheinlich, dass die Auferlegung der tatsächlichen Schutzpflicht durch den einzelnen Spritzenempfänger für den Bediensteten regelmäßig erkennbar ist. Vielmehr ist das Klientel in der Regel sogar um eine Unabhängigkeit vom diensthabenden Personal bemüht und möchte so wenig wie möglich in Kontrollen durch die Bediensteten eingebunden sein.

Sofern es daher bereits an einer objektiven Erkennbarkeit der Garantenstellung aus tatsächlicher Übernahme der Schutzpflicht im Zusammenhang mit der Spritzenausgabe fehlt, ist der Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung im Amt durch Unterlassen gem. § 340 Abs. 1, 3 i.V.m. § 13 StGB nicht erfüllt.

ff. Pflichtwidrigkeitszusammenhang

Bejaht man jedoch eine objektive Erkennbarkeit der Garantenstellung, so ist weiter ein Pflichtwidrigkeitszusammenhang zwischen dem sorgfaltswidrigen Verhalten des Bediensteten und dem Verletzungserfolg zu prüfen. Dieser ist jedenfalls gegeben, wenn sich gerade die aus dem sorgfaltswidrigen Verhalten resultierende Gefahr im tatbestandlichen Erfolg niedergeschlagen hat.⁵²⁷ So ist zu fragen, ob auch bei Anwendung der notwendigen Sorgfalt der Erfolg hätte vermieden werden können. Verletzt der Bedienstete die anstaltsspezifisch zu bestimmende notwendige Überwachung der Inhaftierten oder leistet er im Drogennotfall nicht rechtzeitig die erforderliche Hilfe, so könnte bereits der Pflichtwidrigkeitszusammenhang bejaht werden. Es kann offen bleiben, ob an mit Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen muss, dass der tatbestandsmäßige Erfolg bei sorgfaltsgemäßem Handeln dann nicht eingetreten wäre⁵²⁸. Jedenfalls hätte das Risiko des Eintritts des Verletzungserfolgs durch umfangreichere Kontrollen und perso-

⁵²⁶ SCHÖNKE / SCHRÖDER - CRAMER / STERNBERG-LIEBEN 2001, § 15 Rn. 185; WESSELS 1999, Rn. 667; KÜHL 1997, § 17 Rn. 40.

⁵²⁷ SK - SAMSON 2002, Anh. § 16 Rn. 25; LACKNER / KÜHL - KÜHL 2001, § 15 Rn. 41; SCHÖNKE / SCHRÖDER - CRAMER / STERNBERG-LIEBEN 2001, § 15 Rn. 161 ff.; KÜHL 1997, § 19 Rn. 4.

⁵²⁸ BGHSt 24, 31 (34); 11, 1 (7); BGH StV 1994, 425; SK - SAMSON 2002, Anh. § 16 Rn. 26 ff.; SCHÖNKE / SCHRÖDER - CRAMER 2001, § 15 Rn. 171; WESSELS 1999, Rn. 680; KÜPPER 1990, S. 100; BOCKELMANN / VOLK 1987, S. 162 f.; GEILEN 1976, S. 222.

nelle Aufstockung zwecks sofortigen Notfallhilfeeinsatzes zumindest gemindert werden können.⁵²⁹

gg. Rechtswidrigkeit des fahrlässigen Unterlassens

Das Unterlassen notwendiger Überwachung und Kontrollmaßnahmen müsste auch rechtswidrig sein. Es könnte gerechtfertigt sein, wenn das Handeln des Bediensteten den Weisungen seines Vorgesetzten entspricht. Unabhängig von der Rechtmäßigkeit der Weisung des Vorgesetzten ist ein Verhalten des Bediensteten jedenfalls grundsätzlich gerechtfertigt, soweit es sich im Rahmen der dienstlichen Anweisung bewegt. Eine Ausnahme besteht nur da, wo der Einzelne die Rechtswidrigkeit der Weisung ohne weiteres erkennen konnte.⁵³⁰ Dies setzt konkrete Anhaltspunkte voraus, die für die Bediensteten die Fehleinschätzung des Kontrollbedarfs durch den Anstaltsleiter offensichtlich werden lassen. Weil auch die Modellprojekte nicht offensichtlich zu einem bestimmten Mehrbedarf an Kontrollen und Überwachung der Inhaftierten geführt haben, wird man daher für die Bediensteten ein Erkennenkönnen einer Fehleinschätzung des Kontrollbedarfs durch den Anstaltsleiter regelmäßig verneinen müssen.

Bewegt sich also das Verhalten des Bediensteten im Rahmen der dienstlichen Weisungen, so ist sein Unterlassen notwendiger Kontrollen gerechtfertigt. Sofern die Bediensteten die Kontrollen entgegen Anweisungen nicht durchführen, besteht jedoch kein Raum für eine Rechtfertigung ihres Handelns.

hh. Schuld

Letztlich ist erforderlich, dass der verantwortliche Bedienstete potentiell Unrechtsbewusstsein gehabt hat und schuldfähig war.⁵³¹ Er muss nach seinen individuellen Kenntnissen und Fähigkeiten in der Lage gewesen sein, die Normwidrig-

⁵²⁹ Vgl. zur Risikoerhöhungslehre ROXIN 1962, 411 (431 ff.).

⁵³⁰ GÜNTHER 1988, 305.

⁵³¹ Vgl. dazu SCHÖNKE / SCHRÖDER - CRAMER / STERNBERG-LIEBEN 2001, § 15 Rn. 190; JESCHECK / WEIGEND 1996, S. 593 f.; MAURACH / GÖSSEL / ZIPF 1989, § 44, Rn. 52.

keit seines Verhaltens zu erkennen.⁵³² Dazu gehört, dass für ihn der Eintritt des tatbestandsmäßigen Erfolges einschließlich des Kausalverlaufs subjektiv erkennbar, die Sorgfaltspflichtverletzung subjektiv vermeidbar war und er die Umstände kannte, die seine Garantenstellung und die daraus resultierende Pflicht begründen.

Die mit der Spritzenvergabe konfrontierten Bediensteten müssen jedenfalls mit Hilfe von Informationsveranstaltungen auf mögliche besondere Vorkommnisse, den erhöhten Kontrollbedarf und eine sorgfältige Überwachung auf den Stationen vorbereitet und mit den gestiegenen Anforderungen an ihre Tätigkeit vertraut gemacht werden. Dies vorausgesetzt, wird dann jedenfalls eine nachlässige Kontrolle der Zellen, ein bewusstes Wegsehen beim Drogenkonsum und das „Sich-nicht-zuständig-Erklären“ für den sorgfältigen Umgang mit den Spritzen in Haft eine vermeidbare Sorgfaltspflichtverletzung des Bediensteten begründen.

Dass es für den Bediensteten darüber hinaus auch subjektiv erkennbar war, dass der Inhaftierte im Vertrauen auf den Schutz des diensthabenden Beamten weniger Vorsichtsmaßnahmen trifft, wird dennoch wohl regelmäßig verneint werden müssen. Dies folgt nicht zuletzt auch aus den Schwierigkeiten, das Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen zu beweisen.

Damit ist eine strafrechtliche Verantwortung der Bediensteten wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen nur in den Fällen möglich, in denen die Garantenstellung auch auf die Übernahme einer tatsächlichen Schutzpflicht infolge der Spritzenausgabe gestützt wird, nicht ausreichende Überwachung und Kontrolle der Spritzenbezieher und Drogenkonsumierenden aufgrund Nachlässigkeit oder Bequemlichkeit des Bediensteten stattgefunden haben und der Bedienstete erkennen konnte, dass der Inhaftierte infolge der Übernahme der Schutzpflicht durch den Bediensteten auf eigene Schutzmaßnahmen verzichtet hat.

Für den hier bislang noch nicht berücksichtigten Fall der (gewaltsamen) Verletzung eines anderen durch eine Spritze ergibt sich im Ergebnis nichts Anderes. Auch insoweit ist eine strafrechtliche Verantwortung des Bediensteten wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen nur dann möglich, wenn der Be-

⁵³² SCHÖNKE / SCHRÖDER - CRAMER / STERNBERG-LIEBEN 2001, § 15 Rn. 190;

dienstete seine die Garantenpflicht begründende Pflicht zu sorgfältiger Unterbringung, Überwachung und Kontrolle der Inhaftierten vernachlässigt und *infolgedessen* ein gewaltsamer Übergriff eines Spritzenbeziehers auf einen Mitgefangenen stattgefunden hat.

c. Strafbarkeit gem. § 257 Abs. 1 StGB

Letztlich könnte sich der Bedienstete einer Begünstigung gem. § 257 Abs. 1 StGB strafbar machen, indem er den Drogenabhängigen einen ungestörten Konsum mit der Spritze ohne einen strafrechtlichen Zugriff innerhalb der Haftanstalt ermöglicht.

Eine Begünstigungshandlung setzt aber voraus, dass dabei die Wiederherstellung eines rechtmäßigen Zustandes, der zuvor bestanden hat, vereitelt wird.⁵³³ Daran fehlt es hier. Schon das Vorhandensein des Rauschmittels ist illegal, somit gibt es auch keinen gesetzmäßigen Zustand, der durch die Duldung des Drogenkonsums mit der ausgegebenen Spritze vereitelt werden kann. Wo schon eine Restitution nicht möglich ist, greift auch der Tatbestand des § 257 Abs. 1 StGB nicht.⁵³⁴ Eine Strafbarkeit der Bediensteten wegen Begünstigung gem. § 257 StGB scheidet damit aus.

3. Aspekte des Strafvollzugsgesetzes

Praktiker sehen die Ausgabe steriler Einwegspritzen nicht selten als deutlichen Widerspruch zu den strafvollzugsrechtlichen Anforderungen.⁵³⁵ Im Folgenden werden daher Reibungspunkte zwischen der Spritzenvergabe im Strafvollzug und den Grundsätzen des Strafvollzugsgesetzes untersucht.

JESCHECK / WEIGEND 1996, S. 593 f.; AK - ZILINSKY 1990, § 16 Rn. 129 ff.

⁵³³ TRÖNDLE / FISCHER - FISCHER 2003, § 257 Rn. 8.

⁵³⁴ OLG Düsseldorf NJW 1979, 2320 (2321); GEPPERT 1980, 269 (272).

⁵³⁵ Dazu siehe unter 2. Teil I.

a. Strafvollzugsziel § 2 S. 1 StVollzG: Resozialisierungsgedanke und Behandlungsauftrag des Strafvollzugs

§ 2 S. 1 StVollzG sieht als Ziel der Freiheitsstrafe vor, den Gefangenen zu befähigen, "künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen". Nicht mehr die Sicherung oder die Sühne sollen das vorrangige Ziel des Strafvollzugs sein.⁵³⁶ Das Bundesverfassungsgericht hat in einer Grundsatzentscheidung die Resozialisierung als das herausragende Ziel des Vollzugs von Freiheitsstrafen bezeichnet.⁵³⁷ Es hält nach wie vor daran fest, dass "dem Gefangenen Fähigkeit und Willen zu verantwortlicher Lebensführung vermittelt werden sollen, er soll lernen, sich unter den Bedingungen einer freien Gesellschaft ohne Rechtsbruch zu behaupten, ihre Chancen wahrzunehmen und ihre Risiken zu bestehen."⁵³⁸ Aufgabe des Strafvollzugs muss es daher sein, solche Bedingungen zu schaffen, die es dem Gefangenen ermöglichen, sich nach seiner Entlassung in die zivile Gesellschaft in Freiheit wieder einzugliedern.⁵³⁹

Eine Ausgabe steriler Spritzen zum Zwecke des risikoärmeren Drogenkonsums steht nur scheinbar im Widerspruch zum Vollzugsauftrag, Gefangene zu einem Leben ohne Straftaten zu befähigen. Die Spritzenausgabe stellt zwar einen Beitrag zum Drogenkonsum und damit ein Verhalten dar, was regelmäßig zusammen mit weiteren Straftaten Ursache der strafrechtlichen Verurteilung und Inhaftierung immer mehr junger Menschen ist. Doch hat der Gesetzgeber weder zum Zeitpunkt der Normierung der Resozialisierung als Vollzugsziel die Entwicklung der Insassenklientel vorausgesehen; so findet das gesetzgeberische Ziel der Resozialisierung in der Praxis auch beispielsweise nur sehr begrenzt Anwendung auf die immer größer werdende Gruppe von Ausländern im Vollzug. Noch schließt die Spritzenvergabe eine Befähigung des Inhaftierten zu einer zukünftig legalen Lebensführung aus oder konterkariert diese Vollzugsaufgabe.

Drogenabhängigkeit wird heute allgemein auch als Krankheit angesehen⁵⁴⁰, doch kann es nicht Aufgabe des Strafvollzugs sein, eine Krankheit zu heilen. Seine

⁵³⁶ BVerfGE 45, 239.

⁵³⁷ BVerfGE 35, 202: "Lebach-Urteil".

⁵³⁸ BVerfGE NJW 1998, 3337 f.

⁵³⁹ BVerfGE 35, 236; MÜLLER-DIETZ 1979, S. 141.

⁵⁴⁰ Dazu FEEST - BOETTICHER / STÖVER, Vor § 56 Rn. 30.

Aufgabe ist es, ein Strafurteil zu vollziehen und dabei dem Inhaftierten Hilfestellung zu einem zukünftigen Leben ohne Rechtsbruch zu geben.⁵⁴¹ Resozialisierungsfördernde Hilfestellungen für drogenabhängige Straftäter können somit nicht allein auf eine Heilung der Sucht ausgerichtet sein. Der Vollzug würde sich damit ein unlösbares Ziel aufbürden.⁵⁴² Wenn die Gerichte nicht die Möglichkeit nutzen, dem straffällig gewordenen Drogenkonsumenten statt einer Strafverbüßung eine stationäre Behandlung aufzuerlegen, kann nicht dem Strafvollzug eine primäre Behandlung der Drogensucht abverlangt werden. Stattdessen kann die Spritzenvergabe sehr wohl ein sinnvoller und notwendiger Beitrag dazu sein, die erforderliche Grundlage für eine mögliche Resozialisierung des Inhaftierten zu schaffen. Die Spritzenabgabe dient der Infektionsprophylaxe Drogenkonsumierender innerhalb des Strafvollzugs. Sie soll Verelendung- und Abhängigkeitstendenzen unter den Drogenkonsumenten innerhalb des Vollzugs entgegenwirken. Sie soll die Eigenverantwortlichkeit fördern und auch dem Drogenkonsumenten im Strafvollzug ein diesbezüglich selbstbestimmteres Handeln ermöglichen. Dies alles sind wichtige Beiträge zu seiner Bereitschaft für eine künftige grundsätzliche Bewusstseinsänderung seiner Einstellung und Lebensführung. Ein Leben in sozialer Verantwortung lernt nämlich auch derjenige zu führen, der risikoarmen Drogenkonsum praktiziert und andere nicht durch die Weitergabe einer selbst zuvor gebrauchten Spritze gefährdet, der somit Verantwortung für sein Handeln übernimmt und sich Gedanken um den Schutz Dritter macht. Dazu kann die Vergabe der Spritzen beitragen.

Die Ausgabe steriler Einwegspritzen steht damit der vom Gesetz vorgegebenen Resozialisierung nicht entgegen. Richtig verstanden und umgesetzt kann sie eine wichtige unterstützende Aufgabe im Vollzug übernehmen.

b. Vollzugsgrundsätze § 3 StVollzG: Angleichungsgrundsatz, Gegensteuerungsgrundsatz, Integrationsgrundsatz

Die Ausgabe von Einwegspritzen muss sich auch an den in § 3 StVollzG geregelten Vollzugsgrundsätzen messen lassen.

⁵⁴¹ SCHÄFER / SCHOPPE 1998, § 21 Rn. 9.

aa. Angleichungsgrundsatz

Gem. § 3 Abs. 1 StVollzG soll das Leben im Vollzug soweit wie möglich den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden. Der Gestaltungsgrundsatz des § 3 Abs. 1 StVollzG stellt eine Handlungsanweisung an die Vollzugsbehörden dar.⁵⁴³ Er begründet die Verpflichtung, den Unterschied zwischen den Lebensbedingungen im Vollzug und der übrigen Gesellschaft so gering wie möglich zu halten und für einen Ausgleich vorhandener Unterschiede aktiv tätig zu werden. Der Gedanke der Angleichung beruht darauf, dass die Strafe im Freiheitsentzug selbst besteht, nicht in der Art und Weise seines Vollzugs. Bei der Auswahl möglicher Präventionsmaßnahmen hat der Strafvollzug grundsätzlich ein Ermessen, welches jedoch wesentlich von der Handlungsanweisung des § 3 Abs. 1 StVollzG beeinflusst wird.⁵⁴⁴ Dem Vollzug ist sogar durch § 3 Abs. 1 StVollzG eine Beweispflicht für die Notwendigkeit einer Ungleichbehandlung auferlegt. Bei der Zielgruppe der i.v. Drogenkonsumierenden im Vollzug handelt es sich um eine Negativauswahl aus der Gruppe der Drogenkonsumenten in der zivilen Gesellschaft. Eine Vergleichbarkeit der Gruppen innerhalb und außerhalb des Vollzuges ist daher schon nicht zwangsläufig gegeben. Das Zusammenspiel krimineller Energie und Drogensucht birgt Risiken, die einer Ausgabe steriler Einwegspritzen in der zivilen Gesellschaft nicht in dieser Form entgegenwirken. Der Freiheitsentzug und die Situation des Eingesperrtseins verstärkt den Frust und die Gleichgültigkeit im Umgang mit sich, seiner eigenen Gesundheit und der Gesundheit Dritter. In der Gefangenenhierarchie stehen drogenabhängige Inhaftierte ganz unten. Es findet nicht nur eine Ausgrenzung durch andere, nicht drogenabhängige Inhaftierte statt, auch die schwer beschaffbare Droge und die fehlenden Möglichkeiten der Geldbeschaffung führen zu Rivalität und Abhängigkeitsverhältnissen. Die strukturellen Unterschiede zwischen Haft- und Alltagsleben für das die Spritzen beziehende Klientel führen dazu, dass der Angleichungsgrundsatz gem. § 3 Abs. 1 StVollzG jedenfalls nicht zwingend die Ausgabe steriler Spritzen im Vollzug verlangt. Sofern ein sorgfältiger Abwägungsprozess der Entscheidung vorausgeht, begründet

⁵⁴² So aber BOCHNIK 1996, 135 f.

⁵⁴³ CALLIESS / MÜLLER-DIETZ 2002, § 3 Rn. 2; FEEST - FEEST / LESTING 2000, § 3 Rn. 2.

⁵⁴⁴ CALLIESS / MÜLLER-DIETZ 2002, § 3 Rn. 2; FEEST - FEEST / LESTING 2000, § 3 Rn. 2.

dann eine Entscheidung der Anstalt gegen eine Ausgabe steriler Spritzen nicht bereits einen Verstoß gegen § 3 Abs. 1 StVollzG.

bb. Gegensteuerungsgrundsatz

Der Gegensteuerungsgrundsatz gem. § 3. Abs. 2 StVollzG verpflichtet den Strafvollzug, schädlichen Auswirkungen des Freiheitsentzuges entgegenzuwirken. Schädliche Wirkungen können sich beispielsweise gerade in Bezug auf die Gruppe der Drogenkonsumenten in Haft zeigen. War der Drogenkonsument bislang gewohnt, mit einer eigenen sauberen Spritze seine Droge zu konsumieren, so kann sich das Nichtvorhandensein sauberer Spritzen in der Anstalt für den Konsumenten bei fortgesetztem suchtbedingtem Konsum regelmäßig zusätzlich gesundheitsschädigend auswirken.⁵⁴⁵ Um einen humanen Vollzug für drogenabhängige Straftäter zu gewährleisten, kann die Verfügbarkeit sterilen Spritzbestecks zudem auch notwendig sein, wenn kapazitätsbedingt keine ausreichenden Therapiemöglichkeiten vorhanden sind oder der Drogenabhängige sich aufgrund seiner Suchtgenese als therapieunfähig herausstellt.

Gleichwohl darf nicht vergessen werden, dass der Gegensteuerungsgrundsatz gleichermaßen für alle Inhaftierten gilt. So müssen auch mögliche, durch die Spritzenvergabe hervorgerufene Gefahrensituationen für Mitgefangene berücksichtigt werden. Ebenso sind diejenigen zu beachten, die die Zeit der Inhaftierung für ein Loslösen von der Droge nutzen wollen.⁵⁴⁶ Die Aufgabe, negativen Einflüssen der Inhaftierung entgegenzuwirken, verlangt daher eine sorgfältige Ausgestaltung und Planung derartiger Maßnahmen unter Einbeziehung *aller* Inhaftierten-Gruppen im Vollzug und unter Berücksichtigung der anstaltseigenen Gegebenheiten. Eine Pflicht zur Ausgabe steriler Spritzen lässt sich daher letztlich auch aus dem Gegensteuerungsgrundsatz nicht ableiten.

⁵⁴⁵ Siehe Ausführungen oben unter 1. Teil, III., 2. Teil, III. 1.

cc. Integrationsgrundsatz

Der Integrationsgrundsatz gem. § 3 Abs. 3 StVollzG verpflichtet den Vollzug, dem Gefangenen zu helfen, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern. Dabei geht das Gesetz von der Priorität der Hilfe zur sozialen Integration aus. Auch der anscheinend nicht Eingliederungswillige bedarf während des Freiheitsentzugs der Unterstützung, sich nach Verbüßung der Haftstrafe wieder in die Gesellschaft einzugliedern.⁵⁴⁷

Soziale Integration meint auch verantwortungsvolles Handeln in und gegenüber der Gesellschaft.⁵⁴⁸ So kann auch die Vergabe steriler Spritzen ein sinnvoller Beitrag dazu zu sein, dass der Drogenkonsument sich und andere i.v. Drogenkonsumierende vor der Übertragung von Infektionserregern schützt. Weil es keine drogenfreie Gesellschaft gibt, können auch die Integrationshilfen für den Strafgefangenen nicht ausschließlich auf seine Drogenabstinenz gerichtet sein. Die Ausgabe steriler Spritzen steht der Integration drogenkonsumierender Straftäter jedenfalls nicht entgegen. Weil jedoch weder § 3 StVollzG einen Anspruch des Einzelnen auf die Verfügbarkeit sauberer Spritzen im Strafvollzug begründet, noch sich die Spritzenvergabe als einzige Möglichkeit der Reintegration Drogenkonsumierender darstellt, ist der Strafvollzug nicht bereits zur Ausgabe steriler Spritzen nach diesem Grundsatz verpflichtet.

c. Schutz der Allgemeinheit, § 2 S. 2 StVollzG

§ 2 S. 2 StVollzG legt fest, dass der Vollzug der Freiheitsstrafe auch dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten dienen soll. § 2 S. 2 StVollzG stellt dabei eine Generalklausel dar. Der Anstalt obliegt es, für die Sicherheit zu sorgen, die Begehung von Straftaten während der Strafverbüßung zu verhindern.⁵⁴⁹ Dabei geht es zum einen um den Schutz der Gesellschaft. Dem tragen insbesondere die Regeln über die eingeschränkte Gewährung von Vollzugslockerungen und Haft-

⁵⁴⁶ Hinweise dazu aus den Modellprojekten unter 2. Teil III. 1. und 3.

⁵⁴⁷ SCHÄFER / SCHOPPE 1998, § 21 Rn. 8.

⁵⁴⁸ SCHÄFER / SCHOPPE 1998, § 21 Rn. 8.

⁵⁴⁹ CALLIESS / MÜLLER-DIETZ 2002, § 2 Rn. 7.

urlaub für drogenabhängige Straftäter Rechnung.⁵⁵⁰ Zum anderen umfasst § 2 S. 2 StVollzG die anstaltsinterne Sicherheit. Die Gruppe der Bediensteten und Inhaftierten sind Teile der zu schützenden Allgemeinheit.⁵⁵¹ Die Anstalt hat dafür zu sorgen, dass der Inhaftierte insgesamt keine kriminellen Handlungen in der Anstalt unternimmt. § 2 S. 2 StVollzG gebietet deshalb, bei Vorliegen eines Straftatenrisikos andere Maßnahmen einzuschränken oder zurückzustellen. So müsste möglicherweise die Ausgabe steriler Spritzen dann zurückgestellt werden, wenn damit ein zusätzliches Straftatenrisiko einher geht. Die Begleitforschung zum Hamburger Spritzenvergabeprojekt stellte im Laufe des Evaluationszeitraums vermehrt Wiedereinsteiger und Umsteiger auf den i.v. Konsum fest.⁵⁵² Es kann daher nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, dass damit auch Drogenbesitz und -handel in der Anstalt belebt werden.

Doch selbst wenn man ein solches Risiko der Straftatbegehung bejaht, so ist jedenfalls ein grundsätzliches Verbot der Spritzenvergabe aus Gründen der Sicherheit letztlich nur dann zwingend erforderlich, wenn keine andere Möglichkeit der Konfliktlösung besteht. So fordert bereits die Befähigung zu sozial verantwortlicher Lebensführung, vertretbare Risiken auch in der Haft einzugehen. Die bisherigen Modellprojekte haben einen Anstieg des Drogenkonsums und -handels nicht nachweisen können. Ob ein immerhin bestehendes *Risiko* noch als vertretbar angesehen werden kann und somit dann ein Zurückstehen der Spritzenvergabe zugunsten des Schutzes der Allgemeinheit weder erforderlich noch geboten ist, kann jedoch letztlich nur anhand des jeweiligen Anstaltstypus und der inhaltlichen Ausgestaltung der Spritzenvergabe beurteilt werden. Eine generelle Aussage lässt sich hier nicht treffen, es sind zu viele anstaltsindividuelle Faktoren dafür zu berücksichtigen. Was noch vertretbar ist, bleibt (leider) schließlich auch nicht selten der politischen Beurteilung vorbehalten. Somit steht die Ausgabe steriler Spritzen nicht generell der Vollzugsaufgabe des Schutzes der Allgemeinheit gem. § 2 S. 2 StVollzG entgegen.

⁵⁵⁰ Dazu im Folgenden unter III. 3. e.

⁵⁵¹ LAUBENTHAL 1998, Rn. 114.

⁵⁵² GROSS 1998, S. 66 f.

d. Gesundheitsfürsorgepflicht, § 56 ff. StVollzG

Die Vergabe steriler Einwegspritzen im Vollzug ist schließlich unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug zu beleuchten. Der Gesetzgeber regelt die Gesundheitsfürsorge in den §§ 56 bis 66 StVollzG. Aus der Fürsorgepflicht des Staates für die Inhaftierten folgt gem. § 56 StVollzG die Verpflichtung des Strafvollzugs, für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen, weil der Inhaftierte nicht in gleicher Weise wie der freie Bürger Beeinträchtigungen seiner Gesundheit abwehren und für seine Gesundheit Sorge tragen kann.⁵⁵³ Dem Gesundheitsschutz im Strafvollzug muss nicht zuletzt schon wegen des zwangsweisen Zusammenlebens einer Vielzahl von Menschen auf eng begrenztem Raum besondere Bedeutung zukommen.⁵⁵⁴

Ihrer Gesundheitsfürsorgepflicht kommt die Anstalt durch ein Bereitstellen ausreichender ärztlicher Versorgung gem. §158 StVollzG⁵⁵⁵ nach; diese umfasst auch die Überwachung von Infektionsrisiken⁵⁵⁶ und die Durchführung erforderlicher Präventionsmaßnahmen. Der Betäubungsmittelabhängige hat zwar einen Anspruch auf Sicherstellung seiner notwendigen gesundheitlichen Betreuung und eine im Rahmen sachgemäßer ärztlicher Erwägung liegende Krankenpflege, nicht jedoch auf die Gewährleistung *bestimmter* Maßnahmen.⁵⁵⁷ Der Anspruch des Inhaftierten, vor einer vermeidbaren Infektion geschützt zu werden, bedeutet weder, dass jede denkbare Vorsorge gegen eine mögliche Ansteckung getroffen werden muss⁵⁵⁸, noch dass er einen Anspruch auf die Ausgabe steriler Spitzen hat.⁵⁵⁹ Es liegt im Ermessen des Anstaltsarztes, welche konkrete Maßnahme er wählt.

In der Praxis tun sich die Anstalten nach wie vor schwer mit der Ausgabe steriler Spritzen. Nicht nur weil bereits die Meinungen dazu unterschiedlich sind; so wird einerseits eine Spritzenvergabe aus Gründen des Gesundheitsschutzes befürwortet und gefordert, weil der Drogenmissbrauch in der Anstalt nicht gänzlich zu verhin-

⁵⁵³ BGHZ 4, 138 (151).

⁵⁵⁴ BT Drs. 7/918, S. 72.

⁵⁵⁵ OLG Hamm NStZ 1981, 240; CALLIESS / MÜLLER-DIETZ 2002, § 56 Rn. 3.

⁵⁵⁶ FEEST - BÖTTICHER / STÖVER 2000, Vor § 56 Rn. 52; LESTING 1990, 225 (227).

⁵⁵⁷ OLG Frankfurt ZfStrVo 1981, 382.

⁵⁵⁸ LG Bonn NStZ 1987, 141.

⁵⁵⁹ KG Berlin, Beschluss vom 15.12.1994, 13.0.468/94.

dem sei⁵⁶⁰, andererseits wird eine Spritzenvergabe im Strafvollzug als kontraproduktiv für eine effiziente Gesundheitsfürsorge angesehen.⁵⁶¹ Eine Spritzenvergabe in der Haft muss immer die Interessen *aller* Betroffenen berücksichtigen. Die Gesundheitsfürsorgepflicht verbietet somit zwar nicht aus eben genannten Umständen eine Spritzenvergabe im Strafvollzug, aber die Vergabepraxis (das „Wie“ der Spritzenvergabe) muss nicht nur den Weiterkonsumierenden Möglichkeiten zum sauberen Konsum bieten. Sie muss auch Freiräume für diejenigen offen lassen, die sich von der Droge entfernen wollen, bzw. den Inhaftierten Möglichkeiten bieten, den Verlockungssituationen auszuweichen. In welcher Form dies umgesetzt werden kann, hängt von den Gegebenheiten der jeweiligen Anstalten ab. Auch dabei kann sich unter dem Aspekt der Gesundheitsfürsorge für alle Inhaftierten eine Handvergabe der Spritzen jeweils als der Gesundheitsfürsorge angemessener erweisen.

e. Spritzenvergabe und Vollzugslockerungen , § 11 StVollzG

Die Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug kann Einfluss auf die Praxis der Vollzugslockerungen in der Anstalt haben. Sowohl die Verlegung in den offenen Vollzug gem. § 10 Abs. 1 StVollzG als auch die Gewährung von Vollzugslockerungen gem. § 11 Abs. 2 StVollzG setzen voraus, dass keine Gefahr einer Straftatbegehung des Inhaftierten besteht. Ergänzende Verwaltungsvorschriften zu §§ 10 und 11 StVollzG stellen dazu allgemeine Grundsätze auf, die die Anstalt zu beachten hat. So legt die Verwaltungsvorschrift zu § 10 StVollzG fest, dass die Gruppe der Suchtmittelabhängigen grundsätzlich für den offenen Vollzug ungeeignet ist. Ebenso sieht die Verwaltungsvorschrift zu § 11 StVollzG vor, dass bei Personen, die als suchtmittelabhängig gelten, grundsätzlich von einer erhöhten Gefahr des Missbrauchs der Lockerung auszugehen ist und diese Gruppe deshalb regelmäßig von der Gewährung von Lockerungen auszuschließen ist. Diese Praxis findet sich mit regional unterschiedlich großzügigen Ausnahmen im gesamten deutschen Strafvollzug.⁵⁶²

⁵⁶⁰ LESTING 1990, 225; MICHELS 1988, 424; BRUNS 1987.

⁵⁶¹ SIGEL 1988, 159; siehe auch oben 2. Teil, I..

⁵⁶² Hamburg überstellt Drogenkonsumenten auch in den offenen Vollzug.

Nach lebensnaher Auslegung ist der Bezug steriler Einmalspritzen sicherlich ein erster Hinweis auf vorhandenen und in der Anstalt praktizierten Drogenkonsum des Inhaftierten. Deshalb besteht für denjenigen, dessen Teilnahme am Spritzenbezug bekannt ist, das Risiko, als ungeeignet für Vollzugslockerungen oder eine Verlegung in den offenen Vollzug eingestuft zu werden. Dieses Risiko wird jedoch dadurch abgefedert, dass die Verwaltungsvorschriften zu den §§ 10, 11 StVollzG nur vollzugliche Beurteilungsrichtlinien darstellen, die Anstalt darf daher nicht ohne Einzelfallprüfung dem Drogenkonsumenten eine Vollzugslockerung oder Verlegung in den offenen Vollzug verwehren.⁵⁶³ Den Anstalten obliegt sogar die Pflicht zur Einzelfallprüfung. Sie müssen dabei konkrete Tatsachen festgestellt haben, die das Vorliegen von Flucht- oder Missbrauchsgefahr des Einzelnen bestätigen, um beispielsweise die Gewährung von Lockerungen zu versagen.⁵⁶⁴

Ein genereller Ausschluss aller Spritzenbezieher von Lockerungsmaßnahmen nach den §§ 10, 11 StVollzG lässt sich letztlich auch nicht mit der Resozialisierungsaufgabe des Strafvollzugs vereinbaren. Lockerungsmaßnahmen sollen ein Lernfeld bieten, so dass es ausreichen muss, wenn die angestrebten Fähigkeiten, die eine Maßnahme nach den §§ 10, 11 StVollzG erst ermöglichen, jedenfalls in Ansätzen vorhanden sind.⁵⁶⁵ Der Gesetzgeber verlangt vom Strafvollzug die Bereitschaft, ein gewisses Risiko einzugehen. So können weder der Verdacht einer Straftat nach dem BtMG, noch deren grundsätzliche Verwirklichung als solche ausreichen, um eine Entweichungs- oder Missbrauchsgefahr im Sinne des § 10 Abs. 1 StVollzG zu bejahen.⁵⁶⁶ Die Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug steht jedenfalls nicht strikt der Gewährung von Lockerungen oder der Überstellung in den offenen Vollzug entgegen.

⁵⁶³ CALLIESS / MÜLLER-DIETZ 2002, § 10 Rn. 4.

⁵⁶⁴ CALLIESS / MÜLLER-DIETZ 2002, § 10 Rn. 5.

⁵⁶⁵ OLG Karlsruhe ZfStVo 1985, 174 ff.

⁵⁶⁶ OLG Frankfurt StV 1989, 71.

f. Gewahrsam von Gegenständen, § 83 StVollzG

Die Ausgabe von Einwegspritzen muss sich auch an § 83 StVollzG messen lassen. Danach ist der Gewahrsam von Sachen von der Zustimmung der Vollzugsbehörde abhängig. Dabei sind die jeweiligen Verhältnisse in der Anstalt zu berücksichtigen.⁵⁶⁷ Der Gesetzgeber bringt so zum Ausdruck, dass Besitz und Gewahrsam bestimmter Gegenstände eine potentielle Gefahr für die Sicherheit der Anstalt darstellen. Ein allgemeines Verbot des Spritzenbesitzes würde die generelle Wahrscheinlichkeit des Missbrauchs ausgegebener Spritzen voraussetzen. Eine generelle Gefährlichkeit von Spritzen innerhalb der Haft könnte nur so begründet werden, dass die Insassenpopulation grundsätzlich gewaltbereit ist und ein Missbrauch der Spritzen generell zu erwarten ist. Allenfalls in geschlossenen Anstalten mit erhöhten Sicherheitsvorkehrungen könnte ein grundsätzliches Verbot bestimmter Sachen, somit auch steriler Spritzen, unabhängig von einer dargelegten konkreten Missbrauchsgefahr zulässig sein.⁵⁶⁸

Bislang haben sich in den Pilotprojekten Befürchtungen nicht bestätigt, dass die Vergabe von Spritzen innerhalb der Haft zu einem erhöhten Missbrauch führt und ein größeres Gefährdungspotential, beispielsweise in Form von Bedrohungen von Mitgefangenen und Bediensteten, beinhaltet. Solche Befürchtungen dürfen nicht zum generellen Maßstab der Präventionspolitik der Strafvollzugsbehörden gemacht werden.⁵⁶⁹ Selbst im Falle des Eintritts einer Bedrohung mittels einer ausgegebenen Spritze würde die Anstalt durch individuelle Beratungsangebote oder eine psychotherapeutische Krisenintervention mehr erreichen als durch ein grundsätzliches Verbot der Spritzenvergabe im Vorfeld. Deeskalationswege sind nicht zuletzt auch deshalb vorzuziehen, weil selbst eine Strategie, die auf Sicherheit durch Verbote setzt, das Restrisiko eines Angriffs durch bereits illegal eingeschleuste Spritzen nicht ausräumen kann.

⁵⁶⁷ CALLIESS / MÜLLER-DIETZ 2002, § 83 Rn. 5.

⁵⁶⁸ OLG Frankfurt ZfStVo 1982, 316.

⁵⁶⁹ So schon KREUZER 1988, 796.

4. Aspekte des Jugendgerichtsgesetzes, § 91 JGG

Immer mehr steigt die Zahl der jugendlichen Drogenkonsumenten in Haft. Während der Jugendliche außerhalb des Strafvollzugs selbst unbehelligt an einem Spritzenautomaten saubere Spritzen beziehen kann, ist eine Versorgung der Jugendlichen mit sauberen Spritzen innerhalb des Strafvollzugs nach wie vor umstritten. Junge Drogengebraucher sind nicht selten erstmals in der Haft mit der Situation der gemeinsamen Benutzung von Spritzen konfrontiert und erleben dann innerhalb des Strafvollzugs einen Hygieneeinbruch.⁵⁷⁰ Aus gesundheitspolitischer Sicht ist eine Spritzenvergabe an Jugendliche zwar auch ein Beitrag zum Schutz der Jugendlichen vor den Gefahren des „needle-sharing“. Doch ist zu untersuchen, wie sich eine Spritzenausgabe an Jugendliche mit dem besonderen Erziehungs- und Fürsorgeauftrag des Strafvollzugs gegenüber jugendlichen Straftätern vereinbaren lässt.

a. Vereinbarkeit der Spritzenvergabe mit dem Erziehungsauftrag des Strafvollzugs

Dem Staat obliegt eine besondere Fürsorge- und Erziehungspflicht gegenüber jugendlichen Inhaftierten.⁵⁷¹ Die gesetzliche Grundlage bildet dabei § 91 JGG. Dieser legt fest, dass der Jugendliche durch den Vollzug der Jugendstrafe dazu erzogen werden soll, künftig einen rechtschaffenen und verantwortungsbewussten Lebenswandel zu führen. Das Ziel eines rechtschaffenen Lebenswandels soll über das Ziel künftiger Legalbewährung hinausgehen und einen erzieherisch relevanten Bereich der inneren Wertevermittlung betreffen.⁵⁷² Wegen dieses Vorrangs der Erziehungsfunktion des Strafvollzugs treten erzieherisch konzipierte betreuende Angebote für drogenkonsumierende Jugendliche hier weit mehr in den Vordergrund als im Erwachsenenvollzug.⁵⁷³

⁵⁷⁰ JAKOB / STÖVER 1997, S. 19.

⁵⁷¹ EISENBERG 2002, § 17 Rn. 4.; OSTENDORF 2000, §§ 91-92 Rn. 11.

⁵⁷² EISENBERG 2002, § 91 Rn. 11.

⁵⁷³ BVerfGE 74, 102 ff.; auch BGH NJW 1987, 275.

Es ist jedoch umstritten, welche Haltung und Aufgabe der Jugendstrafvollzug im Umgang mit real existierendem Drogenkonsum und -abhängigkeit bei Jugendlichen grundsätzlich übernehmen kann und soll. Einerseits wird eine der wesentlichen Aufgaben des Jugendstrafvollzugs darin gesehen, die Drogensucht zu behandeln, d.h. die Sucht zu heilen.⁵⁷⁴ Der Drogenkonsum wird dabei als eine zentrale Gefahr für eine erfolgreiche Erziehungsarbeit eingestuft.⁵⁷⁵ Wenn Drogenkonsum ein Symptom einer tiefgreifenden Grundstörung der Persönlichkeit sei, so könne die Grundstörung solange nicht behandelt werden, wie das Symptom in irgendeiner Weise weiterbestehe; Drogenkonsum müsse daher unbedingt ausgeschaltet werden, damit auch die sozialtherapeutische und erzieherische Behandlung wirksam werde.⁵⁷⁶ Gerade die erzieherische Funktion des Strafvollzugs bei Jugendlichen ermöglicht nach dieser Auffassung eine effektive, auf Drogenfreiheit ausgerichtete Einwirkung des Strafvollzugs auf den jugendlichen Drogenkonsumenten. Der repressiv ausgestaltete Strafvollzug stelle ein Instrument dafür bereit, das, richtig angewendet, den Teufelskreis von Sucht und fehlender Motivation bei Jugendlichen zur Therapie aufbrechen könne.⁵⁷⁷

Eine erfolgreiche Drogenabstinenz setzt immer eine effektive Auseinandersetzung mit den Suchtursachen voraus.⁵⁷⁸ Doch mit der speziellen Ursachenerforschung für jeden einzelnen Drogenabhängigen wäre beinahe jede Justizvollzugsanstalt überfordert, denn die Anstalten stellen keine Therapieeinrichtungen dar. Der Umgang mit jugendlichen Drogenkonsumenten in Haft wird zusätzlich dadurch erschwert, dass kriminelles Verhalten und Drogensucht immer mehr ineinander übergehen, die Kriminalität sowohl primäre als auch sekundäre Erscheinung der Sucht sein kann. Kriminalität bei Jugendlichen kann eine Folgeerscheinung der Drogenabhängigkeit darstellen (Beschaffungskriminalität); kriminelle Jugendliche machen aber auch immer häufiger eine anschließende Suchtentwicklung durch.⁵⁷⁹ Die Lösung allein in der Drogenabstinenz zu suchen, wird dann den verschiedenen Ausprägungen nicht gerecht.

⁵⁷⁴ OSTENDORF 2000, §§ 91-92 Rn. 12.

⁵⁷⁵ KREIDEWEIB 1993, S. 106.

⁵⁷⁶ KINDERMANN 1979, S. 220.

⁵⁷⁷ KINDERMANN 1979, S. 223.

⁵⁷⁸ KAPPEL / SCHEERER 1982, 184 ff.

⁵⁷⁹ KREUZER 1995 c, 310.

Einzig begrenzt der besondere Erziehungs- und Schutzauftrag des Strafvollzugs die Spritzenausgabe dahingehend, dass diese nur in Kooperation mit einem drogentherapeutischen, betreuungsintensiven Konzept stattfinden kann. Die Anstalt hat die Aufgabe, verstärkt und intensiv Aufklärung über die Gefahren und Risiken des Gebrauchs zu gewährleisten, sie muss für einen sorgfältigen, eigenverantwortlichen Umgang des Jugendlichen mit der Spritze sorgen und kann dies nur durch intensive persönliche Betreuung bewerkstelligen. Die Anstalt muss sich einmal mehr darum kümmern, eine Weitergabe von Spritzen an nicht am Projekt Teilnehmende soweit wie möglich auszuschließen. Sie muss sich dafür einsetzen, ein Problembewusstsein unter *allen* Jugendlichen zu schaffen. Diese Forderungen verlangen verstärkt qualifiziertes Personal. Eine Ausgabe über den medizinischen bzw. sozialen Dienst wird daher hier dringend empfohlen. Nur über eine intensive Betreuung und den persönlichen Kontakt zum Jugendlichen kann die Anstalt dem Jugendlichen vermitteln, dass er mit der Benutzung einer Spritze eine besondere Verantwortung übernimmt. Die Einhaltung der Regeln zur Aufbewahrung der Spritzen müssen daher im Rahmen des Möglichen kontrolliert werden, um so auch auf Verstöße schnell reagieren zu können. Nur so kann der Jugendliche begreifen, dass Regeln eingehalten werden müssen. Auch dies entspricht der notwendigen Erziehung im Strafvollzug. Diesen Anforderungen müssen sich daher die Vollzugsanstalten stellen, wenn sie die Ausgabe steriler Spritzen an Jugendliche verantwortungsbewusst und sinnvoll umsetzen wollen.

Hinzuweisen ist darauf, dass das Alter der Inhaftierten im Jugendstrafvollzug zwar von 14 bis 24 Jahren reicht; bei den über 18-jährigen erscheint daher die Vereinbarkeit des erhöhten Schutzauftrags mit dem Recht des Inhaftierten auf selbstbestimmten Konsum deutlich schwieriger als bei den noch Minderjährigen. Doch sofern die Justiz den Einzelnen unter Anwendung von Jugendstrafrecht und damit wegen seiner nicht altersgerechten Reife dem Jugendstrafvollzug unterstellt, ist die Notwendigkeit und Sachgemäßheit des verstärkten Schutzauftrages der Anstalt auch hier gegeben.

Erkennt der Vollzug das Vorhandensein i.V. Drogenkonsums unter jugendlichen Inhaftierten an und macht er sich zusätzlich zur Aufgabe, den jugendlichen Konsumenten nicht nur einen Schutz vor konsumbedingten Gesundheitsbeeinträchti-

gungen anzubieten, sondern auch durch personalintensive Betreuung für eine Einhaltung und Überwachung der Regeln im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit steriler Spritzen zu sorgen, so ist dies weder aus gesundheitspolitischer noch aus vollzugsrechtlicher Sicht zu beanstanden. Die Anstalt kann letztlich nicht dazu verpflichtet sein, ihrer Fürsorgepflicht allein dadurch nachzukommen, die Drogensucht der Jugendlichen im Strafvollzug zu bekämpfen. Entscheidet sie sich für eine Spritzenausgabe auch an Jugendliche in der Haft, so muss sie sich der zusätzlichen Betreuungsaufgabe bewusst sein. Diese auf Infektionsprophylaxe ausgerichtete Hilfsmaßnahme ist damit grundsätzlich auch von dem besonderen Fürsorgeauftrag gedeckt.

b. Bedeutung und Einfluss des elterlichen Sorgerechts im Hinblick auf eine Spritzenausgabe an Jugendliche

Fraglich ist, wie sich die Wahrnehmung des staatlichen Fürsorge- und Erziehungsauftrags gegenüber Jugendlichen im Strafvollzug zu dem elterlichen Sorgerecht verhält. Klärungsbedarf besteht insbesondere darüber, ob die Ausgabe steriler Spritzen an Jugendliche in Haft das Einverständnis der Eltern voraussetzt.

Das Erziehungs- und Sorgerecht der Eltern gem. § 1626 Abs. 1 BGB i.V.m. § 1631 Abs. 1 BGB steht grundsätzlich gleichrangig neben dem Erziehungs- und Fürsorgeauftrag des Staates gegenüber dem jugendlichen Inhaftierten.⁵⁸⁰ Dies bedeutet die Notwendigkeit eines sinnvoll aufeinander bezogenen Zusammenwirkens von Eltern und Verantwortlichen im Jugendstrafvollzug. Die Eltern haben gleichermaßen für das physische und psychische Wohl des Kindes zu sorgen.⁵⁸¹ Eine grundsätzliche Nachrangigkeit des elterlichen Erziehungsrechts kann rechtlich nur dort gegeben sein, wo ein Gericht den Eltern eine Verletzung der Fürsorge- und Aufsichtspflicht nachweist und Dritte zur Obhut des Jugendlichen bestellt werden. Mit einer Strafverhängung über den Jugendlichen stellt das Gericht aber nicht gleichzeitig eine Mitschuld der Eltern fest.⁵⁸² So schließt die Zeit der Inhaftierung das elterliche Fürsorgerecht jedenfalls nicht aus.

⁵⁸⁰ EISENBERG 2002, § 10 Rn. 18; OSTENDORF 2000, § 10 Rn. 9; KREMER 1984, S. 52.

⁵⁸¹ Speziell auch im Sinne einer medizinischen Indikation: HOLZINGER 1998, S. 295.

⁵⁸² KREMER 1984, S. 53.

Die Eltern können beispielsweise kraft der ihnen nach Art. 6 GG und § 1631 Abs. 1 BGB zustehenden elterlichen Sorge während des Aufenthalts im Strafvollzug grundsätzlich auch ärztliche Eingriffe bei ihrem Kind so lange gestatten und verbieten, wie dieses selbst noch nicht fähig ist, die Auswirkungen und Risiken ärztlicher Eingriffe zu überblicken. Damit erfordert grundsätzlich die anstaltsinterne Durchführung einer Drogensubstitution die Einwilligung der Eltern. Fraglich ist, ob dies auch für die Ausgabe steriler Spritzen gilt. Die Spritze stellt grundsätzlich ein technisches Hilfsmittel dar. Bei der Vergabe steriler Spritzen handelt es sich im Gegensatz zur Medikamentenvergabe nicht um die gleichzeitige Vergabe des Suchtmittels. Immer muss ein wesentlicher eigener Beitrag des Spritzenempfängers hinzutreten, wenn er von der Benutzung einer ihm überlassenen Spritze auch Gebrauch macht. Er selbst verschafft sich die notwendige Drogenmenge. Dass die Ausgabe steriler Spritzen darauf einen kausalen Einfluss hat, ist jedenfalls weder zwingend anzunehmen, noch liegen dazu Anhaltspunkte aus den Modellprojekten vor.

aa. Entscheidungsbefugnis der Sorgeberechtigten

Wenn man dennoch in Analogie eines ärztlichen Eingriffs die Ausgabe steriler Spritzen dem Erfordernis einer Einwilligung des Sorgeberechtigten unterwirft, so garantiert § 1631 Abs. 1 BGB i.V.m. Art. 6 Abs. 2, 3 GG zwar Vorrang, Eigenständigkeit und Selbstverantwortlichkeit der Eltern bei der Sorge für ihr Kind. Doch stößt das Elternrecht in mehrfacher Hinsicht an Grenzen, die sich zum Teil aus der Struktur und dem Sinn und Zweck des Personensorgerechts selbst, teilweise aus der Rechtstellung des Kindes ergeben. Die Eltern haben die zunehmende Selbstständigkeit des Kindes zu respektieren, ihr Kind ist selbst Träger eigener Rechte⁵⁸³ Auch der Minderjährige hat grundsätzlich ein Recht auf Ungestörtheit seiner Körpersphäre, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, er ist ein Wesen mit eigener Menschenwürde und eigenem Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit im Sinne von Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG.⁵⁸⁴ Das Elternrecht kann deshalb durch die zunehmende Selbstbestimmung des Minderjährigen auf diejenigen Angelegenheiten reduziert werden, bei denen eine gewisse Hilfs- und Schutzbedürftigkeit noch

⁵⁸³ OSTENDORF 2000, § 10 Rn. 5.

gegeben ist.⁵⁸⁵ Wegen des ausschließlich dienenden Charakters des elterlichen Sorgerechts bei der Frage der Rechtmäßigkeit medizinischer Eingriffe bei Jugendlichen dürfen die Eltern ihr Sorgerecht nicht dazu einsetzen, persönliche Vorstellungen zu verwirklichen. § 1626 Abs. 2 BGB als „Innenschranke“ des Personensorgerechts und Art. 2 Abs. 2 S. 1, Abs. 1 GG als „Außenschranke“ garantieren dem Minderjährigen eigene Entscheidungskompetenzen, sofern er die nötige Einsichtsfähigkeit hat. Ebenso wie die Entscheidung, sich nicht behandeln zu lassen, Respekt verdient, muss dies auch für die Entscheidung gelten, ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen. Gleiches muss erst recht für die Frage der Inanspruchnahme eines Spritzenangebots gelten. Dabei kommt es vorrangig auf die Einsichtsfähigkeit des Jugendlichen an. So ist ein ärztlicher Eingriff nach herrschender Meinung bei einem Jugendlichen mit dessen Einwilligung und ohne vorherige Zustimmung der Eltern zulässig, wenn der Jugendliche den Umfang und die Bedeutung des Eingriffs überblicken kann.

bb. Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit

Uneinigkeit besteht nach wie vor, ob die Einwilligungsfähigkeit regelmäßig generalisierend nach dem Lebensalter oder vielmehr individualisierend nach dem Reifegrad des Minderjährigen zu bestimmen ist. Solange dem Jugendlichen nicht grundsätzlich die Fähigkeit abzusprechen ist, langfristige Auswirkungen seines Handelns sachgerecht zu beurteilen, ist eine Abwägung zwischen der Sorge- und Erziehungsbedürftigkeit einerseits und der Fähigkeit zur Selbstbestimmung des Jugendlichen andererseits erforderlich.⁵⁸⁶ Kirchhof stellt auf die Dauer und Bedeutung der Entscheidungsverbindlichkeit, den Persönlichkeitsbezug und die Gemeinschaftsbetroffenheit ab.⁵⁸⁷ Vom 14. Lebensjahr an könne man sogar in Belastungssituationen die Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit nicht mehr pauschal verneinen, wenn es um solche Eingriffe und Maßnahmen gehe, die den eigenen Körper betreffen. Der bloße Spritzenbezug ist jedenfalls nicht derart schwerwie-

⁵⁸⁴ BVerfG NJW 1986, 1859 f.; NJW 1982, 1379 f.; NJW 1968, 2233 (2235).

⁵⁸⁵ BT-Drs. 7/2060, Anlage 1, S. 18.

⁵⁸⁶ BELLING 1990, 75.

⁵⁸⁷ KIRCHHOF 1978, S. 172 f.

gend, dass bereits wegen der Schwere der Maßnahme das elterliche Sorgerecht beeinträchtigt ist.

Die Mündigkeit durch Altersstufen zu typisieren, kann jedoch aus Gründen der Rechtssicherheit hier zusätzlich erforderlich sein.⁵⁸⁸ Jedenfalls in Bezug auf die unter 16-jährigen spricht einiges dafür, insbesondere § 171 StGB. Diese Norm sanktioniert die Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht gegenüber Personen unter 16 Jahren. Die Eltern müssen auch im Falle einer Inhaftierung des Kindes weiterhin ihrem Schutzbefohlenen die Gültigkeit des geltenden Normensystems vermitteln, damit dieser sein Handeln daran ausrichten kann. So sind die Eltern grundsätzlich verpflichtet, ihr Kind von Drogen fernzuhalten und Straftaten diesbezüglich zu unterbinden.⁵⁸⁹ Zwar ist weder der Besitz einer Spritze noch der Konsum von Drogen strafbar, doch geht der Gesetzgeber davon aus, dass nicht nur das Unterstützen des Drogenkonsums eines Schutzbefohlenen eine grobe Pflichtverletzung gem. § 171 StGB darstellt, sondern auch das Dulden des Konsums, wenn dieser bei gehöriger Aufsicht durch die Eltern hätte verhindert werden können.⁵⁹⁰ Deshalb sollten zusätzlich der individuelle Reifegrad des jeweils betroffenen unter 16-jährigen und auch die Art des Eingriffs bzw. der Maßnahme berücksichtigt werden. Entsprechend der Grundrechtsgarantie aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG können die Eltern den Minderjährigen somit nicht gegen seinen Willen behandeln lassen, wenn er zur Wahrnehmung seines Grundrechts fähig ist. Dies muss um so mehr für solche Maßnahmen gelten, die nur einen den Drogenkonsum begleitenden Charakter haben.

Den Eltern steht jedenfalls kein Vetorecht zu. In erster Linie hat nämlich der Minderjährige die Folgen seines Handelns zu tragen. Deshalb steht ihm, sofern er die notwendige Entscheidungsfähigkeit besitzt, auch ein Alleinentscheidungsrecht zu.⁵⁹¹ Deshalb ist zu bejahen, dass der strafmündige Jugendliche auch trotz Suchtproblematik ein Entscheidungsrecht zur Inanspruchnahme eines Spritzenangebots hat.

⁵⁸⁸ SCHWERDTNER 1973, 230.

⁵⁸⁹ NEUHEUSER 2000, 174 (175).

⁵⁹⁰ NEUHEUSER 2000, 174 (175); LACKNER / KÜHL 1995, § 171 Rn. 3.

⁵⁹¹ BELLING 1990, 68 (76).

c. Pflicht zur Information der Sorgeberechtigten über die Spritzenausgabe

Letztlich stellt sich noch die Frage, ob die Anstalt die Eltern bzw. Sorgeberechtigten über den Spritzenbezug informieren muss. Obwohl der Jugendliche allein über eine Teilnahme am Spritzentausch entscheiden können wird, läuft das Elternrecht nicht gänzlich leer. Es wandelt sich vielmehr in ein Informations- und Beratungsrecht. Die Eltern sind berechtigt und verpflichtet, ihr Kind bei seiner Entscheidungsfindung zu beraten und zu unterstützen. Damit die Eltern diese Aufgabe wahrnehmen können, müssen sie ebenso wie der Jugendliche über eine bevorstehende Maßnahme informiert und aufgeklärt werden.⁵⁹² So trifft die Anstalt eine Informationspflicht gegenüber den Eltern und Sorgerechtsinhabern des Minderjährigen, wie sie beispielsweise auch § 36 Abs. 2 S. 1 SGB I als Ergänzung der sozialrechtlichen Handlungsfähigkeit vorsieht. Der Strafvollzug hat die Eltern über den Wunsch des Jugendlichen, am Spritzentauschangebot teilzunehmen, zu informieren und sie über nach wie vor vorhandene Risiken des i.v. Drogenkonsums aufzuklären.

5. Strafverfahrensrechtliche Aspekte

Im Folgenden sollen zwei Fragen des Strafverfahrensrechts beleuchtet werden, die durch die Ausgabe steriler Spritzen besonders in den Blickpunkt der Debatte um die Auswirkungen einer Spritzenvergabe im Strafvollzug gerückt sind.

a. Spritzenbezug und Anfangsverdacht für Verstöße gegen das BtMG

Fraglich ist, ob der Bezug von Spritzen im Vollzug besondere Nachforschungspflichten der Staatsanwaltschaft auslöst. Der Spritzenbezug könnte einen Verdacht auf mögliche Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz wie beispielsweise Besitz und Weitergabe von Drogen liefern. Dies würde gem. § 152 Abs. 2 StPO die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens durch die Staatsanwaltschaft zur Folge haben. Zur Durchführung der erforderlichen Ermittlungen steht der Staats-

⁵⁹² Zu ärztlichen Heileingriffen: BVerwGE 68, 16 (19).

anwaltschaft gem. § 161 StPO die Polizei zur Verfügung. Die Beamten des Polizeidienstes sind gem. § 152 GVG Hilfsbeamte der Staatsanwaltschaft und weisungsabhängig.

Ein die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens begründender Anfangsverdacht liegt vor, wenn ein durch konkrete Tatsachen belegter, durch kriminalistische Erfahrungen begründeter Anhalt dafür gegeben ist, dass eine verfolgbare Straftat vorliegt. Bloße Vermutungen dafür reichen nicht aus.⁵⁹³ Nicht zwangsläufig jeder i.v. Drogenkonsumierende führt eine Drogenration mit sich oder hat eine solche erworben. Auch erfüllt nicht derjenige, der eine Drogenration nur für den sofortigen Konsum erworben hat, zugleich die tatbestandlichen Voraussetzungen des illegalen Drogenbesitzes.⁵⁹⁴ Doch liegt ein ausreichender Anfangsverdacht auch schon bei Vorliegen ausreichender *Indizien* vor. Der Besitz einer Spritze legt zwar den Verdacht nahe, dass der Inhaftierte Drogen konsumiert. Ob dies jedoch ein konkretes Indiz dafür ist, dass er selbst auch Drogen besitzt oder selbst Drogengeschäfte abwickelt, ist wohl eher zu verneinen, so dass die Ausgabe steriler Spritzen in der Regel noch keinen Anfangsverdacht begründet. Zwar wird die Notwendigkeit des Anfangsverdachts in zunehmendem Maße durch die Zulässigkeit auch sogenannter Vorfeldermittlungen im Rahmen der Gefahrenabwehr überwunden⁵⁹⁵, doch dass durch die Spritzenvergabe bereits eine Lage geschaffen wird, die bei ungehindertem Geschehensablauf mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem Schaden für die Schutzgüter der öffentlichen Sicherheit und Ordnung führt und damit eine Gefahr vorliegt⁵⁹⁶, kann nach dem oben Erörterten in der Regel ausgeschlossen werden.

Darüber hinaus hat die Polizei regelmäßig keine Kenntnis von einer konkreten tatverdächtigen Person im Strafvollzug. Das Verfahrensrecht sieht zwar auch ein Ermittlungsverfahren gegen Unbekannt vor, doch erscheint hier fraglich, ob lediglich ein Wissen um die Möglichkeit des Spritzentauschs in einer Haftanstalt ausreicht, ein solches Ermittlungsverfahren einzuleiten. Selbst ein Ermittlungsverfahren gegen Unbekannt setzt nämlich voraus, dass ein konkreter Anfangsverdacht

⁵⁹³ KLEINKNECHT / MEYER-GÖBNER 2000, § 152 Rn. 4; ROXIN 1995, § 37 Rn. 13.

⁵⁹⁴ KÖRNER 2001, § 29 Rn. 1102.

⁵⁹⁵ Dazu LISKEN 1994, 294; KNIESEL 1992, 164; MÜLLER 1995, S. 209.

⁵⁹⁶ Zur Definition der Gefahr PAUSCH / PRILLWITZ 1991, S. 89.

einer Straftat gegeben ist. Die Bediensteten im Strafvollzug können hier nicht zur Auskunft über die Spritzenbezieher und zu ersten Nachforschungen innerhalb der Haftanstalt verpflichtet werden. Bedienstete und Anstaltsleiter sind weder Beamte des Polizeidienstes, noch sind sie Hilfsbeamte der Staatsanwaltschaft. Die Bestellung eines Bediensteten zum Hilfsbeamten der Staatsanwaltschaft geschieht gem. § 153 Abs. 2 GVG durch Rechtsverordnung der einzelnen Bundesländer. Kein Bundesland hat die Bediensteten des Strafvollzugs zu Hilfsbeamten der Staatsanwaltschaft bestellt.⁵⁹⁷

b. Entscheidungsfreiheit der Staatsanwaltschaft: Ausnahme vom Legalitätsprinzip

Sofern dennoch ein Anfangsverdacht angenommen wird, hat die Staatsanwaltschaft grundsätzlich gem. § 152 Abs. 2 StPO die Pflicht zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens. Fraglich ist, ob die Staatsanwaltschaft als Herrin des Verfahrens dennoch von der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens absehen darf. In Niedersachsen haben sich die drei Leitenden Oberstaatsanwälte darauf geeinigt, dass die Spritzenausgabe in den Haftanstalten Niedersachsens kein Ermittlungsverfahren wegen möglicher Drogendelikte zur Folge haben soll.⁵⁹⁸ Grundsätzlich ist die rechtsprechende Gewalt nach Art. 92 GG den Gerichten übertragen. Im Widerspruch dazu wäre diesen wegen des Anklagemonopols der Staatsanwaltschaft die Möglichkeit genommen, über ein Rechtsverhältnis abschließend zu entscheiden, wenn es der Staatsanwaltschaft freistünde, ein Verfahren wegen einer Sache einzustellen oder bereits die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens für nicht erforderlich anzusehen und damit die Möglichkeit einer Anklageerhebung erst gar nicht entstehen zu lassen.

⁵⁹⁷ Für Baden-Württemberg VO v. 23.9.1985 (GBl. S. 325); Bayern VO v. 28.12.1984 (GVBl. 1985, S. 4 (14)); Berlin VO v. 27.9.1984 (GVBl. S. 1496); Brandenburg VO v. 11.7.1991 (GVBl. S. 3000); Bremen: VO v. 5.2.1991 (GBl. S. 61), Hamburg VO v. 3.12.1985 (GVBl. S. 332); Hessen VO v. 21.7.1977 (GVBl. S. 287), Niedersachsen VO v. 21.7.1977 (GVBl. S. 287); Nordrhein-Westfalen VO v. 31.8.1982 (GVBl. S. 592), ÄndVO v. 7.5.1985 (GVBl. S. 382); Rheinland-Pfalz VO v. 3.09.1975 (GVBl. S. 375), ÄndVO v. 27.9.1985 (GVBl. S. 222); Saarland VO v. 11.3.1986 (Abl. S. 317); Sachsen VO v. 8.6.1991 (GVBl. S. 209); Sachsen-Anhalt VO v. 31.8.1991 (GVBl. S. 310); Schleswig-Holstein VO v. 25.3.1985 (GVBl. S. 14); Thüringen VO v. 12.6.1996 (GVBl. S. 110).

⁵⁹⁸ EXPERTENKOLLOQUIUM 1998 - GÖTTINGER, Niedersächsisches Justizministerium.

Die Beantwortung dieser Frage, ob zureichende tatsächliche Anhaltspunkte vorliegen, die zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens zwingen, ist zwar keine Ermessensentscheidung, doch besteht für die Behörden ein gewisser Beurteilungsspielraum.⁵⁹⁹ Diese können insbesondere dann von der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens absehen, wenn besondere, mit Verfassungsrang ausgestattete Schutzgüter dies erfordern. Die Spritzenausgabe dient in erster Linie dem Schutz der Gesundheit der Drogenkonsumenten. Würde die Benutzung sauberer Spritzen im Strafvollzug zugleich ein Ermittlungsverfahren wegen möglicher Drogendelikte nach sich ziehen, so würde kein Drogenkonsument das Spritzenangebot der Haftanstalt annehmen und eine Infektionsprophylaxe wäre damit nicht mehr möglich.

Eine Weisung gem. § 146 GVG an die Polizeibeamten, den Spritzenbesitz nicht zum Anlass eines Ermittlungsverfahrens zu nehmen, ist deshalb zulässig. Sofern man sogar davon ausgeht, dass bereits von Rechts wegen kein Raum für das Einleiten eines Ermittlungsverfahrens vorhanden ist, stellt die Anweisung der Oberstaatsanwälte lediglich eine Klarstellung dessen dar.

6. Aspekte des Beamtenrechts

Die Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug berührt wesentliche beamtenrechtliche Belange und Aufgabenbereiche im Strafvollzug. Diese sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

a. Verletzung der beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht

Gerade Interessenvertreter der Strafvollzugsbediensteten sind der Auffassung, dass der Dienstherr durch die Spritzenausgabe seine Bediensteten in unzulässiger Weise einer Verletzungsgefahr aussetze; sie prangern den Verstoß gegen die beamtenrechtliche Fürsorgepflicht an, der mit einer Zulassung der Spritzenvergabe

⁵⁹⁹ BVerfG NJW 1984, 1451; BGH NJW 1970, 1543.

herbeigeführt werde.⁶⁰⁰ Der Dienstherr der Strafvollzugsbediensteten (das jeweilige Bundesland) hat nach § 79 BBG bzw. den entsprechenden landesgesetzlichen Regelungen im Rahmen des Dienst- und Treueverhältnisses für das Wohl des Beamten zu sorgen. Für die im öffentlichen Dienst Angestellten gelten die entsprechenden Tarifregelungen, auf die jedoch nicht näher an dieser Stelle eingegangen werden soll. Die Fürsorgepflicht gebietet es, den Beamten vor einer vermeidbaren Schädigung seiner Gesundheit zu schützen. Darunter fallen auch die notwendigen Schutzvorkehrungen vor Infektionen am Arbeitsplatz für sogenannte Risikogruppen. Zu dieser Gruppe werden mittlerweile auch die Strafvollzugsbediensteten infolge der stark zunehmenden Zahl von HIV- und Hepatitis-Erkrankten im Strafvollzug gerechnet.⁶⁰¹

Die inhaltliche Ausgestaltung der Fürsorgepflicht ist in das Ermessen des Dienstherrn gestellt. Ein Gericht kann nur überprüfen, ob ein Fehler bei der Ermessensausübung vorliegt, d.h. ob dem Dienstherrn eine grobe Verletzung seiner Fürsorgepflicht gegenüber den Bediensteten vorzuwerfen ist. Infolge der zunehmenden gesundheitlichen Risiken, denen die Bediensteten im Strafvollzug infolge der steigenden Zahl kranker, infizierter und gewaltbereiter Inhaftierter ausgesetzt sind, muss der Dienstherr die Risiken durch Sicherheitsvorkehrungen wie beispielsweise kostenlose Hepatitisimpfungen und Informationsveranstaltungen zum Thema „Übertragungswege von Virusinfektionen“ so gering wie möglich halten. Welche *konkrete* Schutzmaßnahme er präferiert, ist der Beurteilung des Dienstherrn überlassen, solange sie nicht gänzlich unwirksam ist.

Gegner einer Spritzenvergabe bekräftigen, durch die erhöhte Zahl der Spritzen steige das Risiko, in eine infizierte Spritze zu greifen, unverhältnismäßig stark an.⁶⁰² Hier ist jedoch genauer zu differenzieren. Eine Übertragung von Hepatitis- oder Aidserrregern setzt einen direkten Kontakt mit infiziertem Blut voraus. Hepatitis- und AIDS-Viren überleben außerhalb des Mediums Blut nur einige Minuten. Sobald das Blutmedium zu gerinnen beginnt und der Virus in Kontakt zur Luft gerät, wird er inaktiv und stirbt ab. Das Vakuum des Spritzkolben bietet den Viren dagegen einen idealen Überlebensraum. Ein Kontakt mit der Luft ist dabei

⁶⁰⁰ Der Vollzugsdienst 6/1996, 33.

⁶⁰¹ KAUFMANN / BODE 1997, 134.

⁶⁰² Dazu unter 2. Teil I.

ausgeschlossen, das Blutmedium bleibt dort länger erhalten. Der Virus kann in der Spritzenkanüle oder dem Kolben bis zu 14 Tage aktiv bleiben. Die Ansteckungszeit verlängert sich damit erheblich.

Dennoch muss die Wahrscheinlichkeit, sich tatsächlich mit einem Virus zu infizieren, relativiert werden. Internationale Studien haben im Hinblick auf die Infektionsgefahr mit Hepatitis C infolge einer Kanülen-Stichverletzung gezeigt, dass das Risiko bei 0% bis 10% liegt.⁶⁰³ Während die überwiegende Zahl der Studien sogar das Infektionsrisiko mit 0% bis 6% angaben, ergab lediglich eine Studie aus Japan den Wert von 10%. Der Gesamtdurchschnitt des Risikos einer HCV-Infektion durch eine Nadelstichverletzung lag insgesamt bei 2%. Bei Nadelstichverletzungen mit Kanülen oder Kontakt mit Blutprodukten infizierter Patienten wird nicht nur das Risiko einer HCV-Infektion sondern auch das HIV-Infektionsrisiko trotz hoher Durchseuchung als gering für das Pflegepersonal angesehen.⁶⁰⁴

Wie weit der Bedienstete ein dennoch durchaus bestehendes Infektionsrisiko grundsätzlich eingehen muss, lässt sich auch anhand der hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums, Art. 33 Abs. 2 GG, und der Pflicht zur vollen Hingabe an den Beruf, § 54 S. 1 BBG, § 36 S.1 BRRG beurteilen. Grundsätzlich kann daraus keine *Pflicht* des Vollzugsbeamten abgeleitet werden, sich gesundheits- und lebensgefährdenden Situationen auszusetzen.⁶⁰⁵ Der Dienstherr hat diesbezüglich aufgrund seiner Fürsorgepflicht für einen besonderen Schutz der Gesundheit der Beamten zu sorgen.⁶⁰⁶ Eine Gefährdung seiner Gesundheit hat der Beamte nur insoweit hinzunehmen, wie diese Gefahr für die Ausübung seines Dienstes und für die von ihm übernommene Dienstpflicht *typisch* ist.⁶⁰⁷ Dazu zählen Verletzungsrisiken, denen der Bedienstete bei Schlichtung von Schlägereien ausgesetzt ist, so dass davon auch das Risiko umfasst ist, durch eine Stichverletzung mittels einer verunreinigten Spritze mit einem Krankheitserreger infiziert zu werden. Je größer jedoch die Gesundheitsrisiken sind, desto umfangreicher müssen die Maßnahmen zur Verminderung solcher Risiken sein. Zwar ist die Wahrscheinlichkeit einer Infektion - wie oben dargelegt - eher gering, doch hat der

⁶⁰³ KAUFMANN / BODE 1997, 132, 133.

⁶⁰⁴ KAUFMANN / BODE 1997, 133.

⁶⁰⁵ WILHELM 1966, 325 (326).

⁶⁰⁶ KUNIG 1999, S. 627 (706); WIESE 1982, S. 168.

⁶⁰⁷ WIESE 1982, S. 28.

Dienstherr die Pflicht, die Gefahren durch Sicherheitsvorschriften und Schutzmaßnahmen auf ein Minimum zu beschränken.⁶⁰⁸ Die Gefahr einer Ansteckung mit Hepatitis- und Aids-Viren durch alltägliche Kontakte erscheint zwar bisher ausgeschlossen. Dennoch ist ein Infektionsrisiko für Bedienstete im Strafvollzug durchaus vorhanden, weil die Umgangsformen unvorhersehbar sind und mit tätlichen Übergriffen gerechnet werden muss. Die Gefahr, bei Zellenkontrollen in eine infizierte Spritze zu greifen, erhöhen dieses Infektionsrisiko noch, auch wenn die Wahrscheinlichkeit einer Infektionsübertragung dabei gering ist.

Angesichts der dargestellten zunehmenden Risiken für die Bediensteten im Strafvollzug ist letztlich die Anstalt gehalten, ihr Risikopotential zu ermitteln und aufgefördert, danach zu handeln und die Spritzenvergabe letztlich im Interesse der Bediensteten so zu gestalten, dass die Risiken für die Bediensteten infolge der Möglichkeit des Missbrauchs der Spritzen durch die Inhaftierten so gering wie möglich sind. So kann beispielsweise eine Handvergabe der Spritzen eher dazu beitragen, die Anzahl kursierender Spritzen begrenzt zu halten und einen Überblick über die Zahl der Spritzenbezieher zu haben. Zu erwägen ist auch, eine Spritzenvergabe nur an einen sofortigen Konsum der Droge in einem gesonderten Ort zu knüpfen, um so zu verhindern, dass die Inhaftierten die Spritzen am Körper mit sich herum tragen, sie an andere weitergeben und der Ort ihrer Aufbewahrung nicht mehr nachvollziehbar ist. Das Niedersächsische Justizministerium hat bereits die Anstalten angewiesen, den Bediensteten Sicherheitshandschuhe zur Verfügung zu stellen, um bei Zellenkontrollen das Risiko zu reduzieren, sich an einer versteckten Spritze zu verletzen.⁶⁰⁹ Die Handschuhe sind mit Stahlkappen ausgekleidet. Eine bereits erfolgte probeweise Einführung solcher Handschuhe im Berliner Strafvollzug jedoch hat sich dort als nachteilig erwiesen, weil die Stahlkappen das Tastgefühl erheblich beeinträchtigten und kleine Drogenmengen in uneinsehbaren Verstecken in den Zellen so nicht mehr ertastet werden konnten.⁶¹⁰ Diese Schutzmaßnahme zur Verringerung eines Infektionsrisikos hat sich daher als nicht praktikabel erwiesen.

⁶⁰⁸ KUNIG 1999, S. 627 (706).

⁶⁰⁹ JUSTIZMINISTERIUM NIEDERSACHSEN 1999.

⁶¹⁰ Auskunft Dr. SCHÜLER, Universitätskrankenhaus Hannover.

Die beamtenrechtliche Fürsorgepflicht zwingt letztlich den Dienstherrn zwar nicht dazu, jegliche Gefahren für den Bediensteten zu verhindern und deshalb die Ausgabe steriler Spritzen zu unterlassen. Jedoch führt die Spritzenausgabe zu einer erhöhten Kontroll- und Beobachtungspflicht, um jederzeit zum Schutz der Bediensteten auf mögliche Gefahren der Spritzenausgabe reagieren zu können.

b. Pflicht zur Information der Bediensteten über die jeweiligen Spritzenempfänger

Möglicherweise resultiert aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn eine Informationspflicht gegenüber den Strafvollzugsbediensteten darüber, wie viele Spritzen ausgegebenen wurden und welche Personen Spritzen beziehen. Eine damit zumindest ansatzweise vergleichbare Informationspflicht existiert beispielsweise im Hamburger Polizeidienst, der eine Information der Polizeibediensteten über eine bestehende HIV-Infektion des Gesuchten vor der Festnahme vorsieht, wenn bei der Festnahme mit Gewalttätigkeiten des Gesuchten gerechnet werden muss.⁶¹¹

Eine Pflicht zur Information der Bediensteten setzt jedoch voraus, dass das Wissen um die Namen der Spritzenbezieher überhaupt einen sinnvollen Beitrag zum Schutz vor Infektionsgefahren darstellen kann. Auch die namentliche Kenntnis der Spritzenbezieher schützt jedenfalls nicht davor, in eine versteckte Spritze zu greifen. Der Inhaftierte wird die Spritze aus Angst vor Sanktionen und Kontrollen um so eher verstecken, wenn er namentlich den Bediensteten bekannt ist. Selbst das Wissen, wer Spritzen tauscht, bedeutet nicht zugleich zu wissen, wer die Spritze in Verwahrung hat und wie viele Spritzen der einzelne tatsächlich verwahrt. Somit ist es auch nur begrenzt möglich, sich vor Beginn einer Personen- und Haftraumkontrolle aufgrund des Wissens um die Namen der offiziellen Spritzenbezieher vor möglichen Übergriffen zu schützen.

Schließlich steht dem Interesse der Bediensteten an der Bekanntgabe der Spritzenbezieher auch ein Interesse der Inhaftierten an größt möglicher Anonymität des Spritzenbezugs gegenüber. Die Zusicherung eines soweit wie möglich in der

⁶¹¹ So Runderlass in Hamburg, abgedruckt in GÖBEL / GAUWEILER, Bd. 2, 3.7., S. 17 (20).

jeweiligen Anstalt zu realisierenden Grades an Anonymität ist erforderlich, um die i.v. Drogenkonsumierenden überhaupt zur Nutzung des Spritzentauschangebots zu bewegen. Der Gang zum Automaten bedeutet bereits, eine Hemmschwelle zu überwinden, denn es bleibt die Angst, beobachtet zu werden und Zellenkontrollen befürchten zu müssen. Hier scheint eine Handvergabe beiden Interessen am besten gerecht zu werden. Ebenso ist eine Ausgabe der Spritze in einem gesonderten Raum zwecks sofortigen Konsums einer mitgeführten Drogenmenge (vergleichbar mit einem Drogenkonsumraum außerhalb des Strafvollzugs) als sinnvoll zu betrachten, denn auch sie kann den Interessen der Bediensteten ausreichend gerecht werden.

Die Kenntnis der Namen der einzelnen Spritzentauschteilnehmer stellt keinen signifikanten Beitrag dazu dar, den Bediensteten mehr Sicherheit vor der Verletzung durch versteckte Spritzen zu bieten. Aus fürsorgerechtlichen Gründen kann somit keine Pflicht zur Information der Bediensteten über die Namen der Spritzenbezieher bestehen.

7. Beteiligungsrechte des Personalrates im Zusammenhang mit der Einführung einer Spritzenvergabe in Haft

Fraglich ist, ob und inwieweit der Personalrat der Vollzugsbediensteten Einfluss auf Entscheidungen über eine Vergabe steriler Einwegspritzen in der Anstalt hat.

a. Begrifflichkeiten

Der Personalrat ist ein öffentlich-rechtliches Gremium. Er ist eine Interessenvertretung, dem die Aufgabe obliegt, als Repräsentant der Beschäftigten deren Beteiligung bei Regelungen des Dienstes und der Dienst- und Arbeitsverhältnisse wahrzunehmen.⁶¹² Der Personalrat entscheidet auf Grundlage interner Willensbildung selbstständig und alleinverantwortlich, d.h. ohne den Weisungen oder der

⁶¹² BVerfGE 28, 295 = PersV 1970, 227; GRABENDORFF / WINSCHIED / ILBERTZ / WIDMAIER 1999, § 1 Rn. 30 ff.; BENECKE 1996, S. 31; SÖLLNER 1985, S. 61.

Rechtsaufsicht des Dienststellenleiters zu unterliegen.⁶¹³ Als Interessenvertretung hat er auch eine Kontrollfunktion gegenüber dem Dienstherrn.⁶¹⁴ Obwohl der Gesetzgeber von einer Polarität und von Interessengegensätzen zwischen Personalrat und Dienstherrn ausgeht, sind beide Organe gem. § 2 Abs. 1 BPersVG zu einer „vertrauensvollen Zusammenarbeit“ verpflichtet.

Regelmäßig unterscheidet man zwischen dem örtlichen Personalrat und dem Hauptpersonalrat. Während der örtliche Personalrat bei den jeweiligen Strafvollzugsanstalten gebildet wird, befindet sich der Hauptpersonalrat bei den Justizministerien der einzelnen Länder. Mit dieser Gliederung orientieren sich das Bundespersonalvertretungsgesetz und die einzelnen Ländergesetze an dem Behördenaufbau im Strafvollzugswesen, bestehend aus Unterbehörde und oberster Dienstbehörde. Eine Ausnahme von der Zweistufigkeit gibt es in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg. Dort verhandelt der örtliche Personalrat mit der zuständigen Behörde, dem Justizsenator. In Berlin dagegen gibt es nur einen Hauptpersonalrat, während in einigen Verfahren ein Gesamtpersonalrat, d.h. eine Interessenvertretung basierend auf einer Zusammenfassung organisatorischer Einheiten, die Aufgaben der sonst vorhandenen örtlichen Personalräte wahrnimmt.

b. Gesetzliche Grundlagen

Die Beteiligung des Personalrates wird im Personalvertretungsrecht des Bundes und der Länder geregelt. Das Bundespersonalvertretungsgesetz sieht für die Bundesländer in den §§ 94 ff. BPersVG rahmenrechtliche Vorgaben vor. Einschlägig für die Beteiligungsrechte ist vor allem § 104 BPersVG. Diese Soll-Vorschrift des § 104 S. 1, 2. Hs. BPersVG enthält eine unverbindliche Anregung an die Landesgesetzgebung, eine dem Bundesrecht ähnliche Regelung zu schaffen.⁶¹⁵ Die übrigen Vorschriften des § 104 BPersVG sind für die Länder zwar bindend, lassen ihnen aber weiten Spielraum bei der Gestaltung.

⁶¹³ BVerwG PersV 1987, 199.

⁶¹⁴ ILBERTZ 2000, § 1 PersVG Anm. 2b.

⁶¹⁵ LORENZEN ET AL. 1995, § 104 Rn. 10.

Gerade auf dem Gebiet der Beteiligungsrechte weichen die Ländergesetze sehr stark voneinander und vom Bundesgesetz ab. Nach der Rahmenvorschrift des § 104 S. 1 BPersVG sind die Personalvertretungen bei innerdienstlichen, sozialen und personellen Angelegenheiten zu beteiligen. Sowohl in Bezug auf die Regelungstechnik als auch die Zahl der beteiligungspflichtigen Angelegenheiten gibt es erhebliche Unterschiede. Während der Bund entsprechend dem Grad der Beteiligung des Personalrats die jeweiligen Angelegenheiten einzeln aufführt, geben einige Bundesländer dieses Prinzip mittlerweile vollständig auf. Grob unterscheidet man zwischen Ländern mit einer Allzuständigkeit des Personalrats⁶¹⁶, Ländern mit einer Allzuständigkeit des Personalrats mit Beispielskatalogen⁶¹⁷ und solchen, die dem Beispiel des Bundes folgend abschließende Zuständigkeitskataloge vorsehen, dabei jedoch mit deutlich unterschiedlichem Umfang.⁶¹⁸

Die meisten Ländergesetze unterscheiden wie das Bundesgesetz zwischen voller und eingeschränkter Mitbestimmung sowie der Mitwirkung und verschiedenen Anhörungsrechten. Bei den Ländern mit Allzuständigkeit (Schleswig-Holstein und Hessen in Bezug auf soziale Angelegenheiten) gibt es konsequenterweise lediglich die Form der Mitbestimmung. Auch Hamburg mit seinem abschließenden Zuständigkeitskatalog kennt nur die Form der Mitbestimmung. Sofern ein Tatbestand mehrere Beteiligungsvarianten bzw. -rechte betrifft, ist die Personalvertretung entsprechend dem bundesrechtlichen Grundsatz nach allen Tatbeständen zu beteiligen.⁶¹⁹

⁶¹⁶ Durch eine Generalklausel festgelegte Allzuständigkeit des Personalrats in allen personellen, sozialen, organisatorischen und sonstigen innerdienstlichen Angelegenheiten, die die Beschäftigten in irgendeiner Weise betreffen; so Schleswig-Holstein.

⁶¹⁷ In nicht abschließenden Katalogen erläuterte Tatbestände, die der Beteiligung unterliegen; so Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Bremen, Hessen (für soziale Angelegenheiten).

⁶¹⁸ Mehr Tatbestände als das BPersVG enthalten: Brandenburg (für personelle Angelegenheiten), Hessen (für personelle und organisatorische Angelegenheiten), Mecklenburg-Vorpommern (für personelle Angelegenheiten), Nordrhein-Westfalen (für soziale Angelegenheiten), Hamburg (für personelle Angelegenheiten), Sachsen-Anhalt (für soziale Angelegenheiten), bei allen aber nur Form der Mitbestimmung. Weitgehend dem Bundesgesetz entsprechen: Berlin, Saarland, Sachsen, Thüringen (hier nur Form der Mitbestimmung). Engere Kataloge (v.a. für soziale und organisatorische Angelegenheiten) in: Baden-Württemberg, Bayern.

c. Maßnahme des „Ob“ und „Wie“ der Spritzenvergabe:

Beteiligungsrechte nach Maßgabe der Ländergesetze (am Beispiel von Hessen, Hamburg, Niedersachsen, Berlin, Bayern)

Die Frage, welche Form der Beteiligung des Personalrats bei einer Vergabe steriler Spritzen maßgeblich ist, soll wegen der Fülle der Gesetze nicht für jedes Bundesland gesondert beantwortet werden. Exemplarisch wird daher hier die Form der Beteiligung anhand der Ländergesetze von Hessen, Hamburg, Niedersachsen, Berlin und Bayern (als südlichem Vertreter) untersucht.

Während im Falle eines *Mitbestimmungsrechts* - dem stärksten Beteiligungsrecht des Personalrats - Dienststelle und Personalvertretung grundsätzlich gleichberechtigt an der Entscheidung beteiligt sind und die Entscheidungsbefugnis des Dienststellenleiters dahingehend eingeschränkt wird, dass er ohne Zustimmung⁶²⁰ des Personalrats keine Maßnahme treffen kann und in Streitfällen grundsätzlich verbindlich die Einigungsstelle entscheidet⁶²¹, führt das *Mitwirkungsrecht* dazu, dass über die geplante Maßnahme die oberste Dienstbehörde allein entscheidet, lediglich unter Berücksichtigung eines Vorschlags der Einigungsstelle.

Obwohl die Bundesländer Niedersachsen, Hamburg, Berlin, Hessen und Bayern wie eben dargestellt in verschiedener Weise den ihnen vorgegebenen Rahmen zur Ausgestaltung des Personalvertretungsrechts genutzt haben, scheidet eine Mitbestimmung des Personalrats bei der Frage des „Ob“ der Einführung einer Spritzenvergabe im Strafvollzug überall aus. Während Hamburg, Berlin und Bayern solche Maßnahmen nicht in ihren abschließenden Maßnahmenkatalog aufgenommen haben, unterfällt das „Ob“ der Spritzenausgabe auch in Hessen und Niedersachsen mit ihren nicht abschließenden Maßnahmenkatalogen nicht der Mitbestimmung. Insoweit steht dem Anstaltsleiter die alleinige Entscheidungsbefugnis zu.

Dennoch ist der Personalrat nicht recht- und machtlos gestellt, wenn es um die Frage der Spritzenausgabe im Strafvollzug geht. Regelmäßig berührt diese näm-

⁶¹⁹ BVerwG PersR 1987, 220.

⁶²⁰ Eine Verweigerung der Zustimmung ohne Angabe von Gründen ist jedoch unwirksam und unbeachtlich.

⁶²¹ ILBERTZ 2000, § 69 PersVG Anm. 1a.

lich Bereiche des Gesundheitsschutzes und der Gestaltung der Arbeitsplätze der Beschäftigten. Daneben ist die Umsetzung der Spritzenausgabe regelmäßig mit dem Erlass von Verwaltungsanordnungen verbunden, die das Verhalten der Beschäftigten im Umgang mit den Spritzen, den Spritzenempfängern und der Vergabepraxis betreffen. „Dem Personalrat steht somit regelmäßig über diese „Hintertür“ ein *Mitbestimmungsrecht bei der Frage des „Wie“ der Spritzenvergabe* und damit der Wahl zwischen Umsetzung der Spritzenvergabe durch Automaten, medizinisches Personal etc. zu.“⁶²² Dies bedeutet, dass der Personalrat bei Bekanntwerden der Einführung einer Spritzenausgabe in der Haftanstalt auch mit konkreten Forderungen zur Sicherstellung des Schutzes der Beschäftigten an den Dienststellenleiter herantreten kann. Dem Mitbestimmungsrecht steht nicht entgegen, dass zuvor die übergeordnete Dienststelle, das jeweilige Justizministerium, eine bestimmte Ausführung bereits festgelegt hat und der Dienststellenleiter diese nur noch umsetzen will. Denn mit dieser „Umsetzung“ wird eine konkrete personalvertretungsrechtlich erhebliche Maßnahme beabsichtigt.⁶²³

Dagegen hat der Personalrat im Falle einer Mitbestimmung kein Recht darauf, dass die Maßnahme, der er zugestimmt hat, auch tatsächlich durchgeführt wird. Die Zustimmung bedeutet lediglich, dass der Dienststellenleiter eine mitbestimmungspflichtige Maßnahme nunmehr ausführen *kann*.⁶²⁴ Dem Personalrat steht ebenso wenig ein im Beschlussverfahren verfolgbares Recht zu, der Dienststelle die Durchführung einer der Mitbestimmung unterliegenden Maßnahme zu untersagen. In der öffentlichen Verwaltung wird davon ausgegangen, dass der Staat selbst im Wege der Dienstaufsicht sicherstellen kann, dass dem Gesetz Genüge getan wird.⁶²⁵

⁶²² für Niedersachsen: § 66 Abs. 1 Nr. 10, 11 und § 67 Abs. 1 Nr. 3 NPersVG, bzgl. Verwaltungsanordnungen, die nicht Maßnahmen der §§ 66, 67 betreffen, gilt Benehmensherstellung mit dem Personalrat, § 75 NPersVG, ähnlich dem Mitbestimmungsrecht; für Hamburg: § 86 Abs. 1 Nr. 3, 16 HbgPersVG, ausgenommen Verwaltungsanordnungen, da nur Beratungsrecht, § 84 HbgPersVG; für Berlin: § 85 Abs. 1 Nr. 7 und 12 PersVG Berlin; für Hessen: § 74 Abs. 1 Nr. 6, 11, 16 und § 65 Abs. 1 HPVG; für Bayern: Art. 75 Abs. 4 Nr. 8 BayPersVG, bzgl. Verwaltungsanordnungen und Verhaltensregeln für Beschäftigte und Gestaltung der Arbeitsplätze nur Mitwirkungsrecht, Art. 78 Abs. 1 Nr. 1 bzw. Art. 75 Abs. 3 Nr. 15 und Nr. 16 BayPersVG.

⁶²³ BVerwGE vom 19.10.1983 - 6 P 16.81 m.w.N.

⁶²⁴ OVG Hamburg PersV 1984, 245.

⁶²⁵ BVerwG PersV 1980, 145.

d. Umsetzung des Sondertatbestands des § 104 S. 3 BPersVG

Die volle Mitbestimmung tritt jedoch dann zurück, wenn eine landesgesetzliche, der Norm des § 104 S. 3 BPersVG entsprechende, Regelung greift. Nach § 104 S. 3 BPersVG dürfen Aufgaben von besonderer politischer Tragweite nicht der parlamentarisch verantwortlichen Regierung entzogen werden. Diese Vorschrift beruht auf der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 27.4.1959, in der diese Vorgabe an das Personalvertretungsgesetz aus dem Prinzip des demokratischen Rechtsstaats und aus den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums (Art. 20 Abs. 1, 28 Abs. 1, 33 Abs. 4, 5 GG) abgeleitet wird.⁶²⁶ Die Besonderheit liegt darin, dass alle Personalvertretungsgesetze neben der vollen Mitbestimmung zumindest für solche Tatbestände, die nicht darunter fallen, noch wenigstens ein weiteres, in irgendeiner Weise eingeschränktes Beteiligungsrecht zur Verfügung stellen müssen. Dazu gibt es mehrere Varianten. Während in Berlin die oberste Dienstbehörde, der Justizsenator, die Entscheidung selbst treffen kann⁶²⁷, beschließt in Hamburg eine Schlichtungsstelle eine Empfehlung an den Justizsenator⁶²⁸. In Hessen und Niedersachsen entscheidet auch im Geltungsbereich des § 104 S. 3 BPersVG die Einigungsstelle, während die jeweiligen Justizministerien ein Aufhebungsrechts haben.⁶²⁹ Bayern dagegen hat entsprechend der bundesrechtlichen Regelung für solche Tatbestände ein lediglich eingeschränktes Mitbestimmungsrecht des Personalrats mit nur empfehlender Entscheidung der Einigungsstelle vorgesehen.⁶³⁰

So kann eine volle Mitbestimmung mit Letztentscheidungsrecht der Einigungsstelle nur dann verfassungswidrig sein, wenn die Ausgestaltung der Spritzenvergabe „wichtig“, „von besonderer politischer Tragweite“ oder einfach auch nur „politisch“ ist. Immer ist eine Abwägung mit den Grundrechten der betroffenen Beschäftigten im Sinne der praktischen Konkordanz vorzunehmen, wobei der Grad der Außenwirkung einerseits und die Bedeutung der Maßnahme für die Beschäftigten andererseits die maßgeblichen Kriterien sind. Einer solchen Abwägung bedarf es hier jedoch nicht, denn während zwar die Entscheidung über die Einfüh-

⁶²⁶ BVerfGE 9, 268 ff.

⁶²⁷ § 81 PersVG-Berlin.

⁶²⁸ §§ 80, 81 Hbg-PersVG.

⁶²⁹ § 71 Abs. 4 HPVG; § 73 NPersVG.

⁶³⁰ Art. 70 Abs. 4 BayPVG.

rung einer Spritzenausgabe im Strafvollzug eine „wichtige“ Entscheidung mit „politischer Tragweite“ ist, besteht diese Annahmenotwendigkeit jedenfalls nicht mehr bei der Ausgestaltung der Spritzenvergabe im Einzelnen. Die einzelnen landesgesetzlichen Regelungen entsprechend der Norm des § 104 S. 3 BPersVG können daher eine Mitbestimmung des Personalrats bei der Frage der Umsetzung einer Spritzenvergabe im Strafvollzug nicht ausschließen.

e. Eilbedürftigkeit der Maßnahme

Auch im Falle einer Eilbedürftigkeit der Entscheidung über das „Wie“ der Spritzenvergabe wäre die Mitwirkung des Personalrats eingeschränkt und der Dienststellenleiter könnte ohne vorherige Zustimmung des Personalrats die Spritzenvergabe in einer von ihm gewünschten Form erst einmal umsetzen. Das Beteiligungsverfahren wird dann zwar nachgeholt, aber es wird in der Praxis im Falle einer bereits relativ konfliktfreien Umsetzung der Spritzenausgabe für den Personalrat um so schwieriger, nachvollziehbare und - sofern eine Einigung nicht erzielt werden kann - der Überprüfung durch die oberste Dienstbehörde standhaltende Gründe gegen die vom Dienststellenleiter gewählte Methode der Spritzenausgabe vorzubringen.

Dies setzt aber voraus, dass es sich bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Spritzenvergabe um einen solchen Fall handelt, der seiner Natur nach unaufschiebbar ist. Dies wird grundsätzlich zu verneinen sein, denn wenn auch Zweck der Spritzenausgabe die Infektionsprophylaxe für die zahlreichen i.v. Drogenkonsumenten ist, so wird man jedenfalls die Eilbedürftigkeit der Frage des „Wie“ der Spritzenvergabe nach über 10 Jahren Diskussion über das „Ob“ der Spritzenvergabe kaum begründen können. Eine Beteiligung des Personalrats mag zwar relativ zeitintensiv sein, jedoch rechtfertigt dies nicht bereits eine Eilbedürftigkeit. Auch die Berücksichtigung der möglichen gesundheitlichen Risiken für die Bediensteten im Zusammenhang mit der Spritzenausgabe im Strafvollzug lassen eine Eilbedürftigkeit der Maßnahme grundsätzlich ausscheiden.

f. Versuchsweise Einführung einer Maßnahme

Wenn die Spritzenvergabe erst einmal versuchsweise durchgeführt werden soll - dies wird in der Regel der Fall sein - unterliegt die Umsetzung, das „Wie“ der Spritzenausgabe, einem Mitbestimmungsrecht des Personalrats. Es handelt sich nämlich um eine Maßnahme, die - für begrenzte Zeit - sofort wirksam wird. Die Auswirkungen auf die davon betroffenen Beschäftigten gebieten es, dass die Personalvertretung auch in solchen Fällen beteiligt wird. Selbst bei einer versuchsweisen Einführung einer Maßnahme können dieselben Belastungen, Überforderungen oder sonstigen Nachteile eintreten. Sie abzuwehren, zu mildern oder auszugleichen ist gerade Sinn der Beteiligungsrechte, insbesondere des Mitbestimmungsrechts.⁶³¹

g. Individuelle Vereinbarungen

Im Rahmen der Debatte um die Spritzenvergabe in hessischen Haftanstalten gab 1997 der frühere Hessische Minister für Justiz und Europaangelegenheiten den Vollzugsbediensteten das Versprechen, eine Spritzenausgabe nicht ohne ihre Zustimmung einzuführen. Fraglich ist, ob entgegen der gesetzlichen Regelungen das „Ob“ der Spritzenausgabe durch individuelle Vereinbarungen von einer vollen Mitbestimmung des Personalrats abhängig gemacht werden darf.

Bereits die Ländergesetze selbst sehen abweichende Vereinbarungen vor, und zwar in Gestalt von Dienstvereinbarungen.⁶³² Dabei handelt es sich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag.⁶³³ Solche können jedoch nicht zur Regelung von Einzelfällen herangezogen werden, die Vereinbarung muss vielmehr immer die generelle Regelung bestimmter Maßnahmen betreffen.⁶³⁴ Das „Versprechen“, den Personalrat bereits bei der Frage des „Ob“ der Spritzenvergabe zu beteiligen, stellt eine Einzelfallmaßnahme dar und kann damit nicht durch eine Dienstvereinbarung getroffen werden.

⁶³¹ BVerwG PersV 1973, 71.

⁶³² § 78 NPersVG, § 83 HbgPersVG; § 74 PersVG Berlin; § 113 HPersVG; Art. 73 BayPersVG.

⁶³³ ILBERTZ 2000, § 73 PersVG Anm. 1.

⁶³⁴ Vergl. bundesrechtliche Regelung § 73 BPersVG, dazu ILBERTZ 2000, § 73 Anm. 2a.

Dennoch schließt dies das Zustandekommen einer verbindlichen Verpflichtung nicht aus. Schutzrichtung der Vorschriften der Personalvertretungsgesetzes der Länder ist es, den Personalräten bei geplanten Maßnahmen des Dienstherrn in bestimmten, sie betreffenden Bereichen von Gesetzes wegen eine Beteiligung zu sichern. Macht der Dienststellenleiter oder der oberste Dienstherr darüber hinaus freiwillig Zugeständnisse für eine Beteiligung an der Entscheidung über eine bestimmte Maßnahme, so steht dies jedenfalls dem Gesetzeszweck nicht entgegen. Das Versprechen, die Bediensteten bzw. ihre Vertretung bereits an der Entscheidung über die Einführung der Spritzenvergabe in einer Haftanstalt zu beteiligen, stellt eine zulässige Individualvereinbarung dar.

h. Maßnahmen bzgl. Fortbildungsveranstaltungen zum Thema HIV- und Hepatitis-Infektionen

In Anlehnung an die bundesrechtliche Regelung⁶³⁵ sehen auch Niedersachsen, Hamburg, Berlin Hessen und Bayern ein Mitbestimmungsrecht des Personalrats bei der Frage vor, wer und wie viele Beschäftigte an Fortbildungsveranstaltungen zu Themen wie HIV-/Hepatitis-Infektionen teilnehmen dürfen⁶³⁶.

Während das Bundesgesetz jedoch eine Beteiligung des Personalrats an der Entscheidung über die Einführung einer Fortbildungsveranstaltung nicht vorsieht, gehen die Ländergesetze diesbezüglich deutlich darüber hinaus. So steht dem Personalrat in Niedersachsen, Hamburg, Berlin, Hessen und Bayern auch ein Mitbestimmungsrecht bei der Entscheidung über das „Ob“ einer Fortbildungsmaßnahme und die Inhalte der Fortbildung zu.⁶³⁷

⁶³⁵ § 75 Abs. 3 Nr. 7, § 76 Abs. 2 Nr. 6 BPersVG.

⁶³⁶ Für Niedersachsen: § 65 Abs. 1 Nr. 18 NPersVG; für Hamburg: § 86 Abs. 1 Nr. 6 HbgPersVG; für Berlin: § 85 Abs. 2 Nr.3 PersVG Berlin; für Hessen: § 74 Abs. 1 Nr. 8; für Bayern: Art. 76 Abs. 1 Nr. 7 BayPersVG.

8. Berichts- und Dokumentationspflichten bei Spritzenvergabe im Strafvollzug

Zu untersuchen ist, ob und in welchem Umfang die Anstalt verpflichtet ist, die Ausgabe steriler Spritzen zu dokumentieren und darüber Bericht an die Strafvollzugsbehörden zu erstatten.

Aus der Aufgabe des Strafvollzuges, den Gefangenen zu einem Leben ohne Straftaten zu befähigen, §§ 2, 3 StVollzG, insbesondere der Planung von Behandlungsmaßnahmen, resultieren weitgehende Berichts- und Dokumentationspflichten der Vollzugsanstalt. So hat gem. § 454 Abs. 1 S. 2 StPO das jeweilige zuständige Gericht die Vollzugsanstalt vor Entscheidungen zur Reststrafenaussetzung des Inhaftierten anzuhören. Diese Anhörungspflicht führt gem. § 36 Abs. 1 S. 1 StVollStrO zu einer Berichtspflicht der Anstalt.⁶³⁸ Wegen der Bedeutung des voraussichtlichen Entlassungstermins des Inhaftierten für die weitere Vollzugsgestaltung wirken die Berichtspflichten der Vollzugsanstalt letztlich auf den gesamten Vollzug und seine Dokumentation zurück.

Grundlage für die Beurteilung der Eignung des Gefangenen für eine Lockerung o.ä. ist dabei insbesondere die Gefangenenpersonalakte. Ihre Führung wird in der Vollzugsgeschäftsordnung geregelt, Nr. 58, Abs. 1, 2, Nr. 59 VGO. Die Anstalt hat grundsätzlich jeden Straftatverdacht zu dokumentieren, weil dies sowohl für die Frage der Gewährung von Lockerungen als auch für die Frage der Reststrafenaussetzung von Bedeutung ist.

Fraglich ist, ob auch der Spritzenbesitz in die Personalakte aufgenommen werden muss oder darf und damit dann dem Gericht bekannt zu geben ist, wenn dieses über die Gewährung von Vollzugslockerungen oder vorzeitiger Entlassung des Inhaftierten zu entscheiden hat. Der Spritzenbesitz als Indiz für Drogenkonsum rechtfertigt jedenfalls nicht einen Ausschluss von Lockerungsgewährungen oder der Verlegung in den offenen Vollzug.⁶³⁹ Er stellt keinen Anfangsverdacht einer

⁶³⁷ Vgl. für Niedersachsen: § 65 Abs. 1 Nr. 18 NPersVG; für Hamburg: § 86 Abs. 1 Nr. 6 HbgPersVG; für Berlin: § 85 Abs. 2 1 PersVG Berlin, für Hessen: § 74 Abs. 1 Nr. 8; für Bayern: Art. 76 Abs. 1 Nr. 7 BayPersVG.

⁶³⁸ Dazu siehe Ausführungsverordnung zu § 57 StGB.

⁶³⁹ Dazu siehe unter 3. Teil III. 3. e.

Straftat in der Haft dar. Auch lässt sich ein Eintrag in die Personalakte nicht mit dem Schutz der Bediensteten begründen, die ein Recht auf Einsicht der Personalakten haben, denn die namentliche Kenntnis der Spritzenbezieher stellt keinen sinnvollen Beitrag zur Sicherheit der Bediensteten dar.⁶⁴⁰ In der Praxis wird zwar bereits in einigen Anstalten zum Schutz der Bediensteten eine HIV-Infizierung des Inhaftierten in die Personalakte eingetragen.⁶⁴¹ Die Anstalt hat jedoch grundsätzlich deshalb weder die Pflicht noch die Berechtigung, auch den Spritzenbezug eines Inhaftierten in dessen Personalakte zu vermerken. Ein begründetes ähnliches Gefahrenrisiko wie es im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion des Inhaftierten angenommen wird und eine Eintragung in die Personalakte rechtfertigt, lässt sich jedenfalls für den Bezug steriler Spritzen nicht annehmen.

Möglicherweise darf oder muss die Anstalt aber den Spritzenbesitz in der Kranken- bzw. Gesundheitsakte des Inhaftierten dokumentieren. Während die Personalakte die vollzuglichen Angelegenheiten beinhaltet, werden in der Gesundheitsakte Daten und Befunde über den Gesundheitszustand des Inhaftierten gesammelt. Die Gesundheitsakte wird ausschließlich vom Anstaltsarzt geführt und aufbewahrt. Sofern jedenfalls die Abgabe steriler Spritzen an eine vorherige Feststellung der Drogenabhängigkeit durch den medizinischen Dienst gebunden ist, ist eine Eintragung in die Gesundheitsakte geboten. Aber auch bei anonymem Spritzenbezug ist eine Eintragung des Spritzenbezugs in der Gesundheitsakte jedenfalls grundsätzlich zulässig.

Damit ist aber letztlich noch keine Berichtspflicht der Anstalt gegenüber den Strafvollzugsbehörden statuiert. Weil die Gesundheitsakte der alleinigen Verfügungsmacht des Anstaltsarztes unterliegt⁶⁴², hat auch die Anstaltsleitung nicht ohne weiteres Zugang zu den dort gesammelten Daten. Die Einsichtsrechte der Anstaltsleitung orientieren sich vielmehr an dem Umfang der Schweigepflicht des Arztes. Ein Einsichtsrecht in die Gesundheitsakten steht nur den Gefangenen

⁶⁴⁰ Dazu siehe unter 3. Teil III. 6. b.

⁶⁴¹ BRUNS 1987, 504 (505). Hessen, Bremen und Niedersachsen haben festgelegt, dass ein positiver Befund nur in den Krankenakten registriert werden darf, der Anstaltsarzt hat eigenverantwortlich nach eigenem Ermessen zu prüfen, wen er von der Infizierung in Kenntnis setzt.

⁶⁴² KEPPLER 1996 b, S. 120.

selbst und den von ihnen beauftragten Anwälten und Hausärzten zu.⁶⁴³ Der Anstaltsarzt ist aufgrund der ärztlichen Berufsordnung der jeweiligen Ärztekammer zur Verschwiegenheit verpflichtet. Seine Schweigepflicht erstreckt sich auf alle schriftlichen Arztunterlagen, somit auch auf die Patientenkartei. Daraus folgt, dass die Anstaltsleitung zum Einblick in die Gesundheitsakte nur in dem Umfang berechtigt ist, wie der Anstaltsarzt ihr gegenüber zur Auskunft verpflichtet ist.⁶⁴⁴ Daran ändert sich auch dann nichts, wenn die Akte als Teil der Personalakte geführt wird.⁶⁴⁵

9. Ärztliche Schweigepflicht im Vollzug

Gerade das gesteigerte Bedürfnis der Bediensteten nach ausreichendem Schutz vor Infektionsgefahren und die nicht vollständig zu kontrollierende ordnungsgemäße Benutzung und Aufbewahrung der Spritzen durch die Inhaftierten werfen die Frage nach der Geltung bzw. Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht und ihrem Umfang im Strafvollzug auf. Verfassungsrechtliche Grundlage der ärztlichen Schweigepflicht ist Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG.⁶⁴⁶

Fraglich ist, ob der Anstaltsarzt im Falle der Ausgabe der Spritzen über den medizinischen Dienst den Anstaltsleiter über diejenigen Gefangenen informieren muss, die Spritzen beziehen. Grundsätzlich unterliegt auch der im Strafvollzug tätige Anstaltsarzt der ärztlichen Schweigepflicht. Er ist aufgrund der ärztlichen Berufsordnung der jeweiligen Ärztekammern zur Verschwiegenheit verpflichtet.⁶⁴⁷ Bereits im Fall der ärztlichen Betreuung hungerstreikender Gefangener stritten sich in der Vergangenheit Vollzugsbehörden und Anstaltsärzte darüber, ob die zur ärztlichen Betreuung tätigen Ärzte ihre Erkenntnisse ihrem Vorgesetzten zur Wahrnehmung der vollzuglichen Interessen mitzuteilen haben, weil eine gesetzliche Regelung dafür jedenfalls nicht vorhanden sei. Solche Eingriffe in die Rechte

⁶⁴³ WEICHBRODT 1983, 315; GRUNAU 1982, 1982, Einl. Rn. 11; KREUZER 1976, 1522; SCHMIDT 1963, 415.

⁶⁴⁴ WEICHBRODT 1983, 315; KREUZER 1976, 1522; SCHMIDT 1963, 415. Die ausführliche Behandlung mit dieser Frage ist einem gesonderten Abschnitt vorbehalten, siehe im Folgenden unter 10.

⁶⁴⁵ GRUNAU 1982, Einl. Rn. 11.

⁶⁴⁶ NASSAUER 1999, S. 481.

⁶⁴⁷ NASSAUER 1999, S. 482; LAUFS / LAUFS 1987, 2265.

der Gefangenen setzen jedoch eine besondere Ermächtigungsgrundlage voraus. Der Gefangene unterliegt keinem Sonderrechtsverhältnis.⁶⁴⁸ Deshalb muss grundsätzlich auch hier die strafrechtliche Norm des § 203 StGB berücksichtigt werden, wonach die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht empfindlich sanktioniert wird. Diese Norm findet auch bei unfreiwillig begründeten Arzt-Patienten-Verhältnissen Anwendung, wie dieses bei dem Verhältnis Arzt-Inhaftierter der Fall ist.⁶⁴⁹ Jedenfalls kann nicht bereits die Fürsorgepflicht des Strafvollzugs die Anwendung des § 203 StGB ausschließen.

a. Normimmanente Durchbrechung der Schweigepflicht

Eine Durchbrechung der Schweigepflicht im Innenverhältnis gegenüber der Anstaltsleitung könnte sich aus dem Wortlaut des § 203 StGB selbst ergeben.

aa. „behandelnde Tätigkeit“ i.S.d. § 203 StGB

Die ärztliche Schweigepflicht reicht nur soweit, wie es sich bei der Tätigkeit des Arztes auch um eine behandelnde handelt. Allein das Behandlungsgeschehen soll der Bezugsrahmen des § 203 StGB sein.⁶⁵⁰ Auch die Spritzenvergabe stellt eine medizinisch begründete, behandelnde Tätigkeit dar.

bb. „Geheimnis“ i.S.d. § 203 StGB

Die Geltung der ärztlichen Schweigepflicht im Strafvollzug könnte in diesem Fall jedoch durchbrochen sein, wenn es sich bei der Weitergabe der Informationen, welcher Inhaftierte Spritzen bezieht, nicht um ein Geheimnis handelt. Gem. § 203 StGB unterliegen Geheimnisse der Schweigepflicht. Als Geheimnis werden solche Tatsachen definiert, die nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und

⁶⁴⁸ BVerfGE 33, 1 ff.

⁶⁴⁹ TRÖNDLE / FISCHER - TRÖNDLE 2003, § 203 Rn. 1 ff.; 20. MARX 1983, 163; ZIEGER 1981, 559 f.; KREUZER 1976, 1467 f.

⁶⁵⁰ GEPPERT 1983, S. 16; MARX 1983, 165.

an deren Geheimhaltung derjenige, den sie betreffen, ein von seinem Standpunkt aus sachlich begründetes Interesse hat.⁶⁵¹ So begründet beispielsweise eine Krankmeldung als solche kein sachliches Interesse an der Geheimhaltung, die Diagnose jedoch darf einzig dem ärztlichen Personal bekannt gemacht werden und ist ansonsten geheim zu halten.⁶⁵² Der Bezug einer Spritze weist aber in der Regel auf einen i.v. Drogenkonsum des Inhaftierten hin, an dessen Nichtbekanntwerden der Inhaftierte jedenfalls bereits wegen der Angst vor vollzuglichen Konsequenzen ein Interesse hat. Somit stellt der Wunsch nach Geheimhaltung des Spritzenbezugs ein begründetes Interesse dar.

cc. „Offenbaren“ i.S.d. § 203 StGB

Möglicherweise lässt sich eine Durchbrechung der Schweigepflicht im Innenverhältnis „Arzt-Anstaltsleiter“ daraus ableiten, dass das Bekanntgeben, wer Spritzen bezieht, kein „Offenbaren“ im Sinne des § 203 StGB ist. Das Offenbaren eines Geheimnisses fällt unter den Tatbestand des § 203 StGB. Bei internen Mitteilungen wird der Begriff des Offenbarens eng ausgelegt.⁶⁵³ Ein Geheimnis gilt dann als offenbart, wenn die geheimzuhaltende Tatsache einem Dritten mitgeteilt wird, der davon zuvor keine Kenntnis hatte und haben durfte.⁶⁵⁴ Ohne Bedeutung ist, ob der Empfänger seinerseits zur Verschwiegenheit verpflichtet ist.⁶⁵⁵ Etwas anderes gilt nur da, wo der Mitteilungsempfänger, ohne selbst Adressat des Anvertrauens zu sein, noch unmittelbar an dem konkreten Vertrauensverhältnis teilnimmt.⁶⁵⁶ Ein Offenbaren wird deshalb verneint, wenn die Mitteilung im Kreis der zum Wissen berufenen Personen bleibt.⁶⁵⁷ Erfasst ist davon z.B. eine Weiterleitung von Informationen an den Vorgesetzten innerhalb einer Behörde, wo dies aufgrund der Behördenstruktur geschehen muss.⁶⁵⁸ Gleiches gilt für eine Mitteilung an die in das Behandlungsgeschehen eingebundenen Helfer des Arztes. Aber

⁶⁵¹ SCHÖNKE / SCHRÖDER - LENCKNER 2001, § 203 Rn. 5 f.; BOCKELMANN 1968, S. 34 f.

⁶⁵² GEPPERT 1983, S. 19.

⁶⁵³ RGSt 74, 111; BOCKELMANN 1968, S. 38.

⁶⁵⁴ TRÖNDLE / FISCHER - TRÖNDLE 2003, § 203 Rn. 30; SCHÖNKE / SCHRÖDER - LENCKNER 2001, § 203 Rn. 19.

⁶⁵⁵ AG München NJW-RR 1997, 1560.

⁶⁵⁶ LANGKEIT 1994, 6 ff.

⁶⁵⁷ RGSt 74, 110 (111); KREUZER 1976, 1469; BOCKELMANN 1968, S. 38.

⁶⁵⁸ LG Bonn NJW 1995, 2419.

auch dies setzt voraus, dass die Mitteilung für deren Aufgabenwahrnehmung notwendig war.⁶⁵⁹

So wird vertreten, dass auch der Vorgesetzte (Anstaltsleiter) des Arztes ein Beteiligter im Sinne des § 203 StGB ist, und damit eine dienstliche Mitteilung nicht unter § 203 StGB fällt.⁶⁶⁰ Verfechter der Entbindung des Arztes von seiner Schweigepflicht im Vollzug ziehen schließlich das Verhältnis von § 203 Abs. 2 StGB zu § 203 Abs. 1 StGB heran. Die Amtverschwiegenheitspflicht erstrecke sich nur nach außen, nicht auf den Vorgesetzten im Innenverhältnis. Der Vorgesetzte sei selbst nach § 203 Abs. 2 Nr. 1 StGB zur Verschwiegenheit verpflichtet. Dann sei auch der Anstaltsarzt als Amtsträger im Innenverhältnis nur nach Maßgabe des § 203 Abs. 2 StGB zur Verschwiegenheit verpflichtet.⁶⁶¹ Richtigerweise ist dem aber nicht zu folgen, äußerste Grenze muss die Einbindung des Hilfspersonals des Arztes sein.⁶⁶² Eine Weiterleitung der Informationen an den Anstaltsleiter ist schon aufgrund der Behördenstruktur nicht zwingend notwendig. Dem Anstaltsarzt, nicht dem Anstaltsleiter, obliegt die Verantwortung für den gesundheitlichen Zustand der Inhaftierten.⁶⁶³ Zudem lässt die Beschränkung des Täterkreises in § 203 StGB auf eine vorrangige sozialrechtliche Funktion der Norm schließen. Schutzgut ist in erster Linie das allgemeine Vertrauen in die Verschwiegenheit der Angehörigen bestimmter Berufe als Voraussetzung dafür, dass diese ihre im Interesse der Allgemeinheit liegende Aufgabe erfüllen können.⁶⁶⁴ § 203 Abs. 2 StGB stellt keine Spezialnorm des § 203 Abs. 1 StGB dar. Der Gesetzgeber verfolgte mit der Einführung des § 203 Abs. 2 StGB vielmehr das Ziel, den durch § 203 Abs. 1 StGB gewährleisteten Schutz der Privatsphäre auf bestimmte Täterkreise zu erweitern.⁶⁶⁵ § 203 Abs. 2 StGB dehnt den Schutz auch gegenüber Amtsträgern aus. Schränkt man nun die ärztliche Schweigepflicht im Verhältnis Arzt/Vorgesetzter zu Lasten des Betroffenen ein, während man im Interesse desselben im Verhältnis „Arzt/außenstehender Dritter“ den Kreis der Schweigeverpflichteten auf *alle* Amtsträger ausweitet, so wäre dies sinnwidrig.

⁶⁵⁹ KREUZER 1976, 1469; BOCKELMANN 1968, S. 39.

⁶⁶⁰ KLEINWEFERS / WILTS 1964, 430.

⁶⁶¹ Rundschreiben des Berliner Senators für Gesundheit und Umweltschutz vom 5.2.1981; auch schon GRUNAU 1982, Vorb. zu Nr. 56;.

⁶⁶² OLG Oldenburg NJW 1982; 2615 f; LACKNER / KÜHL - KÜHL 2001, § 203 Rn. 1 f.; 20; KREUZER 1976, 1469; BOCKELMANN 1968, S. 36.

⁶⁶³ Dazu noch im Folgenden unter 10.

⁶⁶⁴ SCHÖNKE / SCHRÖDER - LENCKNER 2001, § 203 Rn. 3.

Somit muss die ärztliche Schweigepflicht im Außen- wie im Innenverhältnis gelten. Der Vorgesetzte ist nicht bereits „Beteiligter“ im Sinne des § 203 StGB, eine Weiterleitung von Informationen an ihn stellt jedenfalls ein „Offenbaren“ im Sinne der Norm dar.

dd. „Unbefugt“ i.S.d. § 203 StGB

Möglicherweise ist jedoch die Weitergabe der Informationen kein „unbefugtes“ Offenbaren fremder Geheimnisse, so dass die Information über die Spritzenbezieher nicht unter die Norm des § 203 StGB fällt. Der Arzt ist zur Mitteilung dann befugt, wenn diese nach allgemeinen Rechtfertigungsgründen erlaubt ist.⁶⁶⁵ Eine Mitteilung an eine andere Behörde jedenfalls stellt regelmäßig noch keine gerechtfertigte und damit zulässige dienstliche Berichterstattung dar, weil die einem Amtsträger obliegende Pflicht zur Geheimhaltung auch gegenüber anderen Behörden besteht. Der Anstaltsarzt ist zwar auch in bestimmten Fällen nach Maßgabe spezialgesetzlicher Vorschriften anzeige- und auskunftspflichtig. So muss der Arzt nach den §§ 12, 13 des Geschlechtskrankheitengesetzes sowie nach § 4 des Bundesseuchengesetzes i.V.m. § 6 Abs. 1 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung Auskünfte geben, auch wenn diese die Schweigepflicht berühren. Gem. § 139 Abs. 3 S. 2 StGB i.V.m. § 138 StGB ist der Arzt bei drohenden schweren Straftaten zur Anzeige und somit zur Weitergabe von Informationen verpflichtet. Eine spezialgesetzliche Regelung im Fall des Spritzenbezugs gibt es jedoch nicht.

b. Rechtfertigung der Verletzung ärztlicher Schweigepflicht

Möglicherweise ist eine Weitergabe der Informationen hier vom Rechtfertigungsgrund gem. § 34 StGB gedeckt. Ein Rechtfertigungsgrund gem. § 34 StGB wird beispielsweise bejaht, wenn der Arzt Auskunft über eine zur Fahruntüchtigkeit

⁶⁶⁵ TRÖNDLE / FISCHER - TRÖNDLE 2003, § 203 Rn. 2.

⁶⁶⁶ BT-Drs. 7/550, S. 236.

führende Erkrankung an die Verkehrsbehörde gibt⁶⁶⁷ oder hinsichtlich begangener schwerer Straftaten der Inhaftierten Wiederholungsgefahr droht.⁶⁶⁸ So kann für bestimmte Bereiche eine Durchbrechung der Schweigepflicht im Innenverhältnis zugelassen werden.⁶⁶⁹ Danach soll der Arzt gegenüber dem Anstaltsleiter oder der Aufsichtsbehörde dann zur Auskunft berechtigt sein, wenn die mitzuteilende Tatsache in die Vollzugsgemeinschaft hinein wirkt.⁶⁷⁰ Dies ist beispielsweise dort der Fall, wo eine Erkrankung eines einzelnen Gefangenen andere in Mitleidenschaft ziehen kann.

Fraglich ist, ob schon der Bezug bzw. Besitz einer Spritze und die damit verbundene Verfügbarkeit eine die Schweigepflicht durchbrechende besondere Situation darstellen. Der Drogenkonsumierende und Spritzenempfänger ist in der Haftanstalt der Zwangsgemeinschaft des Vollzugs unterworfen. Die Vollzugsbehörde hat deshalb ein Interesse daran zu erfahren, wer Spritzen besitzt; denn nur so kann sie bei Bedarf schnell reagieren und beispielsweise die Zellenbelegung danach ausrichten, wer Spritzen bezieht. Die Verfügbarkeit steriler Spritzen wirkt sich jedenfalls auf den gesamten Vollzug aus. Drogenkonsum wird es nach wie vor in den Haftanstalten geben und durch die Verfügbarkeit sauberer Spritzen wird er zum Teil sogar offen praktiziert. Prinzipiell bleibt immer die Möglichkeit, dass jemand die Spritze als Waffe einsetzt, wenngleich bislang in keinem der Modellprojekte ein derartiger Fall dokumentiert worden ist.

Ebenso muss auch nach dem Nutzen einer solchen Mitteilung an die Anstaltsleitung gefragt werden. Wie bereits erörtert, lassen sich darauf basierend jedenfalls keine Präventivmaßnahmen zum Schutz der Mitinhaftierten und Bediensteten treffen. Wie viele Spritzen tatsächlich im Umlauf sind und wer sie aktuell in seinem Besitz hat, wird dadurch nicht bekannt. Die Weitergabe der Informationen an den Anstaltsleiter kann deshalb - wenn überhaupt - nur sehr begrenzt durch ein Interesse der Anstaltsleitung gerechtfertigt werden. Letztlich bleibt festzuhalten: Wer freiwillig ein Spritzenangebot in Anspruch nimmt, verliert nicht automatisch damit das Recht auf weitest mögliche Diskretion seines Handelns, so dass die

⁶⁶⁷ BGH NJW 1968, 2280; SK - SAMSON 2002, § 203 Rn. 43; SCHÖNKE / SCHRÖDER - LENCKNER 2001, § 203 Rn. 31.

⁶⁶⁸ SCHÖNKE / SCHRÖDER - LENCKNER 2001, § 203 Rn. 32.

⁶⁶⁹ GEPPERT 1983, S. 20.

Teilnahme am Spritzentausch nicht zwangsläufig zu einem Verzicht auf mögliche Geheimhaltung persönlicher Daten und einer Preisgabe dieser an den Anstaltsleiter führen kann. Die Weitergabe der Daten ist damit nicht von § 34 StGB gedeckt. Ebenso fehlt für eine dienstliche Anweisung des Anstaltsleiters, ihn über die Namen der „offiziellen“ Spritzenbezieher zu informieren, nach dem bisher Erörterten die notwendige Rechtsgrundlage. Es handelt sich dabei nämlich nicht nur um eine innerdienstliche Weisung, sondern eine solche greift in die Rechte der Inhaftierten auf diesbezügliche Geheimhaltung des Namens und der persönlichen Daten durch den Anstaltsarzt ein.

10. Ärztliche Therapiefreiheit und Weisungsgebundenheit

Gerade das zunehmende Problem des i.v. Drogenkonsum der Inhaftierten und damit verbundene Infektionserkrankungen werfen die Frage nach den Pflichten und Möglichkeiten des Anstaltsarztes bei der Behandlung und dem Umgang mit drogenkonsumierenden Inhaftierten und ihrem Infektionsstatus auf. Der im Strafvollzug tätige Anstaltsarzt ist nicht nur seinem ärztlichen Eid verpflichtet, sondern unterliegt zugleich Weisungen des ihm vorgesetzten Anstaltsleiters. Im ärztlich-juristischen Grenzbereich kollidiert die Freiheit des Arztes in der Wahl der Behandlungsmittel mit juristischer Weisungsgebundenheit. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist unter den Bedingungen des Justizvollzuges anders strukturiert als im vertragsärztlichen System, das die Beziehungen zwischen Kassenpatienten, Vertragsarzt und Krankenkassen regelt. Innerhalb des Strafvollzuges ist eine freie Wahl des Arztes ausgeschlossen.⁶⁷¹ Der Anstaltsarzt ist Zwangsansprechpartner für den Inhaftierten. Es ist deshalb zu begrüßen, wenn die Anstaltsärzte ausdrücklich ihre Bereitschaft zeigen, Standards der Medizin und der Drogenhilfe auch innerhalb des Strafvollzuges einzuhalten. Das eröffnet Chancen zur Vertrauensbildung in der Gefängniszwangsgemeinschaft Patient-Arzt.⁶⁷²

Für die gesundheitliche Situation des Gefangenen und für die medizinische Situation der gesamten Anstalt ist der Anstaltsarzt gem. § 156 StVollzG allein zustän-

⁶⁷⁰ ARLOTH 1986, 300; GEPPERT 1983, S. 20; NARR 1982, S. 460.

⁶⁷¹ Ausgenommen davon sind die Untersuchungshäftlinge.

⁶⁷² KEPPLER / STÖVER 1996, 104 f.

dig und verantwortlich.⁶⁷³ Weil der Anstaltsarzt jedoch mit seiner Tätigkeit im medizinischen Bereich auch die dem Anstaltsleiter obliegende Fürsorgepflicht wahrnimmt, stößt die Alleinzuständigkeit des Anstaltsarztes für die von ihm vorgenommenen Maßnahmen gleichwohl an ihre Grenzen.⁶⁷⁴ Diese sind insbesondere dort, wo der Anstaltsleiter in der Durchführung bestimmter ärztlicher Maßnahmen eine Gefährdung der Sicherheit und Ordnung oder der zweckmäßigen Behandlung der Gefangenen innerhalb der Anstalt für möglich hält. In solchen Fällen hat der Anstaltsleiter entsprechend § 156 Abs. 3 Nr. 2 StVollzG und den entsprechenden Verwaltungsvorschriften das Recht, die Durchführung der Maßnahme bis zur Entscheidung der Aufsichtsbehörde auszusetzen. Aufsichtsbehörden sind gem. § 151 Abs. 1 StVollzG die jeweiligen Landesjustizverwaltungen, denen die Rechts- und die Fachaufsicht obliegt. Spricht sich der Anstaltsarzt für die Ausgabe steriler Spritzen in Haft aus und sieht der Anstaltsleiter darin eine Gefahr für die Sicherheit in der Anstalt, so bleibt ihm damit die Möglichkeit, die Angelegenheit an die Aufsichtsbehörde weiterzuleiten und sie bis dahin auszusetzen. Diese wird dann über die Befugnis des Anstaltsarztes, sterile Spritzen auszugeben, entscheiden und dabei prüfen, ob die Befürchtungen des Anstaltsleiters ihre Berechtigung haben.

11. Haftungsrechtliche Folgen der Spritzenausgabe im Strafvollzug

Fraglich ist, ob und unter welchen Voraussetzungen die Ausgabe steriler Spritzen zu Haftungsansprüchen der betroffenen Inhaftierten führen kann.

a. Amtshaftung, § 839 BGB i.V. m. Art. 34 GG

Die Ausgabe steriler Spritzen löst eine Amtshaftung nur aus, wenn sie den Tatbestand der Amtspflichtverletzung gem. § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG erfüllt. Durch sie haftet der Staat für ein pflichtwidriges schuldhaftes Verhalten seiner Beamten, indem die zunächst durch § 839 BGB begründete Eigenhaftung des Beamten gem. Art. 34 GG auf den Staat übergeleitet wird. Die Haftung des Staa-

⁶⁷³ LG Arnsberg NStZ 1981, 46; GEPPERT 1983, S. 16; a. A. SCHWINDT / BÖHM 1999, § 156 Rn. 10; FLÜGGE 1984, 430.

⁶⁷⁴ GEPPERT 1983, S. 16; a. A. KEPPLER 1997, S. 73.

tes umfasst das Verhalten seiner Beamten im statusrechtlichen Sinn ebenso wie das jeden Amtswalters, der in Ausübung eines ihm anvertrauten hoheitlichen Amtes handelt.⁶⁷⁵ Das jeweilige Bundesland hat deshalb für schuldhaft begangene Pflichtverletzungen der im Strafvollzug tätigen Bediensteten einzustehen.

Zu untersuchen ist, ob die Länder für Schädigungen der Inhaftierten eintreten müssen, die diese sich selbst oder anderen mittels einer ausgegebene Spritze zugefügt haben. Daneben ist zu untersuchen, ob die Länder für einen in der Haft mittels ausgegebener Spritze begonnenen i.v. Drogenkonsum haftbar gemacht werden können und ob sie für eine in der Haft zugezogene Virusinfektion infolge i.v. Drogenkonsums haftungsrechtlich einzutreten haben.

aa. Amtspflichtverletzung gem. § 839 BGB

Die Ausgabe steriler Spritzen an Inhaftierte verstößt nicht gegen eine strafrechtliche Norm. Sie erfüllt den Tatbestand des § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 11 BtMG weder in Bezug auf die Ausgabe manifest drogenabhängiger Inhaftierter, noch in Bezug auf drogengefährdete Inhaftierte. Das Gesetz macht wie oben dargelegt dabei keinen Unterschied.⁶⁷⁶ Auch eine eigenmächtige Ausgabe des Anstaltsarztes ohne Zustimmung des Anstaltsleiters stellt nicht bereits eine Amtspflichtverletzung dar. Die Überschreitung von Kompetenzen kann nur dann eine Amtspflichtverletzung begründen, wenn dadurch zugleich auch schutzwürdige rechtliche Interessen des Inhaftierten berührt werden.⁶⁷⁷ Dies ist vorliegend jedoch nicht der Fall.

Eine Amtspflichtverletzung kommt nur dann in Betracht, wenn dem Verletzten bzw. Infizierten im Hinblick auf eine mit der Spritze hervorgerufene Selbstschädigung die notwendige Eigenverantwortlichkeit fehlte. Ebenso ist eine die Amtshaftung begründende Pflichtverletzung dann zu prüfen, wenn die Anstalt nachweisbar zu wenig Personal in den Abteilungen eingesetzt hat und dadurch erforderliche Kontrollen unterblieben sind oder letztlich die Bediensteten im Falle eines Drogennotfalls nicht rechtzeitig Hilfe geholt haben. Beides lässt sich jedoch nur

⁶⁷⁵ OSSENBÜHL 1998, S. 13.

⁶⁷⁶ Dazu im Vorangegangenen unter III. 1.

⁶⁷⁷ PALANDT - THOMAS 2003, § 839 Rn. 35; OSSENBÜHL 1998, S. 57 f.

im konkreten Einzelfall für jede Anstalt gesondert feststellen, denn es knüpft an über die Ausgabe steriler Spritzen hinausgehende Tatbeiträge an.

bb. Nachweis der Kausalität von Pflichtverletzung und Schaden

Regelmäßig wird ein Amtshaftungsanspruch bereits daran scheitern, dass es dem Inhaftierten nicht möglich sein wird, einen Nachweis für einen Kausalzusammenhang zwischen dem tatbestandlichen Verhalten der Bediensteten und seinem Schaden zu erbringen. Das Landgericht Berlin hatte mit Beschluss vom 15.12.1994 einen Antrag auf Prozesskostenhilfe eines Inhaftierten abgelehnt, der eine Schadensersatzklage wegen einer erlittenen HIV-Infizierung anstrebte und sich dabei auf eine amtspflichtwidrige Nichtausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug stützen wollte. Das Gericht stellte fest, dass ein Amtshaftungsanspruch eines drogenkonsumierenden Haftinsassen aufgrund einer in der Haft erworbenen HIV-Infizierung schon nicht durchgreifen könne, weil nicht von ihm bewiesen werden könne, dass die Schädigung jedenfalls ausgeblieben wäre, wenn die beanstandete Handlung nicht geschehen worden wäre.⁶⁷⁸

Damit werden regelmäßig diejenigen Ansprüche ausgeschlossen sein, die sich auf eine in der Haft eingetretene HIV- oder Hepatitis-Infektion stützen. Weil selbst eine unzureichende Kontrolle und Überwachung nicht eine Infizierung nahe legt, muss nämlich der Inhaftierte darlegen, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine andere Übertragungsmöglichkeit in Betracht kommt als die Verwendung der ausgegebenen Spritze. Dies wird regelmäßig nicht möglich sein. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Viren über den Geschlechtsverkehr übertragen worden sind oder der Inhaftierte sich während eines Freigangs oder Hafturlaubs angesteckt hat. Einen Gegenbeweis zu erbringen, ist in der Praxis nahezu nicht möglich. Angesichts des unauffälligen Eindringens von Mikroorganismen und des zeitlich versetzten Auftretens klinischer Symptome nach Ablauf der Inkubationszeit kann der Weg zurück bis zur tatsächlichen Infektionsquelle regelmäßig nicht mehr nachgezeichnet werden.

⁶⁷⁸ LG Berlin, 13 O 468/94.

Ein anderes Ergebnis könnte nur erreicht werden, wenn nicht der Inhaftierte die Beweislast trägt, sondern die Anstalt beweisen muss, dass die Infektion nicht durch die Verfügbarkeit steriler Spritzen verhindert worden wäre. Eine Beweislastumkehr nimmt die Rechtsprechung zwar beispielsweise in Fällen privatrechtlicher deliktischer Haftung an, in denen dem Arzt ein grober Behandlungsfehler nachgewiesen wird, der auch geeignet war, den geltend gemachten Schaden zu verursachen.⁶⁷⁹ Die Rechtsprechung hat auch im Falle der Haftung bei Vorliegen einer Amtspflichtverletzung jedenfalls dann, wenn eine tatsächliche Vermutung oder tatsächliche Wahrscheinlichkeit für einen erfahrungsgemäßen, schadensbe gründenden Ablauf besteht, dem Geschädigten zugestanden, sich auf den Nachweis der Pflichtverletzung und der Schädigung zu beschränken. Dann soll es Sache des Beamten sein, die Vermutung des ursächlichen Zusammenhangs seinerseits auszuräumen.⁶⁸⁰ Doch führt allein die Ausgabe steriler Spritzen gerade nicht erfahrungsgemäß zu einer Verletzung oder Infektion des Inhaftierten, so dass eine Beweislastumkehr nicht in Betracht kommt.

b. Allgemeiner Aufopferungsanspruch

Ein Anspruch aus dem Rechtsinstitut der Aufopferung scheidet regelmäßig aus, weil ein Nachweis der Kausalität zwischen Schädigung und Verursachungsbeitrag erforderlich ist. Der Aufopferungsanspruch gilt nur subsidiär, bleibt aber neben Amtshaftungsansprüchen bei rechtmäßigen Eingriffen in nichtvermögenswerte Rechte weiter bestehen.⁶⁸¹ Zwar steht dem Geschädigten insoweit ein Aufopferungsanspruch bereits im Falle einer Infizierung mit HIV- oder Hepatitis-Viren durch einen tätlichen Angriff eines Mitgefangenen mittels einer in der Anstalt ausgegebenen Spritze zu.. Dieser Anspruch ist auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil sich der Inhaftierte diesem Risiko „freiwillig“ ausgesetzt hat. Zwar hat die Rechtsprechung einem Gefangenen, der in der Haft von einem Mitgefangenen schwer verletzt wurde, eine Aufopferungsentschädigung versagt, weil er sich durch sein strafbares Verhalten selbst in zurechenbarer Weise der Freiheitsentzie-

⁶⁷⁹ BVerfGE 52, 131; BGHZ 85, 216; 72, 133; BGH NJW 1986, 1540; BGH VersR 1983, 729 f.; BGH VersR 1991, 945; MÜKO - MERTENS 1997, § 823 Rn. 413.

⁶⁸⁰ BGH NJW 1983, 2241.

⁶⁸¹ MAURER 1999, § 27 Rn. 8; FERSCHER 1995, S. 25.

hung und den damit verbundenen Folgen ausgesetzt habe und ihm nichts abverlangt werde, dem er sich nicht hätte entziehen können.⁶⁸² Doch muss dann eine die allgemeine Opfergrenze überschreitende besondere Belastung angenommen werden, wenn sich der Inhaftierte durch einen Angriff eines anderen mittels einer verunreinigten Spritze mit HIV- oder Hepatitis-Viren infiziert. Hierbei handelt es sich regelmäßig nicht mehr um eine zum „Alltagsrisiko“ in der Haft gehörende Verletzung. Dennoch muss auch hier der Inhaftierte jedenfalls den Nachweis der Kausalität von Angriff und erlittener Infizierung erbringen, was jedoch regelmäßig nicht möglich sein wird.

⁶⁸² BGHZ 60, 302; 17, 172.

C. Resümee

Eine Spritzenvergabe im Strafvollzug lässt sich ohne staatliche Intervention nicht realisieren. Sie erfordert eine rechtliche (und tatsächliche) Absicherung der Entscheidung, denn der Staat ist an Gesetz und Verfassung gebunden. Politiker fordern den Nachweis durch die Wissenschaft, sie verlangen deutliche Beweise dafür, dass die fehlende Möglichkeit, sterile Spritzen zu beziehen, zu einem Anstieg der negativen Auswirkungen des Strafvollzugs auf i.v. Drogenkonsumierende führt. Die Wissenschaft kann jedoch immer nur Tendenzen aufzeigen, sie kann nur anhand von Beispielen für die jeweilige Anstalt Ergebnisse liefern. Forschungen im Strafvollzug sind dadurch erschwert, dass die Insassenpopulation stark fluktuiert und die Auskunftsbereitschaft der Insassen bei Themen wie dem Drogenkonsumverhalten nicht besonders groß ist. Viele befürchten, ihre Angaben würden an die Anstaltsleitung weitergeleitet negative Auswirkungen für die Haftgestaltung und -dauer nach sich ziehen. Die davon geprägten nunmehr vorliegenden Forschungsergebnisse haben auch 10 Jahre nach den ersten Diskussionen um eine Spritzenvergabe im Strafvollzug noch zu keinem nachhaltigen Durchbruch solcher Hilfsmaßnahmen innerhalb des Strafvollzugs geführt.

Die Vergabe steriler Einwegspritzen in der zivilen Gesellschaft hat sich nur nach jahrelangen Streitigkeiten gegen solche konservativen Ansichten durchgesetzt, die als einzige Hilfe für Drogenkonsumenten den Drogenentzug sehen. Ihre Berechtigung und Akzeptanz hat die Spitzenausgabe erst dadurch erreichen können, dass sie gerade *keine* Präsenzfunktion in der zivilen Gesellschaft besitzt. Dies zu erreichen, wird für die Vergabe steriler Spritzen innerhalb des Strafvollzugs sehr schwierig sein. Während die einer Spitzenausgabe in der zivilen Gesellschaft immanenten Widersprüche wenigstens dadurch ausgeglichen werden können, dass die Spitzenausgabe den Drogenhilfeeinrichtungen obliegt und damit personell losgekoppelt ist von den Verantwortlichen für Sicherheit und Ordnung in der Gesellschaft, ist eine solche Trennung im Strafvollzug nicht möglich. Die Anstalten und ihre Vollzugsbediensteten haben regelmäßig nicht nur die Aufgabe, für Sicherheit und Ordnung innerhalb der Anstalt zu sorgen, sie haben darüber hinaus Betreuungsaufgaben wahrzunehmen, die sich aus ihrem unmittelbaren und täglichen Kontakt mit den Inhaftierten ergeben. Schon diese Aufgabenvielfalt bringt

Handlungs- und Zielkonflikte mit sich. Dieser Widerspruch lässt sich auch dadurch lösen, dass eine Vergabe der Spritzen durch den Anstaltsarzt oder die externe Drogenberatung wahrgenommen wird. Immer verbleibt die Verfügbarkeit der Spritze im geschlossenen Milieu des Strafvollzugs, der Spritzenbesitz kann von allen in der Anstalt beschäftigten Bediensteten registriert werden.

Ein Umgehen mit diesem Zielkonflikt verlangt ein neues, eigenständiges Denken im Umgang mit der Drogenproblematik im Strafvollzug. Es muss sich weitgehend von den Argumentationen und Rechtfertigungen einer Spritzenvergabe in der zivilen Gesellschaft lösen. Weil dieser Widerspruch auch nicht mit infektionsepidemiologisch positiven Forschungsergebnissen aufgehoben werden kann, wird eine flächendeckende Ausgabe steriler Spritzen im Strafvollzug unter den bisherigen Bedingungen des Strafvollzugs nur sehr schwer zu realisieren sein. Die Strafvollzugsbediensteten drohen schon seit längerem immer wieder in die „Normenfalle“ zu geraten.⁶⁸³ Eine permanente normative Überforderung des Strafvollzugs behindert die Umsetzung neuer Methoden und Maßnahmen im Strafvollzug. Dazu lässt sich neben Programmen wie „Täter-Opfer-Ausgleich“ und Schuldenregulierung auch die Ausgabe steriler Spritzen zählen. Mit dem Wissen um die tatsächlichen und rechtlichen Anforderungen einer Spritzenausgabe im Strafvollzug werden der Strafvollzug und die in ihm Tätigen dann zusätzlich belastet.

Die Anforderungen an eine Ausgabe steriler Spritzen und die rechtlichen Aspekte wurden in den vorangegangenen Teilen ausführlich dargelegt. Zwar konnte gezeigt werden, dass viele der befürchteten (straf-)rechtlichen wie tatsächlichen Probleme in der Praxis nicht auftreten. Jedoch müssen veränderte strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, um eine Spritzenvergabe innerhalb des Strafvollzugs für alle Beteiligten "rechtssicher" durchführen zu können. Dazu zählen sowohl der erhöhte und sorgfältigere Kontrollbedarf zum Schutz der Bediensteten, klare Handlungsanweisungen und umfassende Informationen der Bediensteten, eine Beteiligung des Personalrats an Entscheidungen im Zusammenhang der Spritzenvergabe als auch die Notwendigkeit der vertrauensvollen Behandlung von Daten und Informationen der drogenkonsumierenden Inhaftierten durch den Anstaltsarzt.

⁶⁸³ DOLDE 1995, 48.

Nur wenn die erforderlichen personellen und aufgezeigten strukturellen Bedingungen geschaffen worden sind und sich letztlich alle im Strafvollzug Tätigen als Team verstehen und sich einem gemeinsamen Leitbild und Konzept verpflichtet fühlen, kann die Ausgabe steriler Spritzen im Vollzug langfristig, dauerhaft und flächendeckend etabliert werden. Es muss die Überzeugung *aller* Mitarbeiter gestärkt werden, dass sie trotz der vollzugsimmanenten Widersprüche eine sinnvolle Arbeit leisten. Nur ein motivierter Mitarbeiterstab kann letztlich wesentlich dazu beitragen, dass die Gesellschaft den Strafvollzug nicht nur als Institution der Ausgrenzung, sondern auch der Integration versteht. Ein negatives Image gilt es abzubauen; denn dies wirkt sich ebenso positiv wieder auf die Einstellung des im Strafvollzug Tätigen zu seiner Arbeit aus.

Zwar wird man noch immer die Ausgabe steriler Spritzen unter Hinweis auf die aufgezeigten Ängste und Risiken für die Sicherheit im Vollzug schneller und überzeugender ablehnen als ihre Notwendigkeit zur Erreichung des Vollzugsziels der Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden begründen können. Erkennt man aber die Sinnhaftigkeit der Ausgabe steriler Spritzen als Beitrag einer notwendigen Infektionsprophylaxe an, so hat die Spritzenausgabe ihre Berechtigung auch *innerhalb* des Strafvollzugs. Werden die aufgezeigten Probleme ernst genommen und die dem einzelnen Anstaltstyps entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen getroffen, verdient die Spritzenvergabe die Chance, als ein Beitrag zur Infektionsprophylaxe in den Alltag des Strafvollzugs etabliert zu werden.

D. Literaturverzeichnis

- AK-StVollzG*: Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, hrsg. von J. Feest, 4. Aufl., Neuwied 2000.
- Albota, M.*: Erhebung zur HIV-Prävalenz intravenöser Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug, Justizbehörde Hamburg 1993.
- HIV-Prävalenz intravenös Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug im AMSEL-Forschungsprojekt, Projektgruppe Rauschmittelfragen: Abschlussbericht Bd. 1, Jugendberatung und Jugendhilfe Frankfurt 1995 [1995 a].
 - HIV-Prävalenz intravenöser Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug im Jahresvergleich 1992-1993, in: AIFO 1995 [1995 b], S. 127-132.
- Ali, R. / Auriacombe, M. / Casas, M. / Cottler, L. / Farrell, M. / Kleiber, D. / Kreuzer, A. / Ogborne, A. / Rehm, J. / Ward, P.*: Report of the External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts, in: Sucht 1999, S. 160-170.
- Althoff, M. / Schmidt-Semisch, H.*: Methadon-Substitution im Strafvollzug, Kritische Überlegungen zwischen Therapie und Pragmatismus, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1992, S. 23-28.
- Altwater, L.*: Bundespersonalvertretungsgesetz, Kommentar für die Praxis, Köln 1996.
- Amelung, K.*: Erweitern allgemeine Rechtfertigungsgründe, insbesondere § 34 StGB, hoheitliche Eingriffsbefugnisse des Staates?, in: NJW 1977, S. 833-836.
- Amelung, K. / Weidemann, J.*: Bestechlichkeit und Förderung einer Selbstschädigung im Maßregelvollzug, Anmerkung zu BGH NJW 1983, S. 462, in: JuS 1984, S. 595-601.
- Anhörung Rechtsausschuss*: Anhörung im Ausschuss für Rechts- und Verfassungsfragen des Niedersächsischen Landtages, 23. Juni 1999, Hannover, in: Der Vollzugsdienst 2/2000, S. 32-34.
- Arloth, F.*: Arztgeheimnis und Auskunftspflicht bei AIDS im Strafvollzug, in: Medizinrecht 1986, S. 295-299.
- Baechthold, A.*: HIV-Prävention und Spritzenabgabe in der Frauenvollzugsanstalt Hindelbank - Paradigma für die Nöte der Vollzugsbehörden?, in: Harm Reduction in Prison, hrsg. von J. Nelles und A. Fuhrer, Bern 1997, S. 115-134.
- Bammer, G. / Douglas, R.*: The ACT heroin trial proposal: an overview, in: Medical Journal of Australia 1996. pp. 690-692.

- Belling, D.*: Die Entscheidungskompetenz für ärztliche Eingriffe bei Minderjährigen, in: *FuR* 1990, S. 68-77.
- Benecke, M.*: Beteiligungsrechte und Mitbestimmung im Personalvertretungsrecht. Eine vergleichende Untersuchung der Regelungen und Reformbemühungen in Bund und Ländern unter Einbeziehung des Betriebsverfassungsrechts, Baden-Baden 1996.
- Beulke, W. / Schröder, S.*: Anmerkung zu BGH 4 StR 359/90, in: *NStZ* 1991, S. 392-395.
- Blei, H.*: Strafrecht I, Allgemeiner Teil, Ein Studienbuch, 18. Aufl., München 1983.
- BMG*: Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Pressemitteilung (Nr.90) vom 18.11.1998 (paper).
- BMG / BMJ*: Bundesministerium für Gesundheit und Soziales / Bundesministerium der Justiz, Dokumentation der Expertenanhörung zum Thema „Drogen und HIV-Prävention im Justizvollzug“, 22.2.1995 in Bonn (paper).
- Bochnik, H. J.*: Drogenpolitik - Sucht und Menschenwürde, in: *Sucht* 1996, S. 130-137.
- Bockelmann, P.*: Strafrecht des Arztes, Stuttgart 1968.
- Bockelmann, P. / Volk, K.*: Strafrecht Allgemeiner Teil, 4. Aufl., München 1987.
- Böllinger, L.*: Gesundheitsfürsorge für Fixer strafbar?, in: *JA* 1991, S. 292-298.
- Bohnert, J.*: Die Abstraktheit der abstrakten Gefährdungsdelikte - BGH NJW 1982, S. 2329; in: *JuS* 1984, S.182-187.
- Bornemann, R.*: Varianten des gemeinsamen Besteckgebrauchs bei i.v. Drogenkonsumenten und deren Bedeutung in der Ausbreitung von Infektionskrankheiten, in: *AIFO* 1993, S. 467-470.
- Bottke, W.*: Zur Struktur der Suizidbeteiligung, in: *GA* 1983, S. 22-30.
- Strafrechtliche Probleme von AIDS und der AIDS-Bekämpfung, in: *Die Rechtsprobleme von AIDS*, hrsg. von B. Schünemann und G. Pfeiffer, Baden-Baden 1988, S. 171-187.
- Breedeck, U. F. / Iselborn, M. / Altmann, D. / Rex, R.*: HIV und AIDS in Berliner Vollzugsanstalten, in: *RKI-InFo* 1997, S. 13-21.
- Brewer, T.F. / Vlahov, D. / Taylor, E. / Hall, D. / Munoz, A. / Polk, F.*: Transmission of HIV-1 within a statewide prison system, in: *AIDS* 1988, vol. 2, pp. 363-367.
- Bruns, M.*: AIDS und Strafvollzug, in: *StV* 1987, S. 505-507.

- BSBD-Hauptvorstand*: Drogenproblematik im Vollzug, in: *Der Vollzugsdienst* 6/1996, S. 32-34.
- Buchta, A. M. / Schäfer, K.-H.*: Substitution hinter Gittern. Ein Bericht über die Verordnung, Abgabe und Verabreichung von Methadon zum Zwecke der Substitution heroinabhängiger Gefangener in hessischen Justizvollzugsanstalten, in: *ZfStrVo* 1996, S. 21-25.
- Calliess, R.-P. / Müller-Dietz, H.*: *Strafvollzugsgesetz*, 8. Aufl., München 2000.
- Caspers-Merck, M.*: Information zum multizentrischen Modellversuch Heroingestützte Behandlung, Berlin, Stand: April 2002.
- Castro, K. / Shansky, R. / Scardino, V. / Narkunas, J. / Coe, J. / Hammett, T.*: HIV-transmission in correctional facilities. Paper presented at the VIIth International Conference on AIDS, Florence, 16.-21. June 1991, abstract no. M.C. 3067 (paper).
- Centers for Disease Control*: Acquired immunodeficiency syndrome in correctional facilities: a report of the National Institute of Justice and the American Correctional Association, in: *MMWR* 1996, 195-199.
- Christensen, P. B.*: Hepatitis C among Danish prisoners. Handout for the 2. European Seminar on HIV and Hepatitis in prison, Copenhagen 1997.
- Dargel, P.*: Die rechtliche Behandlung HIV-infizierter Gefangener, in: *NStZ* 1989, S. 207-208.
- DBDD*: Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001, München/Berlin 2001.
- Dölling, D.*: Suizid und unterlassene Hilfeleistung, in: *NJW* 1986, S.1011-1014.
- Dolan, K.*: AIDS drugs and risk behaviour in prison: State of the art, in: *Harm Reduction in Prison*, hrsg. von J. Nelles und A. Fuhrer, Bern 1997, S. 212-233.
- Dolan, K. / Wodak, A. / Hall, W. / Gaughwin, M. / Rae, F.*: HIV risk behaviour before, during and after imprisonment in New South Wales, in: *Addiction research* 1996, pp. 151-160.
- Dolan, K. / Wodak, A. / Penny, R.*: AIDS behind bars: prevention HIV spread among incarcerated drug injectors, in: *AIDS* 1995, pp. 825-832.
- Dolan, K. / Hall, W. / Wodak, A. / Gaughwin, M.*: Evidence of HIV transmission in an Australian prison, in: *Letter MJA* 1994, pp. 160 and 734.

Dolan, K. / Donohoe, M. / Stimson, G.: Drug injection and syringe sharing in custody and in community: an exploratory survey of HIV risk behaviour, in: *The Howard Journal* 1990, pp. 177-186.

Dolde, G.: Motivationsprobleme der Strafvollzugsbediensteten - Sisyphus-Arbeit oder Erfolgserlebnisse?, in: *Strafvollzug in den 90er Jahren*, Festgabe für Karl Peter Rotthaus, hrsg. von H. Müller-Dietz und M. Walter, Pfaffenweiler 1995, S. 45-54.

Dye, S. / Isaacs, C.: Intravenous drugs misuse among prison inmates: implications for spread of HIV, in: *British Medical Journal* 1991, p. 1506.

Eberbach, W. H.: Aids im Strafvollzug, in: *Die Rechtsprobleme von AIDS*, hrsg. von B. Schünemann und G. Pfeiffer, Baden-Baden 1988, S. 250-270.

Eberth, A. / Müller, E.: Betäubungsmittelrecht, Kommentar und Anleitung für die Praxis, München 1982.

Eisenberg, U.: Jugendgerichtsgesetz, 9. Aufl., München 2002.

Empfehlungsbericht: Expertenkolloquium Niedersachsen unter Leitung von Prof. Dr. Rüdiger Meyenberg, Empfehlungsbericht „AIDS und Hepatitis im Strafvollzug Niedersachsen“, Hannover 1995.

Endriß, R. / Malek, K.: Betäubungsmittelstrafrecht. 2. Aufl., München 2000.

Enquetekommission: Bericht der Aids-Enquetekommission, hrsg. vom Deutschen Bundestag, Bonn 1988.

Erbs, G. / Kohlhaas, M.: Strafrechtliche Nebengesetze, Band I, Loseblattkommentar, München, Stand 1998.

Expertenkolloquium: Expertenkolloquium Spritzenvergabe im Strafvollzug“, 14.-16. Juli 1998 in Lich / Gießen, veranstaltet durch das Institut für Kriminologie unter der Leitung von Prof. Dr. Arthur Kreuzer (unveröffentlichtes Protokoll).

Feest, J.: Geleitwort, in: *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 2001, S. 9-11.

Ferschel, K.: Der öffentlich-rechtliche Aufopferungsanspruch - Seine Entwicklung und seine Entwicklungsmöglichkeiten, Aachen 1995.

Flick, U.: Stationen des qualitativen Forschungsprozesses, in: *Handbuch Qualitative Sozialforschung*, hrsg. von U. Flick, E. v. Kardoff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel und S. Wolff, 2. Aufl., München 1995.

Flügge, C.: Anmerkung zu LG Arnsberg - 1 Vollz 286/88, in: *NStZ* 1984, S. 430.

- Franke, U. / Wienroeder, K.*: Betäubungsmittelgesetz - Kommentar, 2. Aufl., Heidelberg 2001.
- Frisch, K. J.*: Erfahrungen mit der Substitution im Strafvollzug - aus ärztlicher Sicht, in: Methadonbehandlung - ein Leitfaden, hrsg. von H. Bossong und H. Stöver, Frankfurt 1994, S. 145-154.
- Frisch, W.*: Tatbestandsmäßiges Verhalten und Zurechnung des Erfolges, Heidelberg 1988.
- Selbstgefährdung im Strafrecht - 2. Teil, in: NStZ 1992, S.62-67.
- Gallas, W.*: Abstrakte und konkrete Gefährdung, in: Festschrift für Ernst Heinitz zum 70. Geburtstag, hrsg. von H. Lüttger, Berlin 1997, S.171-185.
- Gaube, J. / Feucht, H. H. / Laufs, R. / Polywka, S. / Finscheidt, E. / Müller, H. E.*: Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektion, in: Gesundheitswesen 1993, S. 246-249.
- Gaunay, W. / Gido, R.*: AIDS, a demographic profile of New York State inmates mortalities 1981-1985. New York State Commission of Correction, New York 1986.
- Gbordzoe, E.*: Bewertung der HIV- und Hepatitis-Prävalenz im baden-württembergischen Justizvollzug, in: ZfStrVo 1997, S. 87-89.
- Gebhard, C.*: Gerichts-, Jugendgerichts-, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht, in: Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts, hrsg. von A. Kreuzer, München 1998, § 19, S. 1329-1370.
- Geilen, G.*: Strafrecht, Allgemeiner Teil, 2. Aufl., Bochum 1976.
- Geppert, K.*: Repetitorium Strafrecht, Begünstigung (§ 257 StGB), in: Jura 1980, S. 269-276.
- Die Ärztliche Schweigepflicht im Vollzug, Berlin 1983.
- Gesundheitsausschuss*: Gesundheitsausschuss des Berliner Abgeordnetenhauses, in: Deutsche Ärztezeitung vom 12.10.1994, S. 15.
- Göebel F. D. / Gauweiler, P.*: Medizin-Organisation-Recht - Aids Aktuell, Loseblattsammlung, Starnberg, Stand: 10/1995.
- Göttinger, G.*: AIDS und Justizvollzug - Modellprojekt zur Prophylaxe und Betreuungsarbeit im niedersächsischen Justizvollzug. hrsg. vom Niedersächsischen Justizministerium, Hannover (MS), Februar 1994 (paper).
- Gore, S. M. / Bird, A. G. / Burns, S. M. / Goldberg, D. J. / Ross, A. J. / Macgregor, J.*: Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison, in: British Medical Journal 1995, pp. 293-296.

- Goultier, J.*: Main characteristics of Dutch penitentiary drug policy, in: Prison and Drugs, A Conference for European Guidelines, Oldenburg 12.-14. März 1998, veranstaltet durch das "Europäische Netzwerk zur Drogen und AIDS-Hilfe im Strafvollzug" und die Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Tagungsband).
- Grabendorff, W. / Winscheid, C. / Ilbertz, W. / Widmaier, U.*: Bundespersonalvertretungsgesetz - Kommentar, mit Wahlordnung unter Einbeziehung der Landespersonalvertretungsgesetze; 9. Aufl., Stuttgart 1999.
- Gross, U.*: Wissenschaftliche Begleitung und Beurteilung des Sprizentauschprogramms im Rahmen eines Modellversuchs der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, Evaluationsbericht eines empirischen Forschungsprojekts., (KFN), (Forschungsberichte Nr. 73), 1998.
- Grunau, T.*: Strafvollzugsgesetz, 2. Aufl., Köln 1982.
- Günther, H.*: Folgepflicht, Demonstration und Verantwortlichkeit des Beamten - eine Skizze zur fachlichen Weisung, in: ZBR 1988, S. 297-317.
- van Haastrecht, H. J.*: Low levels of HIV risk behaviour among injecting drug users during and following imprisonment in the Netherlands. XIth International Conference on AIDS, Vancouver, 7.-11. July 1996 (paper).
- Hämig, R.*: Heroinverschreibung und AIDS, § 12, in: AIDS und HIV-Infektion: Diagnostik, Klinik, Behandlung - Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis, hrsg. von H. Jäger, Stuttgart 2002, S. 359-410.
- Harding, T. W.*: AIDS in prison, in: The Lancet 1987, pp. 1260-1264.
- Harding, T. W. / Schaller, G.*: HIV-AIDS in prisons: Updating and policy review. Survey for the WHO Global Program on AIDS, 1992.
- Hauptpersonalrat*: Sitzung des Hauptpersonalrats der Strafvollzugsbediensteten im Hessischen Justizvollzug, 6.-7. Mai 1997 in Schwalmstadt (paper).
- Heide, U.*: AIDS und Strafvollzug - Wenn Abwarten und Aufschieben zur Schuld wird, in: Infektionsprophylaxe im Strafvollzug, hrsg. von H. Stöver, Berlin 1994, S. 9-12.
- Heinemann, A. / Gross, U.*: Infektionsprophylaxe für Drogenkonsumenten im offenen Strafvollzug durch Vergabe steriler Einmalspritzen über Automaten, in: Sucht 2001, S. 57-65.
- Heinemann, A. / Püschel, K.*: Drogen und Infektionen im Hamburger Strafvollzug, Teil 2: Pilotprojekt zur Infektionsprophylaxe für drogenabhängige in der Anstalt des offenen Vollzugs in Vierlande (Anstalt XII) - Medizinische Begleitforschung, vervielfältigtes Manuskript Universität Hamburg, Hamburg 1998 [1998 a].

- Drogen und Infektionen im Hamburger Strafvollzug, Teil 3: Prävalenz und Transmission von viralen Infektionskrankheiten im geschlossenen Strafvollzug in Hamburg-Fuhlsbüttel (Anstalten II und V) - Komparative Begleitstudie zum Pilotprojekt zur Infektionsprophylaxe für Drogenabhängige in der Anstalt des offenen Vollzugs in Vierlande (Anstalt XII), vervielfältigtes Manuskript Universität Hamburg, Hamburg 1998 [1998 b].

- Heintges, T.:* Epidemiologie und Klinik chronischer Virushepatitis, in: Medizinische Wochenzeitschrift 1994, S. 1365-1370.

- Herzberg, R. D.:* Beteiligung des Beschützergaranten an eigenverantwortlicher Selbstschädigung des Schützlings, in: JuS 1984, S. 937-939.
- Beteiligung an einer Selbsttötung oder tödlicher Selbstgefährdung als Tötungsdelikt, Teil 1, in: JA 1995, S. 131-138; Teil 3, in: JA 1995, S. 265-272.

- Heudtlass, J.-H. / Stöver, H.:* Harm Reduction - Ein Trainingsprogramm für Inhaftierte Drogengebrauchende und für Bedienstete des Justizvollzugs, in: Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 1997, S. 197-209.

- Hirsch, K.:* Anmerkungen zu BGH StR 209/78, in: JR 1979, S. 430-433.

- Höflich, P. / Schriever, W.:* Grundriss Vollzugsrecht: das Recht des Strafvollzugs und der Untersuchungshaft für Ausbildung, Studium und Praxis, 2. Aufl., Berlin 1998.

- Hoffmann-Riem, W.:* Strafflosigkeit des Betreibens von Drogenberatungs- und Drogenhilfestellen mit Konsummöglichkeit, in: NStZ 1998, S. 7-13.

- Hoffmeyer, C.:* Grundrechte im Strafvollzug: Verfassungsrecht, als kriminalpolitischer Beitrag zur Reform des Strafvollzugs, Heidelberg 1979.

- Hohmann, R.:* Betäubungsmittelstrafrecht und Eigenverantwortlichkeit?, in: MDR 1991, S. 1117-1118.

- Hohmann, R. / Matt, H.:* Drogen und Verfassungswidrigkeit, in: Neue Kriminalpolitik 1994, S. 40-45.

- Holzinger, M.:* Sucht und ihre soziale Kontrolle durch das geltende Recht, Frankfurt 1998.

- Horsburgh, C. R. / Jarvis, J. Q. / McArthur, T. / Ignacio, T. / Stock, P.:* Seroconversion to human immunodeficiency virus in prison inmates, in: American Journal of Public Health 1990, vol. 80 (2), pp. 209-210.

- Hügel, F. / Junge, K.:* Deutsches Betäubungsmittelrecht, Recht des Verkehrs mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen - Kommentar, Stuttgart, Stand: 3/2002.

- Hunsicker, E.:* Der Staat und sein Drogendilemma, in: Kriminalistik 1996, S. 711-719.
- Hurley, F.:* Effectiveness of needle exchange programs on prevention of HIV-Infection, in: The Lancet 1997, pp. 1797-1800.
- Ilbertz, W.:* Personalvertretungsrecht des Bundes und der Länder (mit Wahlordnung), 12. Aufl., Bonn 2000.
- Jakob, J. / Stöver, H.:* Drogen und Drogengebrauchende im Strafvollzug, in: Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV /AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 1997, S. 17-30.
- Ergebnisse des Modellprojektes „Infektionsprophylaxe für drogenabhängige Gefangene im Niedersächsischen Justizvollzug“, in: ZfStrVo 1999, S. 156-161.
- Jarass, H. / Pieroth, B.:* Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Kommentar, 6. Aufl., München 2002.
- Jescheck H. H. / Weigend, T.:* Lehrbuch des Strafrechts, Allgemeiner Teil, 5. Aufl. Berlin 1996.
- Joachimski, J. / Haumer, C.:* Betäubungsmittelgesetz - Kommentar, 7. Aufl., Stuttgart 2002.
- Katholnigg, O.:* Ist die Entkriminalisierung von Betäubungsmittelkonsumenten mit scharfen Maßnahmen zur Eindämmung der Betäubungsmittelnachfrage vereinbar?, in: GA 1990, S. 193-200.
- Kappel, S. / Scheerer, S.:* Das Betäubungsmittelgesetz im neuen System sozialer Kontrolle, in: StV 1982, S. 182-188.
- Kaufmann, M. / Bode, J. Ch.:* HCV-Infektionsrisiko in medizinischen Berufen, in: Versicherungsmedizin 1997, S. 132-134.
- Kaulitzky, R.:* Ein Schritt vorwärts, einer zurück. Drogen und AIDS-Politik im Gefängnis, in: Kein schärfer Schwert, denn das für Freiheit streitet! - Festschrift für Thomas Mathiesen, hrsg. von K. Papendorf und K.-F. Schumann, Bielefeld 1993, S. 215-237.
- Kelley, P. W. / Redfield, R. R. / Ward, D. L. / Burke, D. S. / Miller, R. N.:* Prevalence and incidence of HTLV-111 infection in prison, in: Journal of American Medical Association 1986, vol. 356 (16), pp. 2198-2203.
- Keppler, K.:* „Das nicht sein kann, was nicht sein darf“, in: RKI-InFo 1996 [1996 a], S. 18-23.
- Grundlagen der Anstaltsmedizin, in: Betreuung im Strafvollzug - Ein Handbuch, hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin 1996 [1996 b], S. 111-129.

- Die Substitutionsbehandlung mit Methadon im Justizvollzug der Bundesrepublik Deutschland, in: Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 1997, S. 73-89.
- Medizinische Evaluation des Spritzenvergabeprojekts in der Frauen-JVA Vechta, in: LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 2001, S. 83-90.
- AIDS- und Hepatitis-Viren: Infektionserfassung und Prävalenz bei Frauen im Strafvollzug, Oldenburg 2001.

Keppler, K. / Nolte, F. / Stöver, H.: Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug - Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta, in: Sucht 1996, S. 98-107.

Kern, J.: Zum Ausmaß des Drogenmissbrauchs in den Justizvollzugsanstalten und den Möglichkeiten seiner Eindämmung, in: ZfStrVo 1997, S. 90-92.

Killias, M. / Uchtenhagen, A.: Reduziert die ärztliche Verschreibung von Heroin die Kriminalität von Drogenabhängigen?, in: Neue Kriminalpolitik 1996, S. 48-51.

Kirchhof, P.: Die Grundrechte des Kindes und das natürliche Elternrecht, in: Praxis des neuen Familienrechts, 1978, S. 171-178.

Kindermann, W.: Behandlung Drogenabhängiger im Justizvollzug, in: MschrKrim 1979, S. 218-227.

Kirschner, W.: HIV-Surveillance. Inhaltliche und methodische Probleme bei der Bestimmung und Ausbreitung von HIV-Infektionen, Berlin 1993.

Kleiber, D.: Die HIV/AIDS-Problematik bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland - unter besonderer Berücksichtigung der Situation hafterfahrener Drogenabhängiger, in: HIV/AIDS und Straffälligkeit, eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe, hrsg. von M. Busch, W. Heckmann und E. Marks, Bonn 1991, S. 25-40.

Kleiber, D. / Pant, A.: HIV-Needle-Sharing-Sex. Eine sozialepidemische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. Drogenkonsumenten, Band 69a der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1996.

Kleinewefers, H. / Wilts, W.: Die Schweigepflicht der Krankenhausleitung, NJW 1964, S. 429-431.

Kleinknecht, T. / Meyer-Goßner, L.: Strafprozessordnung, 45. Aufl., München 2000.

Kloesel, A. / Cyran, W.: Arzneimittelrecht - Kommentar, Loseblattsammlung, München, Stand: Juni 2002.

- Kniesel, M.:* Vorbeugende Bekämpfung von Straftaten im juristischen Meinungsstreit - eine unendliche Geschichte, in: ZRP 1992, S. 164-167.
- Koch, U. / Ehrenberg, S.:* Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik, in: AIDS und Drogen II, Evaluation AIDS- präventiver Botschaften, hrsg. von H. Stöver, Berlin 1992, S. 27-101.
- Körner, H. H.:* Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Betäubungsmitteln durch Opiatabhängige, in: StV 1994, S. 683-686.
- Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz - Kommentar, 5. Aufl., München 2001.
- Konzeption:* Konzeption "Modellvorhaben Spritzenvergabe" in der Justizvollzugsanstalt für Frauen Berlin, vervielfältigtes Manuskript Justizsenat Berlin, 30. Juni 1998.
- Krausz, M.:* Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische,, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie; Studienprotokoll gemäß Bekanntmachung des BMG im BAnz. Nr. 183 vom 29.9.1999, Hamburg 2001.
- Kreideweiß, T.:* Die Reform des Jugendstrafrechts, ein analytischer Vergleich bisheriger Gesetzentwürfe sowie die Konzipierung eines eigenen Alternativentwurfs, Frankfurt 1993.
- Kremer, V.:* Der Einfluss des Elternrechts aus Art. 6 Abs. 2, Art 2 und 3 GG auf die Rechtmäßigkeit der Maßnahmen des JGG, Köln 1984.
- Kreuzer, A.:* Der Drogenmissbrauch und seine Bekämpfung, in: ZStW 1974, S. 379-422.
- Schweigepflicht von Ärzten öffentlicher Krankenhäuser, in: Medizinische Klinik 71 (1976), S. 1396-1400; 1467-1470; 1520-1523; sowie Medizinische Klinik 1977, S. 776-778.
 - Beschluss des Bundesverfassungsgerichts über die Beschlagnahme von Klientenakten einer Suchtberatungsstelle mit Anmerkung und einer Stellungnahme, in: Suchtgefahren 1978, S. 84-92.
 - Strafrecht als Hindernis sinnvoller AIDS-Prophylaxe, in: NSTZ 1987, S. 268-270.
 - AIDS und Strafrecht, in: ZStW 1988, S. 787-816.
 - Aidsprophylaxe, Spritzenautomaten und die Straffjustiz, in: Suchtgefahren 1990 [1990 a], S. 214-222.
 - Besonderheiten von AIDS und Drogenabhängigkeit, in: AIDS, Recht und Gesundheitspolitik, hrsg. von C. Prittwitz, Berlin 1990 [1990 b], S. 171-180.
 - Konflikte zwischen Straffjustiz und Drogen- sowie AIDS-Beratungsdiensten, in: AIDS, Recht und Gesundheitspolitik, hrsg. von C. Prittwitz, Berlin 1990 [1990 c], S.181-192.

- Drogenabhängige im Strafverfahren und Strafvollzug - Realitäten und Perspektiven, in: Drogen und Strafjustiz, hrsg. von R. Reindl und W. Nickolai, Freiburg i. Br. 1994, S. 27-47.
- Betäubungsmittelstrafrecht - Gedanken, Befunde, Kritik, in: Festschrift für Koichi Miyazawa, hrsg. von H.-H. Kühne, Baden-Baden 1995 [1995 a], S. 177-197.
- HIV-Prävention im Strafvollzug und Entlassung AIDS-kranker Gefangener, in: Kriminalistik und Strafrecht, Festschrift für Friedrich Geerds zum 70. Geburtstag, hrsg. von E. Schlüchter, Lübeck 1995 [1995 b], S. 317-335.
- Keine Droge führt an sich zur Kriminalität, Drogen, Sucht und Delinquenz (Teil I), in: TW Pädiatrie 1995 [1995 c], S. 308-314.
- Epidemiologie, in: Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts, hrsg. von A. Kreuzer, München 1998 [1998 a], § 2, S. 33-95.
- Erscheinungsformen von Drogenkriminalität und verwandtem abweichendem Verhalten, in: Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts, hrsg. von A. Kreuzer, München 1998 [1998 b], § 4, S. 185-332.
- Informal statement for the WHO evaluation of the swiss scientific studies of medically prescribed narcotics: phase III, vielfältiges Manuskript, 1998 [1998 c].
- Spritzenvergabe im Strafvollzug, in: Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag, hrsg. von W. Feuerhelm, München 1999, S. 379-397.

Krieg, H.: Falsches Signal?, in: Neue Kriminalpolitik 1994, S.8-9.

Krumsiek, R.: Das Drogenproblem im Strafvollzug, in: ZfStrVo 1992, S. 306-308.

Kühl, K.: Strafrecht Allgemeiner Teil, 2. Aufl., München 1997.

Küpper, G.: Grenzen der normativen Strafrechtsdogmatik, Berlin 1990.

Kunig, P.: Das Recht des öffentlichen Dienstes, in: Besonderes Verwaltungsrecht, hrsg. von E. Schmidt-Aßmann, 12. Aufl., Berlin 2003, S. 627-725.

Kusch, R.: Die Strafbarkeit bei Vollzugsbediensteten bei fehlgeschlagenen Lockerungen, in: NStZ 1985, S. 385-393.

Lackner, K. / Kühl, K.: Strafgesetzbuch mit Erläuterungen. Kommentar, 24. Aufl., München 2001.

Langkeit, J.: Umfang und Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 I Nr.1 StGB, in: NStZ 1994, S. 6-9.

Laufs, R. / Laufs, A.: Aids und Strafrecht, in: NJW 1987, S. 2257-2265.

Laufs, R. et al.: Was bedeutet der Befund „HCV-Antikörper positiv“?, in: Deutsches Ärzteblatt 1994, S. 209-213.

Laubenthal, K.: Strafvollzug, 2. Aufl., Berlin 1998.

- LK*: Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch, hrsg. von B. Jähnke, H. W. Laufhütte und W. Odersky, 11. Aufl., Berlin 2002.
- Lesting, W.*: Die Abgabe von Einwegspritzen im Strafvollzug zur AIDS-Prävention - strafbar oder notwendig? in: StV 1990, S. 225-230.
- Leudsen, R. P. / Stark, K.*: Infektionskrankheiten bei intravenös injizierenden Drogengebern, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1992, S. 702-706.
- Lisken, H.*: Vorfeldeingriffe im Bereich der Organisierten Kriminalität - Gemeinsame Aufgabe von Verfassungsschutz und Polizei? In: ZRP 1994, S. 264-270.
- Lorenzen, U. / Schmidt, L. / Etzel, G. / Gerhold, D. / Abers, H. / Schlatmann, A.*: Bundespersonalvertretungsgesetz, Loseblattkommentar, Heidelberg, Stand: 1995.
- Lurie, P.*: the Public Health Impact of needle-exchange programs in the United States and abroad: Summary, conclusions and recommendations. University of California, Institute for Health Policy Studies, San Francisco 1993, p. 58.
- Lüth, R. / Püschel, K.*: HIV-1 Antikörper Prävalenz, Infektionsmodus und Risikofaktoren i.v. Drogenabhängiger im Hamburger Strafvollzug, in: AIFo 1996, S. 300-303.
- Marx, M.*: Schweigepflicht und Schweigerecht der Angehörigen des Behandlungstabs im Straf- und Maßregelvollzug, in: GA 1983, S. 160-179.
- Maurach, R. / Zipf, H.*: Strafrecht Allgemeiner Teil - Teilband 1, 8. Aufl., Heidelberg 1992.
- Maurach, R. / Gössel, K. H. / Zipf, H.*: Strafrecht Allgemeiner Teil - Band 2, 7. Aufl., Heidelberg 1989.
- Maurer, H.*: Allgemeines Verwaltungsrecht, 13. Aufl., München 1999.
- Metrebian, N. / Sanahan, W. / Wells, B. / Stimson, G.*: Feasibility of prescription injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: Associated health gains and harm reductions, in: Medical Journal of Australia 1998, pp. 596-600.
- Meyenberg, R. / Jakob, J. / Stöver, H. / Pospeschill, M.*: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug, Bd. 1 Oldenburg 1996.
- Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug, Bd. 2, Oldenburg 1997.
 - Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug, Bd. 3, Oldenburg 1999.

- Michels, I.*: Zur Situation HIV-Infizierter und AIDS-Kranker im Strafvollzug, in: KJ 1988, S.422-425.
- Müller, O.*: Der Abschied von der konkreten Gefahr als polizeirechtliche Eingriffsbefugnis, in: Neue Strafrechtsentwicklungen im deutsch-japanischen Vergleich, hrsg. von H-H- Kühne und K. Miyazawa, München 1995, S 209-219.
- Müller, R. / Stark, K. / Guggenmoos-Holzmann, I. / Wirth, D. / Bienzle, U.*: Imprisonment: A risk factor for HIV Infection counteracting education and prevention programs for intravenous drug users, in: AIDS 1995, vol. 9, pp. 183-190.
- Müller-Dietz, H.*: Grundfragen des strafrechtlichen Sanktionensystems, Heidelberg 1979.
- von Münch, I. / Kunig, P. (Hrsg.)*: Grundgesetz - Kommentar, Band 1, 5. Aufl., München 1999.
- Münchener Kommentar*: Münchener Kommentar zum BGB, hrsg. von K. Rebmann, F. J. Säcker und R. Rixecker, Band 5, Schuldrecht - Besonderer Teil III, 3. Aufl., München 1997.
- Mutter, R. C. / Grimes, R. M. / Labarthe, D.*: Evidence of imprison spread of HIV-infection, in: Archives of Internal Medicine 1994, vol. 154, pp. 793-795.
- Narr, A.*: Ärztliches Berufsrecht, 2. Aufl. 1982.
- National Institute of Justice*: Centers for Diseases Control, Acquired immunodeficiency syndrome in correctional facilities: A report of the National Institute of Justice and the American Correctional Association, in: MMWR 1986, vol 35 (12), pp. 195-199.
- Nassauer, A.*: Der Betriebsarzt im Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 1999, S. 481-485.
- Nelles, J. / Vincenz, I. / Fuhrer, A. / Hirsbrunner, H.-P.*: Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der kantonalen Anstalt Realta, Schlussbericht, Bern 1999 [1999 a].
- Nachuntersuchung, Bern 1999 [1999 b] (paper).
- Nelles, J. / Fuhrer, A.*: Harm Reduction in Prison, Risikominderung im Gefängnis, Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviours, Bern 1997.
- Nelles, J. / Waldvogel, D. / Maurer, C. / Aebischer, C. / Fuhrer, A. / Hirsbrunner, H.-P.*: Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten Hindelbank, Evaluationsbericht 1995.

- Nickels, C.:* Substitutionsgestützte Behandlung, Position des Bundesgesundheitsministeriums, in: Deutsches Ärzteblatt 1999 (96), C-2053-2055.
- Justizministerium Niedersachsen:* Niedersächsisches Ministerium der Justiz und für Europaangelegenheiten: Erlass vom 19. Oktober 1998 -4550-403.2.13-, Dienstunfallschutz in den Justizvollzugsanstalten, in: Der Vollzugsdienst 1/1999, S. 24.
- Neuheuser, S.:* Die Strafbarkeit von Eltern minderjähriger Mehrfachstraftäter wegen Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht (§ 171 StGB), in: NStZ 2000, S. 174-179.
- O'Keefe, E. / Kaplan, E. / Khosnood, K.:* Priliminary Report: City of New Haven Needle Exchange Program, New Haven Health Department, New Haven 1991, pp. 31-40.
- Ossenbühl, F.:* Staatshaftungsrecht, 5. Aufl., München 1998.
- Ostendorf, H.:* Jugendgerichtsgesetz, 5. Aufl., Köln 2000.
- Ostini, R. / Bammer, G. / Dance, P. / Goodin, R.:* The ethics of experimental heroin maintance, in: Medical Journal of Ethics 1993, pp. 175-182.
- Otto, H.:* Grundkurs Strafrecht. Allgemeine Strafrechtslehre, 6. Aufl., Berlin 1996.
- Otto, H.:* Eigenverantwortlichkeit und Selbstschädigung und -gefährdung sowie einverständliche Fremdschädigung und -gefährdung, in: Festschrift für Herbert Tröndle zum 70. Geburtstag, hrsg. von H.-H. Jescheck und T. Vogler, Berlin 1989, S. 157-175.
- Otto, H. / Brammsen, J.:* Die Grundlagen der strafrechtlichen Haftung des Garanten wegen Unterlassens (I), in: Jura 1985, S. 530-542.
- Palandt, O.:* Bürgerliches Gesetzbuch, Kommentar, 62. Aufl., München 2003.
- Pant, A. / Kleiber, D.:* HIV und AIDS bei iv. Drogenkonsumenten, in: Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts, hrsg. von A. Kreuzer, München 1998, § 7, S. 489-522.
- Pape, U. / Böttger, A. / Pfeiffer, C.:* Wissenschaftliche Begleitung und Beurteilung des geplanten Spritzentauschprogramms im Rahmen eines Modellversuchs der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg. Konzeption eines empirischen Forschungsmodells, Hannover 1996.
- Pausch, W. / Prillwitz, G.:* Polizei- und Ordnungsrecht in Hessen, Stuttgart 1991.
- Patti, A. M. et al.:* Viral hepatitis and drugs: A continuing problem, in: International Journal of Epidemiologie 1993, pp. 135-139.

- Penning, R. / Gerhart, G. / Spann, W.:* Stand der HIV-Infektionen in den bayerischen Justizvollzugsanstalten von 1985 bis 1987, in: AIFO 1988, S.74-79.
- Pickering, J. / Stimson, R.:* Syringe sharing in prison, in: The Lancet 1993, pp. 621-622.
- Podiumsdiskussion:* Rechtspolitische Podiumsdiskussion, 3.12.1998 in Gießen (Hessen), veranstaltet durch den Landesarbeitskreis Christlich-Demokratischer Juristen, Der Vollzugsdienst 1/1999, S. 14-17.
- Pont, J.:* Antibody prevalence of parenterally transmitted viruses (HIV-1, HBV, HCV) in Austrian intravenous drug users, in: Infection 1991, pp. 427-430.
- Preusse, M.:* Zur drogenpolitischen Sinnhaftigkeit und strafrechtlichen Zulässigkeit des Einrichtens und Betreibens von Fixerräumen, Frankfurt 1998.
- Preusse, M.:* Fixerräume, in: MschrKrim 1999, S. 235-247.
- Rex, R.:* Zur Lage drogengebrauchender Menschen in Haft, in: ZfStrVo 1991, S. 342-345.
- Richardson, S. et al.:* Factors associated with HIV-seropositivity in European injecting drug-users, in: AIDS 1993, pp. 1485-1491.
- Rieger-Ndakorerwa, G. / Korte, W. / Nielsen, A. / Ruschmeyer, J. / Spors, P. / Fell, G.:* Infektionsepidemiologie - Analyse der Zunahme der infektiösen Hepatitis in Hamburg, in: Gesundheitswesen 1994, S. 132-136.
- Rotily, M.:* HIV-testing, HIV-infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons, in: AIDS 1994, pp. 1341-1344.
- Roxin, C.:* Pflichtwidrigkeit und Erfolg bei fahrlässigen Delikten, in: ZStW 1962, S. 411-444.
- Roxin, C.:* Strafverfahrensrecht, Ein Studienbuch, 24. Aufl., München 1995.
- Rudolphi, H.-J.:* Anmerkung zu BGH 4 StR 359/90, in: JZ 1991, S. 572-574.
- Sachs, M. (Hrsg.):* Grundgesetz - Kommentar, 3. Aufl., München 2003.
- Scheerer, S.:* Die Heroinszene, in: Drogen und Drogenpolitik - Ein Handbuch, hrsg. von S. Scheerer und I. Vogt, Frankfurt/Main 1989, S. 285-302.
- Schäfer, K. H. / Buchta, A.-M.:* Aids im Justizvollzug. Ein Bericht über zehn Jahre medizinische Betreuung in den hessischen Justizvollzugsanstalten, in: ZfStrVo 1995, S. 323-326.
- Schäfer, K. H. / Schoppe, R.:* Betäubungsmittel - Straftäter im Strafvollzug, in: Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts, hrsg. von A. Kreuzer, München 1998, § 21, S. 1401-1422.

- Schmidt, E.*: Anmerkung zu BDH WB 12/60, in: JZ 1963, S. 413-415.
- Schmidt, H.-W.*: Fragen des Betäubungsmittelstrafrechts, in: MDR 1982, S. 881-886.
- Smith, P. F. / Mickl, J. / Truman, B. I. / Lessener, L. / Lehman, J. S. / Stevens, R. W. / Lord, E. A. / Broaddus, R. K. / Morse, D. L.*: HIV infection among women entering the New York state correctional system; in: American Journal of Public Health 1991, 35-40.
- Schmitt, R.*: Strafrechtlicher Schutz des Opfers vor sich selbst?, in: Festschrift für Reinhart Maurach zum 70. Geburtstag, hrsg. von F.-C. Schröder und H. Zipf, Karlsruhe 1972, S. 113-126.
- Schmuck, R.*: Probleme mit HIV-Infizierten und an Aids erkrankten Personen im Vollzug der Untersuchungshaft und Strafhaft, in: ZfStrVo 1989, S. 165-173.
- Schönke, A. / Schröder, H.*: Strafgesetzbuch - Kommentar, 26. Aufl., München 2001.
- Schwabe, J.*: Zur Geltung von Rechtfertigungsgründen des StGB für Hoheitshandeln, in: NJW 1977, S. 1902-1906.
- Schwerdtner, E.*: Kindeswohl oder Elternrecht?, in: AcP 1973, S. 227-245.
- Schwindt, H. D. / Böhm, A.*: Strafvollzugsgesetz, 3. Aufl., Berlin 1999.
- Schünemann, B.*: Die Rechtsprobleme der Aids-Eindämmung - Eine Zwischenbilanz, in: Die Rechtsprobleme von AIDS, hrsg. von B. Schünemann und G. Pfeiffer, Baden-Baden 1988, S. 373-412.
- Seamark, P. / Gaughwin, M.*: Jabs in the dark: Injecting equipment founds in prison and the risk of viral transmission, in: Australian Journal of Physical Health 1994, pp. 113-116.
- Sigel, W.*: AIDS und Gefängnis, in: ZfStrVo 1993, S. 218-219.
- SK*: Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch, hrsg. von H.-J. Rudolphi, E. Horn und E. Samson, Loseblattsammlung, Neuwied, Stand 1998.
- Smith, P. F. et al.*: HIV infection among women entering the New York State correctional system, in: American Journal of Public Health 1991, pp. 35-41.
- Söllner, A. / Reinert, H.-J.*: Personalvertretungsrecht, Baden-Baden 1985.
- Sonnen, B.-R.*: Anmerkung zu LG Dortmund, Beschluss vom 29.01.1990, in: JA 1990, S. 211-212.

Stark, K. / Schreier, E. / Müller, R. / Wirth, D. / Drissel, G. / Bieze, U.: Prevalence and determinants of Anti-HCV seropositivity and of HCV genotype among intravenous drug users in Berlin, in: *Journal Infection Diseases* 1995, pp. 331-337.

Steffen, Th. / Kaufmann, B. / Blättner, R. / Dobler-Mikola, A. / Gutzweiller, F. / Uchtenhagen, A.: Die heroingestützte Behandlung von Opiatabhängigen - bisherige und aktuelle Forschungsschwerpunkte, in: *Gesundheitswesen* 1999, S. 407-412.

Stegheer, S.: Zur Zulässigkeit sog. Gesundheitsräume, in: *NStZ* 1995, S. 322-323.

Stieler, M.: Aids- und Hepatitisprävention im sächsischen Justizvollzug, in: *Bundesgesundheitsblatt* 1999, S. 577-582.

Stöver, H.: HIV/AIDS-Prävention für DrogengebraucherInnen im Strafvollzug?, in: *KrimJ* 1993, S. 184-201.

- Infektionsprophylaxe im Strafvollzug, Berlin 1994 [1994 a].
- Verhütung von Infektionskrankheiten im Strafvollzug, in: *Drogen und AIDS*, hrsg. von J. Klee und H. Stöver, Berlin 1994 [1994 b], S. 315-338.
- Originalstoffabgabe im Strafvollzug - Eine Einführung, in: *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS) im Strafvollzug*, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 1997, S. 171-172.
- Hilfen für drogenabhängige Gefangene in den Gefängnissen Europas, in: *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 2001, S. 133-151.

Stöver, H. / Jakob, J.: Umfassende Gesundheitsförderung im Justizvollzug, in: *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 1997, S. 211-224.

Stöver, H. / Schuller, K.: Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedsstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in: *AIDS und Drogen II, Evaluation AIDS-präventiver Botschaften*, hrsg. von H. Stöver, Berlin 1992, S. 101-104.

Stöver, H. / Weilandt, C.: Prävalenz viraler Infektionskrankheiten und infektionsrelevanten Risikoverhaltens im deutschen Strafvollzug, in: *RKI-InFo* 1997, S. 22-28.

Stree, W.: Beteiligung an vorsätzlicher Selbstgefährdung - BGHSt 32, 262 und BGH NStZ 1984, S. 452, in: *JuS* 1985, S.179-184.

Stuhlmann, J.: Drogenkonsum im Gefängnis - Innenansichten aus dem Strafvollzug, in: *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepati-*

tis) im Strafvollzug, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 1997, S. 31-41.

Taylor, A. / Goldberg, D. / Emslie, J. / Wrench, J. / Gruer, L. / Cameron, S. / Black, J. / Davis, B. / McGregor, J. / Follett, E. / Harvey, J. / Basson, J. / McGavigan, J.: Outbreak of HIV infection in a Scottish prison, in: *British Medical Journal* 1995, pp. 289-292.

Taylor, A. et al.: Outbreak of HIV-Infection in a South Prison. Paper presented to the 10. International Conference on AIDS/International Conference on STD, Program No. 463 C, Yokohama (Japan), August 1994.

Thiel, A.: Infektionsprophylaxe im Strafvollzug in der JVA Vierlande - Zur Abgabe steriler Einwegspritzen in einem Hamburger Modellprojekt, in: *Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIV/AIDS und Hepatitis) im Strafvollzug*, hrsg. von J. Jakob, K. Keppler und H. Stöver, Berlin 1997, S. 159-166.

Tomasevski, K.: Prison health, International standards and national practices in Europe, in: *Helsinki Institute for crime Prevention and control, affiliates with the United nations. Publication Series No. 21*, 1992, p. 118.

Tröndle, H. / Fischer, T.: *Strafgesetzbuch und Nebengesetze - Kommentar*, 51. Aufl., München 2003.

Uchtenhagen, A.: Medical prescription of narcotics, Synthesis Report, (Zürich), Juni 1998.

Wagner, H.: *Amtsverbrechen*, Berlin 1975.

Wagner, H.-J.: *Betäubungsmittelstrafrecht, Einführung anhand von Fällen*, Baden-Baden 1996.

Weichbrodt, S.: Die Pflichten beamteter Ärzte bei Abwendung eines Hungerstreiks, in: *NJW* 1983, S. 311-315.

Weiland, C. / Rotily, M.: *European network on HIV/AIDS Prevention in Prison - Final Report*, Bonn 1997.

Weinacht, P. L.: Grundlagen und Rechtfertigung der Drogenpolitik, in: *Gesundheitswesen* 1999, S. 455-463.

Wessels, J.: *Strafrecht Allgemeiner Teil*, Heidelberg 1999.

WHO (World Health Organisation): WHO-Richtlinien zu „HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis“, WH/GPA/DIR/93.3, Übersetzung, in: *Infektionsprophylaxe im Strafvollzug*, hrsg. von H. Stöver, Berlin 1994, S. 119-128.

WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands): *European Network of HIV-AIDS prevention in prisons, Report*, Bonn 1996.

Wiese, W.: Beamtenrecht, 2. Aufl., Köln 1982.

Wilhelm, B.: Pflicht des Beamten zum Einsatz seines Lebens, in: ZBR 1966, S. 325-328.

Winkler, K.-R.: Zur Zulässigkeit von „Fixerstuben“ - eine Stellungnahme zu Körner, StV 1994, S. 683-686; in: StV 1995, S. 216-218.

Würtemberger, T.: Kriminalpolitik im sozialen Rechtsstaat, Köln 1970.

Zaczyk, R.: Strafrechtliches Unrecht und die Selbstverantwortung des Verletzten, Heidelberg 1993.

Zieger, F.: Zur Schweigepflicht des Anstaltsarztes, in: Zur Zwangsernährung verpflichtet? - Ein Ratgeber bei medizinischen und juristischen Fragen, hrsg. d. d. Ärztesgruppe Berlin (W.) für ausreichende medizinische Versorgung in den Haftanstalten, Berlin 1981, S. 59-64.