



Training Criminal Justice Professionals
in Harm Reduction Services

Schadensminderung im Justizvollzug

Ein Handbuch zur Fortbildung
von Mitarbeiter(inne)n





Training Criminal Justice Professionals
in Harm Reduction Services

ISBN: 978-3-9814079-0-7

Schadensminderung im Justizvollzug:

Ein Handbuch zur Fortbildung von Mitarbeiter(inne)n

TCJP
Training Criminal Justice Professionals
in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups

gefördert von der
Europäischen Kommission, Bereich öffentliche Gesundheit



Dieses Fortbildungshandbuch wurde im Rahmen des vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Kommission geförderten Projektes „Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups“ (TCJP - Vertragsnummer 2007 318) erstellt.

Autoren

Caren Wiegand, Caren Weilandt, Morag MacDonald, Ivan Popov, Baiba Purvlice, Linda Pavlovska, Emanuel Parausanu, Sorin Dobrota

Weitere Informationen:

Dr. Caren Weilandt (Kordinatorin des TCJP-Projekts)

WIAD - Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands

Udierstraße 78, D - 53173 Bonn

Telefon: 0228 8104 182

Fax: 0228-8104-1736

E-Mail: caren.weilandt@wiad.de

Caren Wiegand (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Telefon: 0228 8104 114

E-Mail: caren.wiegand@wiad.de

Danksagung

Die Autoren möchten den folgenden Personen für ihre Beiträge und Unterstützung bei der Entwicklung des Fortbildungshandbuchs danken:

Daniele Berto

Roxana Dude

Alex Gatherer

Paul Hayton

David Kane

Emil Madzharov

Afrodita Qaramah

Signe Rotberga

Loreta Stoniene

James Williams

Inhaltsübersicht	Seite
1. Einführung	13
1.1 Was beinhaltet dieses Handbuch?	13
1.2 Wie verwendet man das Handbuch?	13
1.2.1 Aufbau der Fortbildung	13
1.2.2 Struktur der Module	14
1.3 Was ist Schadensminderung?	14
1.4 Warum sind Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Schadensminderung sinnvoll?	15
1.5 Wie sind die Fortbildungen durchzuführen?	17
1.5.1 Vorbereitung	17
1.5.2 Fortbildungsleitung	18
1.5.3 Veranstaltungsort	19
1.5.4 Materialien und Ausstattung	19
1.5.5 Grundregeln für die Fortbildung	20
1.5.6 Fortbildungsmethoden	20
1.6 Evaluation der Fortbildung	25
1.7 Planung eines Fortbildungskurses	25
2. Hauptmodul	29
3. Zusatzmodule	59
3.1 Konzepte und Modelle der Drogenabhängigkeit	59
3.2 Infektionskrankheiten	69
3.3 Psychische Gesundheit und Drogenkonsum	85
3.4 Jugendliche und Drogenkonsum	97
3.5 Weibliche Gefangene	109
3.6 Ausländische Gefangene	125

3.7	Gefangene aus ethnischen Minderheiten	137
3.8	Sexualität	149
3.9	Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen	163
3.10	Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter(innen)	169
	Glossar	183
	Anlagen	185

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Erworbenes Immundefektsyndrom)
CCSA	Canadian Centre on Substance Abuse
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen des Amerikanischen Psychiaterverbands)
EATG	European AIDS Treatment Group (Europäische Gruppe AIDS-Behandlung)
EMCDDA	European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)
EU	Europäische Union
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
NRO	Nichtregierungsorganisation (auch: nichtstaatliche Organisation)
OST	Opioid Substitution Treatment (Opioidgestützte Substitutionstherapie)
PEP	Post-Expositionsprophylaxe
PTBS	Post-Traumatische Belastungsstörung
THC	Tetrahydrocannabinol
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Vorwort

Das vorliegende Fortbildungshandbuch wurde im Rahmen des Projekts „Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups“ (TCJP) entwickelt, welches von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission gefördert wurde. Das Projekt begann im Dezember 2007 und lief über drei Jahre.

Das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD gem. e. V.) war Koordinator des Projekts. Das TCJP-Projekt hat ein multidisziplinäres Netzwerk vieler verschiedener Berufsgruppen und Praktiker zusammengeführt, die innerhalb und außerhalb von Justizvollzugsanstalten arbeiten. Projektpartner waren die Association of Varna Organizations for Drug Prevention (AVODP, dt. Zusammenschluss von Organisationen Varnas zur Suchtprävention), Varna, Bulgarien; die Birmingham City University (BCU, dt. Stadtuniversität Birmingham), Birmingham, Vereinigtes Königreich; Latvia's Association for Family Planning and Sexual Health „Papardes zieds“ (dt. Lettischer Verband für Familienplanung und Sexualgesundheit „Papardes zieds“), Riga, Lettland und Promovarea Dreptului la Sanatate (dt. Förderung des Rechts auf Gesundheit (PDS)), Bukarest, Rumänien.

Im Lenkungsgremium und im Beirat des Projekts waren Vertreter vom Osservatio Carcere, Padova, Italien, vom WHO Regionalbüro für Europa und dem WHO-Kollaborationszentrum für Gefängnisgesundheit in London, vom UNODC-Projektbüro für das Baltikum sowie Vertreter aus verschiedenen Justizministerien Europas.

Das zentrale Ziel des Projekts waren die Entwicklung und Verbesserung von Fortbildungen für Fachkräfte im Strafjustizsystem, die direkt mit problematischen Drogenkonsument(inn)en arbeiten mit der Perspektive, dass gut informierte und ausgebildete Justizvollzugsmitarbeiter(inne)n den Gefangenen und Bediensteten umfangreiche Kenntnisse über Drogen, problematischen Drogenkonsum sowie damit verbundene Schäden wie Infektionskrankheiten vermitteln. Gut informierte Bedienstete sind eher in der Lage, fundierte Entscheidungen zu treffen und wenn sich die Beziehungen zwischen Gefangenen und Bediensteten verbessern, ist dies auch als Beitrag zur Schadensminderung anzusehen.

Die Entwicklung dieses Fortbildungshandbuchs basierte auf den Sichtweisen und Bedürfnisse der Bediensteten und denen der im Bereich Gefängnis und Schadensminderung arbeitenden Vertreter nichtstaatlicher Organisationen sowie auf denen der inhaftierten problematischen Drogenkonsument(inn)en. Innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit wurden qualitative Interviews mit Fachkräften aus dem Strafjustizsystem und Fokusgruppen mit inhaftierten problematischen Drogenkonsument(inn)en durchgeführt sowie quantitative Fragebögen an Ausbildungsinstitutionen versandt und ausgewertet.

Aufbauend auf den Forschungsergebnissen haben alle Projektpartner gemeinsam und in enger Abstimmung miteinander zur Entwicklung des Fortbildungshandbuchs beigetragen. Die erste Version des Handbuchs wurde von den bulgarischen, lettischen und rumänischen Projektpartnern getestet und daraufhin optimiert.

EINFÜHRUNG

1. Einführung

1

1.1 Was beinhaltet dieses Handbuch?

Dieses Handbuch wurde entwickelt, um die Fortbildung von Justizvollzugsbediensteten im Bereich Schadensminderung zu fördern und zu unterstützen. Die im Handbuch enthaltenen Materialien werden Ihnen weder vermitteln, wie man Seminarleiter(in) wird oder wie man Schadensminderung durchführt, noch enthält es alle verfügbaren Informationen zu den hier behandelten Themenbereichen. Bei der Ausarbeitung dieser Materialien wurde vorausgesetzt, dass die Person, die die Fortbildung durchführt, bereits Seminarleitungserfahrung sowie gute Kenntnisse in den Bereichen Schadensminderung und Drogenkonsum hat. Abhängig von der Situation in der einzelnen Justizvollzugsanstalt können die Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen entweder gemeinsam oder getrennt fortgebildet werden (zum Beispiel eine Fortbildungseinheit ausschließlich für Mitarbeiter(innen) des allgemeinen Vollzugsdiensts oder eine Einheit gemeinsam mit medizinischem Personal, Mitarbeiter(innen) des allgemeinen Vollzugsdiensts und Sozialarbeitern). Für welche Variante Sie sich entscheiden, sollte von der jeweiligen Situation in der Justizvollzugsanstalt abhängig gemacht werden. Bei der Fortbildung einzelner Berufsgruppen kann die Seminarleitung besser auf den jeweiligen Wissensstand und die spezifischen Bedürfnisse der Gruppe eingehen, während bei Fortbildungen mit gemischten Berufsgruppen aufgrund der verschiedenen Einstellungen und Ansichten die Diskussionen facettenreicher sein können. Bevor Sie bestimmte Berufsgruppen in die Fortbildungen einbeziehen (z.B. die Leitungsebene der Anstalt), sollten Sie sicherstellen, dass sich einzelne Teilnehmer(innen) nicht eingeschüchtert fühlen oder die Gruppendynamik beeinträchtigt ist. Fortbildungen zum Thema Schadensminderung sollten als fortlaufender Prozess angesehen und möglichst in bereits bestehende Fortbildungsaktivitäten und Ausbildungscurricula integriert werden.

Dieses Handbuch sowie alle dazugehörigen Materialien und die PowerPoint-Präsentationen können auf der Internetseite www.tcjp.eu kostenlos heruntergeladen werden.

1.2 Wie verwendet man das Handbuch?

1.2.1 Aufbau der Fortbildung

Die Fortbildung ist modular aufgebaut, d.h. sie besteht aus einer Einführung, einem Hauptmodul zum Thema Schadensminderung sowie zehn Zusatzmodulen.

In dieser Einführung erfährt der Fortbildungsleiter grundlegende Informationen über die Verwendungsweise des Handbuchs sowie genauere Informationen darüber, wie die Fortbildung durchgeführt werden kann.

Das Hauptmodul enthält eine Einführung und Übersicht über die wichtigsten Aspekte von Schadensminderung einschließlich einer Übersicht über Drogen, Risikoverhalten und drogenbedingte Probleme sowie konkrete Maßnahmen zur Schadensminderung.

Ergänzend zum Hauptmodul beinhalten die zehn Zusatzmodule detailliertere Informationen zu den verschiedenen Aspekten der Schadensminderung.

Alle Zusatzmodule können unabhängig voneinander eingesetzt werden. Einige Inhalte der Module ähneln sich. Durch die Wiederholung bestimmter, eng miteinander verknüpfter Inhalte der Fortbildung wird der Seminarleiter vertrauter mit den Informationen und das Verständnis der Fortbildungsteilnehmer(innen) verfestigt sich damit.

Das Handbuch hat eine flexible Struktur und die Zusatzmodule können separat oder der Reihe nach durchgearbeitet werden, entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen der Zielgruppe. **Jedes Fortbildungsprogramm sollte immer mit dem Hauptmodul beginnen.** Nach dem Hauptmodul können die anderen Module so eingesetzt werden, wie die Anforderungen der an der Fortbildung teilnehmenden Gruppe am effektivsten erfüllt werden. Die Zusatzmodule müssen nicht in der Reihenfolge durchgenommen werden, wie sie im Handbuch aufgelistet sind.

Für jedes Modul gibt es PowerPoint-Präsentationen mit Zusammenfassungen der wichtigsten Aspekte, die im Rahmen des jeweiligen Moduls von den Fortbildungsleitern vermittelt werden sollten. Außerdem enthalten die Notizenseiten der PowerPoint-Folien alle weiteren Informationen aus diesem Handbuch.

Die Zusatzmodule zur Sexualität (3.8) und zur Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen (3.9) sind rein interaktiv, hierzu gibt es also keine PowerPoint-Präsentationen.

1.2.2 Struktur der Module

Jedes Modul beginnt mit Angaben zur Zielgruppe, zu dem für die Durchführung des Moduls benötigten Zeitrahmen sowie eine Liste der benötigten Materialien. Klar hervorgehoben sind auch die Inhalte des Moduls und Informationen darüber, was Sie mit dem Modul erreichen können. Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die die Fortbildungsteilnehmer(innen) erwerben sollten, sind in den angestrebten Lernzielen festgehalten. Jedes Modul beginnt mit einer Einleitung gefolgt von einer Reihe von Fortbildungsschritten, mit deren Hilfe die jeweiligen Ziele erreicht werden können. Zur Unterstützung des Fortbildungsleiters ist eine Schritt-für-Schritt-Anleitung enthalten. Die für jeden Fortbildungsschritt angegebene Zeit muss nicht zwingend eingehalten werden - Sie können die Module je nach Zielgruppe ändern oder ergänzen, zum Beispiel indem Sie eine(n) Gastredner(in) einladen oder bestimmte Teile überspringen. Die Module enthalten außerdem Verweise auf weiterführende Literatur, die detailliertere Informationen zum jeweiligen Thema enthält. Am Ende eines jeden Moduls sollten alle Teilnehmer(innen) den Evaluationsbogen ausfüllen (Anlage 1).

1.3 Was ist Schadensminderung?

Der Begriff Schadensminderung bezieht sich auf ein Konzept, das darauf abzielt, die negativen Auswirkungen bestimmter Verhaltensweisen zu reduzieren. In Verbindung mit injizierendem Drogenkonsum zielt Schadensminderung darauf ab, die Übertragung von Infektionskrankheiten - zum Beispiel durch Spritzen- und Nadeltausch - zu verringern. Der Begriff Schadensminderung kann sich dabei

sowohl auf die damit verbundenen allgemeinen Prinzipien als auch auf bestimmte Arten der Intervention wie opioidgestützte Substitutionstherapien und Spritzentauschprogramme beziehen. Der Begriff Schadensminderung wurde definiert als „Methoden, Ansätze, Programme, Angebote und Interventionen, die die negativen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgeerscheinungen für das Individuum, die Gemeinschaft und die Gesellschaft insgesamt verringern“ (Newcombe, 1992).

Das Konzept der Schadensminderung erkennt an, dass der Konsum psychotroper (die Psyche des Menschen beeinflussenden) Substanzen in einem bestimmten Ausmaß unvermeidbar ist und dass in einer Gesellschaft mit einem gewissen Maß an Drogenkonsum zu rechnen ist (CCSA, 1996). Es akzeptiert, dass viele Menschen weiter Drogen konsumieren, weil sie ihren Konsum nicht einstellen möchten oder können. Bei der Schadensminderung geht es vorrangig um die Vermeidung drogenbedingter Probleme und negativer Konsequenzen, ohne dass von den Drogenkonsument(inn)en zwangsläufig Abstinenz gefordert wird. Schadensminderung ergänzt Präventionsmaßnahmen zum Drogenkonsum und Maßnahmen zur Reduktion des Drogenkonsums insgesamt, und unterstützt solche Menschen, die mit dem Drogenkonsum aufhören möchten. Schadensminderung ist wertneutral und respektiert stets die Würde und die Rechte der Drogenkonsument(inn)en. Das Konzept der Schadensminderung kann breiter ausgelegt werden und auch die Prävention negativer Folgeerscheinungen anderer risikobehafteter Verhaltensweisen, wie zum Beispiel ungeschützter Geschlechtsverkehr, Tätowierungen und Piercings, einschließen.

Die International Harm Reduction Alliance (IHRA, dt. Internationale Allianz für Schadensminderung) stellt eine nützliche Stellungnahme zur Schadensminderung zur Verfügung, die an die Fortbildungsteilnehmer(inne)n als Handout verteilt werden kann (die Stellungnahme ist unter der folgenden Internetadresse verfügbar: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_German.pdf).

1.4 Warum sind Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Schadensminderung sinnvoll?

In vielen Ländern gibt es eindeutige Belege dafür, dass Strafvollzugsbehörden wachsenden Problemen mit illegalem Drogenkonsum und anderen risikoreichen Verhaltensweisen gegenüberstehen, die sich nachteilig auf die Gesundheit von Gefangenen auswirken können (MacDonald, 2005; Lines, 2006). Unter den Gefangenen sind Menschen mit problematischem Drogenkonsum überrepräsentiert, und in vielen Ländern sind diese Gefangenen marginalisierte, stigmatisierte und diskriminierte Mitglieder der Gesellschaft. Durch den anhaltenden und exzessiven Konsum von Drogen und Alkohol entstehen gesundheitliche Probleme, und der injizierende Drogenkonsum bringt das Risiko der Ansteckung mit Infektionskrankheiten mit sich. Dies unterstützt die Notwendigkeit, Schadensminderungsprogramme in Justizvollzugsanstalten umzusetzen und kompetente Bedienstete vorzuhalten, die den spezifischen Bedürfnissen von Gefangenen mit problematischem Drogenkonsum gerecht werden können.

In den meisten EU-Ländern wurden zwischen 10 und 30% aller verurteilten Gefangenen wegen Drogendelikten verurteilt (Aebi & Delgrande, 2007). Andere Schätzungen legen nahe, dass die Anzahl der Gefangenen mit problematischem Drogenkonsum in den Haftanstalten deutlich höher ist. Darüber hinaus ist nicht bekannt, wie viele Gefangene wegen Eigentumsdelikten (Raub, Einbruchdiebstahl usw.) zur Finanzierung ihrer Drogenabhängigkeit verurteilt wurden. Drogenkonsum findet auch in den

Haftanstalten weiterhin statt trotz vielfältiger Bemühungen, das Einschmuggeln von Drogen in die Haftanstalt zu unterbinden. Zwar ist die Wahrscheinlichkeit bei injizierenden Drogenkonsument(inn)en geringer, dass sie während ihrer Haft Drogen konsumieren; gleichzeitig steigt jedoch das Risiko, dass sie das Injektionsbesteck mit anderen Drogengebern teilen, da es in den meisten Haftanstalten keinen Zugang zu sauberem Injektionsbesteck gibt (Lines et al, 2004). Auch das Tätowieren ist in Haftanstalten weit verbreitet und sterile Tätowiernadeln sind meist nicht verfügbar, da in den meisten Haftanstalten das Tätowieren verboten ist. Schätzungen hinsichtlich des Sexualverhaltens in Haftanstalten als möglicher Weg zur Übertragung von Infektionskrankheiten sind schwierig; verschiedene Studien haben jedoch gezeigt, dass sich in signifikantem Ausmaß risikoreiches Sexualverhalten in Haftanstalten beobachten lässt. Die Schätzungen über die Anzahl der Männer, die mit Männern Geschlechtsverkehr haben, reichen von 2 bis 65 % (Okie, 2007; Krebs, 2006).

Von Fortbildungsmaßnahmen zur Schadensminderung profitieren sowohl alle Inhaftierten als auch die Bediensteten, da hierdurch die Prävalenzen von durch Blut übertragbare Krankheiten wie HIV und Hepatitis C reduziert werden. Wenn die Bediensteten gut informiert sind, verringern sich auch deren Ängste im Umgang mit den Gefangenen und umfangreiche Kenntnisse über HIV-Übertragung und Schutzmaßnahmen ermöglichen fundiertere Entscheidungen und führen dazu, dass sich das Verhältnis zwischen Bediensteten und Gefangenen verbessert.

Gründe für die Durchführung von Fortbildungen zum Thema Schadensminderung

Schadensminderung ist ein nicht unumstrittenes und kontrovers diskutiertes Konzept und die Justizbehörden sträuben sich häufig gegen die Implementierung von Schadensminderungsprogrammen, obwohl sie außerhalb der Haftanstalten überall angeboten werden und effektiv funktionieren. Die drei Hauptgründe zur Implementierung von Schadensminderungskonzepten auch und vor allem in Justizvollzugsanstalten sind der Schutz der öffentlichen Gesundheit, deren erwiesene Kosteneffektivität und die Wahrung der Menschenrechte der Gefangenen.

Die Notwendigkeit des Schutzes der öffentlichen Gesundheit und die Kosteneffektivität von Schadensminderungsprogrammen

Es ist erwiesen, dass sich die Einführung umfassender Schadensminderungsprogramme effektiv sowohl auf den Schutz der öffentlichen Gesundheit als auch auf den Schutz der Gesundheit des Einzelnen auswirkt. Umfassende Schadensminderungsprogramme können HIV-Epidemien und andere durch Blut übertragbare Infektionen eindämmen, wenn injizierende Drogenkonsument(inn)en hinreichend unterstützt werden (zum Beispiel durch Informationen, Spritzentauschprogramme und in den Justizvollzugsanstalten verteilte Kondome). Viele wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass Schadensminderungsstrategien einschließlich Nadel- und Spritzentauschprogrammen kosteneffektive Maßnahmen zur Prävention und Reduzierung der Übertragung von Infektionskrankheiten sind. Durch die Verhinderung von Neuinfektionen mit HIV und HCV und letztendlich gerettete Leben zahlen sich Investitionen in Schadensminderung allemal aus.

Die Wahrung der Menschenrechte von Gefangenen

Internationale Konventionen, Erklärungen und humanitäre Grundsätze verpflichten die EU-Staaten, den Menschenrechten von problematischen Drogenkonsument(inn)en gerecht zu werden und in nicht-diskriminierender Weise anzuerkennen, zu schützen und zu wahren. Dies umfasst auch die Umsetzung umfassender Programme zur Schadensminderung sowie die Bereitstellung von Therapieangeboten, Betreuungsangebote und allgemeiner Unterstützung. Inhaftierte Menschen verlieren allein dadurch, dass sie im Gefängnis sind, nicht ihre Grundrechte und –freiheiten, wie sie in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (einzusehen unter <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>) und anderen Resolutionen der Vereinten Nationen dargelegt sind.

Eine juristische Analyse der HIV/AIDS-Situation in Justizvollzugsanstalten verdeutlicht, dass Regierungen eine Verpflichtung zur Umsetzung und Wahrung des „Äquivalenzprinzips“ haben, nach dem Gefangene den Anspruch auf den gleichen Umfang an medizinischer Versorgung haben, wie er außerhalb der Gefängnisse in den Gemeinden vorhanden ist. Justizvollzugsbehörden sind zur Anerkennung und Wahrung der internationalen Menschenrechte verpflichtet, die auch den Schutz der Gesundheit der Gefangenen umfasst.

Freier Zugang zu HIV-Präventionsmaßnahmen und Schadensminderungsprogrammen ist ein juristisch fundierter Anspruch, da erwiesen ist, dass sie dazu beitragen, negative Folgeerscheinungen von Drogenabhängigkeit und injizierendem Drogenkonsum zu vermindern. Werden Maßnahmen, die nachweislich die Folgeschäden des Drogenkonsums reduzieren, nicht vorgehalten, wird die Diskriminierung und Ausgrenzung einer Gruppe von ohnehin sehr vulnerablen Mitgliedern der Gesellschaft fortgeführt. Gefangene sind, auch wenn sie hinter Gefängnismauern leben, ein Teil unserer Gemeinschaft, und die Gesetzgeber müssen sicherstellen, dass Gefangene zumindest die gleichen internationalen Gesundheits- und Menschenrechtsstandards zuteilwerden wie allen anderen Bürgern ihres Landes (Kerr & Jürgens, 2004).

1.5 Wie sind die Fortbildungen durchzuführen?

1.5.1 Vorbereitung

Eine sorgfältige Vorbereitung ist für die erfolgreiche Durchführung einer Fortbildung unabdingbar. Die Fortbildungsleiter sollten beispielsweise rechtzeitig Kontakt zu den potenziellen Teilnehmer(inne)n aufnehmen.

Vor der Planung eines Fortbildungskurses ist die Genehmigung der Strafvollzugsbehörden einzuholen. Wenn Sie Kontakt zu den Haftanstalten aufnehmen, sollten Sie zuerst die Anstaltsleitung und danach die Bediensteten, die Sie erreichen möchten, über das Vorhaben informieren.

Wenn möglich, sprechen Sie persönlich mit den Mitarbeiter(inne)n, die Sie zur Fortbildung motivieren möchten, anstatt sie per Fax, Brief oder E-Mail zu benachrichtigen. Bitten Sie Bedienstete, die ihre Teilnahme bereits zugesagt haben, andere Kolleg(inn)en von der Fortbildung zu überzeugen.

Sie könnten auch eine kurze Präsentation des Fortbildungskurses vorbereiten und somit die Anstaltsleitung und die Mitarbeiter(innen) informieren. Beziehen Sie möglichst die Fortbildungsteilnehmer(innen) in die Planung des Kurses mit ein, damit sie sich als aktive Teilnehmer(innen) im Planungs- und Organisationsprozess fühlen. Sie sollten stets auch die Erwartungen, Vorschläge und Bedürfnisse der Fortbildungsteilnehmer(innen) vorab berücksichtigen.

1.5.2 Fortbildungsleitung

Vor der Durchführung der Fortbildungen sollten Sie Ihren Wissensstand über Schadensminderung, Drogenkonsum und Infektionskrankheiten auffrischen. Seien Sie sich Ihrer eigenen Grenzen bewusst und führen Sie keine Aktivitäten aus, bei denen Sie sich unwohl fühlen. Die Fortbildung wird besser angenommen, wenn Sie als Fortbildungsleiter selbstsicher und gut informiert auftreten und die Teilnehmer(innen) das Gefühl haben, dass Sie fachlich qualifiziert sind.

Für bestimmte Module kann es nützlich sein, Gastredner(innen) wie zum Beispiel ehemalige oder aktive Drogenkonsument(inn)en einzuladen, da sie aus der Sicht eines Betroffenen sprechen können. Die Einbeziehung von Expert(inn)en aus verschiedenen Fachrichtungen kann ebenfalls hilfreich sein.

Als weitere Variante können Sie die Fortbildung mit einem gemischten Team aus Expert(inn)en wie Bediensteten, Sozialarbeiter(inne)n und Psychiater(inne)n anbieten. Grundsätzlich kann ein Erfahrungsaustausch mit anderen Fortbildungsleitern, die Schadensminderungstrainings durchführen, hilfreich sein.

Generell sollten sich die Fortbildungsleiter an einige allgemeine Grundregeln halten. Während des Kurses sollte der Fortbildungsleiter möglichst einfühlsam auf Unsicherheiten und Ängste der Teilnehmer(innen) eingehen. Achten Sie im Umgang mit den Teilnehmer(inne)n darauf, aufmerksam zuzuhören und zwischen den Zeilen zu lesen. Geduld ist genauso wichtig wie Flexibilität hinsichtlich der Bearbeitungsdauer für verschiedene Aufgaben. Passen Sie das Fortbildungstempo auf jeden Fall an die jeweiligen Kenntnisse und das Verständnis der Teilnehmer(innen) an. Stellen Sie dennoch stets sicher, dass die beabsichtigten Ziele erreicht werden.

In einer entspannten Atmosphäre sind die Fortbildungsteilnehmer(innen) ungezwungener und eher bereit, sich einzubringen und Fragen zu stellen. Außerdem ist es wichtig, die Vorerfahrungen und Qualifikationen der Teilnehmer(innen) zu berücksichtigen.

Sagen Sie den Fortbildungsteilnehmer(inne)n, dass der Kurs so interaktiv wie möglich sein soll und dass Sie sich vor allem als Diskussionsleiter verstehen, weil:

- die Fortbildungsteilnehmer(innen) die Expert(inn)en auf ihrem eigenen Gebiet sind (zum Beispiel Gefängnisumgebung),
- ihre Meinungen und Kommentare wertvoll sind und sie jederzeit während des Kurses Fragen stellen und Kommentare abgeben sollen,
- die Fortbildung umso besser wird, je stärker sich die Teilnehmer(innen) einbringen.

1.5.3 Veranstaltungsort

Die Wahl des Veranstaltungsortes kann von verschiedenen Faktoren abhängen, etwa von den finanziellen Mitteln und der Erreichbarkeit. Wenn die Fortbildung aus einer oder mehreren kurzen Einheiten besteht, bietet sich ein zentral gelegener Ort an, der von allen Teilnehmer(inne)n leicht erreicht werden kann. Fortbildungseinheiten, die sich über mehrere Tage erstrecken, können entweder an einem zentralen und gut erreichbaren Ort oder aber an einem externen Veranstaltungsort durchgeführt werden. Bei der ersten Möglichkeit können die Teilnehmer(innen) abends nach Hause fahren, wodurch der Kurs finanziell günstiger wird. In Fortbildungszentren dagegen kann ein engerer Kontakt zwischen den Teilnehmer(inne)n bestehen und sie können die bearbeiteten Themen intensiver diskutieren. Durch den flexiblen Aufbau des Fortbildungshandbuches sind verschiedene Arten zur Durchführung möglich. Das Hauptmodul beispielsweise muss nicht an einem einzigen Tag durchgeführt werden, sondern kann auch in seine einzelnen Einheiten geteilt und in drei kurzen Abendveranstaltungen vermittelt werden.

Stellen Sie sicher, dass der Raum, in dem die Veranstaltung durchgeführt wird, die richtige Größe und Temperatur aufweist und dass es hell genug ist. Die Sitzordnung kann flexibel gestaltet werden. Für einen Vortrag können Sie parlamentarische oder hufeisenförmige Bestuhlung wählen; bei Gruppendiskussionen können sich die Teilnehmer(innen) kreisförmig zusammensetzen. In jedem Fall sollte die Sitzordnung möglichst informell sein, damit sich die Teilnehmer(innen) wohlfühlen.

Stellen Sie Wasser, Tee, Kaffee, Snacks usw. sowie die Fortbildungsunterlagen bereit und prüfen Sie, ob die von Ihnen benötigte Technik in den Räumlichkeiten genutzt werden kann. Vor der Fortbildung sollten Sie sichergehen, dass alle Teilnehmer(inne)n über Datum, Uhrzeit und Anfahrt zum Veranstaltungsort informiert sind. Findet die Fortbildung in der Haftanstalt statt, so sollten die Mitarbeiter(innen) nicht im Dienst oder in Bereitschaft sein. Für die Gruppendynamik und den Fortbildungserfolg ist es hilfreich, wenn die Teilnehmer(innen) nicht uniformiert sind.

1.5.4 Materialien und Ausstattung

Die Fortbildungsmodule enthalten verschiedene Materialien, wie PowerPoint-Präsentationen, Hintergrundinformationen für die Fortbildungsleiter und Handouts. Zudem findet sich in den Modulen eine Auswahl internationaler Literatur zum Thema Schadensminderung. Recherchieren Sie bei der Vorbereitung der Fortbildung zusätzliche deutschsprachige Materialien, die Sie verteilen könnten. Es ist auf jeden Fall sinnvoll, Kontakt zum Bundesgesundheitsministerium, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Robert Koch-Institut, der Deutschen AIDS Hilfe oder regionalen AIDS Hilfen, Pro Familia und anderen NROs aufzunehmen. Vor Beginn der Fortbildung sollten die WHO, die Vereinten Nationen sowie internationale und lokale NROs kontaktiert werden, um zusätzliche aktuelle Materialien zum Thema Schadensminderung zu erhalten, die an die Teilnehmer(innen) weitergegeben werden können. Zudem ist es sinnvoll, den Teilnehmer(inne)n Materialien mitzugeben, die sie an die Gefangenen weiterleiten können. Dies bestärkt die Bediensteten in ihrer Rolle als aktive Unterstützer von Schadensminderung. Halten Sie auch Material für Gefangene bereit, die nicht lesen und schreiben können (mit Piktogrammen).

Stellen Sie sicher, dass Sie die unten genannten Materialien dabei haben, wenn Sie eine Fortbildung durchführen. Alle zusätzlich benötigten Dinge sind in den einzelnen Fortbildungsmodulen aufgelistet.

- Tagesordnung
- Teilnehmerliste mit den Adressen/E-Mail-Adressen der Teilnehmer(innen) zwecks Zusendung von Formularen nach der Fortbildungsdurchführung usw. (Vorlage siehe Anlage 2)
- Teilnahmebestätigungen (Vorlage siehe Anlage 3)
- Evaluationsbogen für Teilnehmer(innen) (Anlage 1)
- Technisches Zubehör einschließlich Flipcharts und Stiften, einem Beamer, einem Laptop oder Desktopcomputer
- Namensschilder
- Anderes Material, das für die einzelnen Module benötigt wird (Präsentationen, Handouts mit Hintergrundinformationen usw.)

1.5.5 Grundregeln für die Fortbildung

Vor Beginn der Fortbildung sollten einige allgemeine Grundregeln aufgestellt werden. Dabei ist immer auch der spezifische Hintergrund der Teilnehmer(innen) zu berücksichtigen.

Ermöglichen Sie die Teilnehmer(innen), ihre ehrliche Meinung zu sagen. Versuchen Sie jedoch, die Teilnehmer(innen) dazu zu bewegen, keine abwertenden Begriffe zu verwenden, zum Beispiel indem anstatt „Drogenabhängige(r)“ der Begriff „Drogenkonsument(in)“ oder „problematische(r) Drogenkonsument(in)“ verwendet wird. Motivieren Sie die Gruppe zum Gebrauch vorurteilsfreier nicht wertender Sprache. Die Aufstellung der Grundregeln kann auch als „Eisbrecher“ direkt am Anfang einer Fortbildungseinheit dienen (siehe unten).

Vertraulichkeit

Die Vertraulichkeit der Fortbildungseinheiten und der Austausch sensibler Informationen unter den Teilnehmer(innen) während der Kurse sind mit größter Wichtigkeit zu behandeln. Konkrete Beispiele für intravenöse Drogenkonsument(inn)en, Fälle von Drogeninjektionen in Haft oder Orte, an denen sich Drogenkonsument(inn)en treffen, sollten nicht mit fortbildungsexternen Kollegen geteilt werden. Die Nichtbeachtung dieser Regel kann zu Angst und Misstrauen führen und letztendlich gute Ansätze der Schadensminderung konterkarieren. Wenn ein Fortbildungsprogramm teilweise von einem Drogenkonsumenten vermittelt werden soll, muss überlegt werden, ob der/die Betroffene dafür besonders vorbereitet oder geschult werden muss (WHO, 2004).

1.5.6 Fortbildungsmethoden

Bei der Durchführung einer Fortbildung können unterschiedliche Methoden eingesetzt werden. In diesem Abschnitt werden die Methoden beschrieben, die für die Module in diesem Handbuch empfohlen werden.

Weite Teile der Fortbildung sind interaktiv, um die Teilnehmer(innen) dazu zu motivieren, sich aktiv einzubringen. Beim interaktiven Lernen sind die Erfolge meist größer als bei frontalen Lehrmethoden,

da die Teilnehmer(innen) dazu ermutigt werden, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Gleichzeitig ist der Fortbildungsleiter bei dieser Methode jedoch stärker gefordert, da er die Diskussion, die Beteiligung und das Einbringen von Gedanken und Einstellungen unterstützen muss.

Es kann manchmal schwierig sein, schüchternere Teilnehmer(innen) in die Diskussionen miteinzubeziehen. Eine Methode, weniger aus sich herauskommende Teilnehmer(innen) zur Beteiligung anzuregen, ist die Benutzung von **Kommentarzetteln**, auf die Teilnehmer(innen), die nichts sagen möchten, ihre Gedanken und Ideen schreiben können. Sie können zu jedem Zeitpunkt der Fortbildungseinheit beim Fortbildungsleiter bzw. bei der Fortbildungsleiterin abgegeben werden, der bzw. die sie dann (anonym) wieder in die Gruppe einbringt.

„Eisbrecher“

Es ist hilfreich, die Fortbildungseinheiten mit einem „Eisbrecher“ zu starten, da dies dazu beiträgt, dass die Gruppe etwas aufgelockert wird. Wenn im Rahmen einer Fortbildungseinheit mehrere Module durchgenommen werden, so muss nicht vor jedem neuen Modul ein „Eisbrecher“ eingebaut werden.

Beispiele für „Eisbrecher“ sind Übungen, bei denen die Teilnehmer(innen) eine Minute lang mit ihrem Nachbarn oder ihrer Nachbarin sprechen und ihn bzw. sie dann der Gruppe vorstellen, oder das Namensspiel, bei dem jeder sich selbst vorstellt und dabei die Namen der anderen Teilnehmer(innen) wiederholt, bis die letzte Person der Gruppe die Namen aller Teilnehmer(innen) erinnern und aufzählen muss.

„Eisbrecher“ sind eine gute Methode, zu Beginn einer Fortbildungseinheit für entspannte Stimmung zu sorgen, die es erleichtert, dass sich die Teilnehmer(innen) untereinander kennenlernen und einander genügend vertrauen, und dass sie ihre Gedanken und Bedenken hinsichtlich schwieriger Themen wie Schadensminderung und HIV äußern.

Im Folgenden werden einige Aktivitäten und Spiele beschrieben, die Sie am Anfang einer Fortbildungseinheit einsetzen können. Welche Sie davon auswählen, hängt von einer Reihe von Faktoren ab: Welche Aktivitäten folgen? Wer sind die Teilnehmer(innen)? Wie gut kennen die Teilnehmer(innen) Sie und einander?

a) Aufstellung von Grundregeln (15 Minuten)

Ziel: Den Teilnehmer(inne)n wird vermittelt, was sie von dem Kurs erwarten können und was von ihnen erwartet wird. Die Aufstellung von Grundregeln wird außerdem dazu beitragen, eine vertrauenerweckende Atmosphäre zu schaffen, in der die Teilnehmer(innen) offen dafür sind, über ihre Ansichten und Gefühle zu sprechen.

Methode: Verwenden Sie ein Flipchart und fragen Sie die Teilnehmer(innen), welche Regeln sie gerne aufstellen würden. Alle Regeln, mit denen die Gruppe einverstanden ist, werden auf das Flipchart geschrieben. Es gibt auch Grundregeln, die von dem Fortbildungsleiter festgelegt werden, wie zum Beispiel Vertraulichkeit (was in der Gruppe gesagt wird, bleibt in der Gruppe), Respekt (gegenüber

dem anderen und seiner Meinung), Sprache (nicht wertend, rassistisch oder sexistisch), Beteiligung (der bzw. die Einzelne entscheidet über seine/ihre Beteiligung), Rauchen, Pausen usw.

b) Stellen Sie Ihren Nachbarn vor (5 Minuten plus 2 Minuten pro Gruppenmitglied)

Ziel: Die Mitglieder der Gruppe lernen einander und den Fortbildungsleiter kennen.

Methode: Bitten Sie die Gruppenmitglieder, sich in Zweiergruppen zusammenzufinden. Geben Sie fünf Minuten Zeit, um so viel wie möglich über einander zu erfahren. Wenn die Zweiergruppen damit fertig sind, werden die Kleingruppen aufgelöst und jeder wird gebeten, den zuvor befragten Partner vorzustellen.

c) Namensgeschichte (2 Minuten pro Gruppenmitglied)

Ziel: Die Gruppenmitglieder lernen die Namen der anderen Mitglieder und erfahren etwas über einander.

Methode: Legen Sie ein Stück Flipchart-Papier in die Mitte des Raums und bitten Sie die Gruppenmitglieder, ihre Namen darauf zu schreiben und eine Geschichte zu ihrem Namen zu erzählen. Sie können eine Geschichte über ihren Vornamen, ihren Nachnamen oder ihren Spitznamen erzählen (zum Beispiel, warum man ihnen den Namen gegeben hat, nach wem sie benannt wurden oder warum sie ihren Namen mögen oder nicht mögen).

d) Wissen und Fragen (2 Minuten pro Gruppenmitglied)

Ziel: Die Gruppenmitglieder erzählen, was sie zu dem Fortbildungsthema bereits wissen und was sie gern lernen würden.

Methode: Gehen Sie die Gruppe durch und bitten Sie jede Person, sich vorzustellen und zwei Fragen zu beantworten:

- Was weiß ich über das Fortbildungsthema?
- Was würde ich gerne über das Fortbildungsthema erfahren?

Anschließend kann der Fortbildungsleiter erklären, welche Themen in der Fortbildung behandelt werden können und auch unrealistischen Erwartungen in der Gruppe begegnen. Achten Sie darauf, dass Sie auf die Bereiche und Themen, die der Gruppe wichtig sind, genügend Zeit verwenden.

e) Vorstellung auf der Grundlage von Mutmaßungen (10 Minuten plus 2 Minuten pro Gruppenmitglied)

Ziel: Die Teilnehmer(innen) erkennen die Bedeutung von Mutmaßungen und sie lernen sich dabei kennen.

Methode: Bitten Sie die Gruppenmitglieder, in Zweiergruppen zusammenzuarbeiten. Die Teilnehmer(innen) dürfen einander ihre Namen verraten, dann aber nicht mehr miteinander sprechen. Geben

Sie ihnen fünf Minuten Zeit, die Antworten auf drei Fragen zu ihren Partnern zu „vermuten“. Die Fragen lauten:

- Welche Zeitung liest Ihr Partner normalerweise?
- Was ist die Leibspeise Ihres Partners?
- Welche Musik hört Ihr Partner am liebsten?

Wenn die Zweiergruppen damit fertig sind, bitten Sie die Gruppenmitglieder, ihre Partner vorzustellen und die drei Fragen zu beantworten. Die Partner können dann die falschen Vermutungen klarstellen.

Geben Sie der Gruppe nach der Vorstellung aller Gruppenmitglieder noch ein paar Minuten Zeit, um darüber zu diskutieren, wie und warum es zu den Vermutungen gekommen ist.

„Fitmacher“

Während „Eisbrecher“ das Kennenlernen der Teilnehmer(innen) unterstützen, sind „Fitmacher“ zwischendurch hilfreich, um z.B. nach der Mittagspause oder in Situationen, in denen die Energie, Aufmerksamkeit und Motivation der Teilnehmer(innen) nachlassen, für neue Energie zu sorgen. „Fitmacher“ sind kurze Aktivitäten, die mit körperlicher Bewegung zu tun haben können, aber nicht müssen.

Wenn Sie mehrere Fortbildungsmodule hintereinander durchführen, können Sie entweder „Eisbrecher“ oder „Fitmacher“ als Auftakt eines Moduls verwenden. „Eisbrecher“ sind eher am Anfang einer Fortbildung wichtig, damit sich die Teilnehmer(innen) kennenlernen, sich wohlfühlen und mit dem Thema vertraut werden. „Fitmacher“ können beim Übergang von einem Thema zum nächsten, zur Entspannung, zum Abbau von Spannungen nach Behandlung eines umstrittenen Themas oder um frische Energie aufzubauen eingesetzt werden.

Vorträge

Ein Vortrag ist die Methode, bei der die Teilnehmer(innen) am wenigsten einbezogen werden, doch gleichzeitig ist er eine gute Möglichkeit, den Teilnehmer(innen) Grundlagenwissen zu vermitteln. Bei einem guten Vortrag gibt es eine klare Struktur, die Sprache ist eindeutig und verständlich, der Inhalt des Vortrags ist themenrelevant, es werden Beispiele verwendet und Raum für Diskussionen gelassen.

Ein Vortrag ist effektiver, wenn die Teilnehmer(innen) nicht nur zuhören, sondern sich auch einbringen können. Fragen sollten zur Auflockerung des Vortrags und zur Anregung von Diskussionen genutzt werden. Es ist wichtig, im Rahmen der Fortbildungen stets partizipative Methoden einzusetzen, damit die Teilnehmer(innen) ihre Meinungen einbringen.

„Brainstorming“

„Brainstorming“ ist eine Methode zum schnellen Sammeln und Einbringen von Ideen, Meinungen und Informationen. Geben Sie eine kurze Einführung in ein bestimmtes Thema und sammeln Sie Schlüsselbegriffe oder Kernaussagen, die den Teilnehmer(innen) dazu spontan einfallen. Entweder rufen Ihnen die Teilnehmer(innen) Begriffe und Assoziationen zu und Sie schreiben sie auf ein Flipchart, oder Sie bitten die Teilnehmer(innen), ihre Assoziationen zu notieren. Alle sollten zum Mitmachen ermutigt werden, ohne dass auf eine bestimmte Reihenfolge geachtet werden muss. Nachdem alle Antworten zusammengestellt worden sind, lasen Sie die Teilnehmer(innen) die Aussagen diskutieren.

Gruppendiskussion

Bei Gruppendiskussionen sitzen die Teilnehmer(innen) zusammen mit dem Seminarleiter in einem Kreis. Dadurch vermitteln Sie als Fortbildungsleiter(in) nonverbal die Botschaft, dass Sie Ihren Status als Autoritätsperson aufgeben und bereiten die Grundlage für eine offene Diskussion. Eine Gruppendiskussion ist eine gute Methode, um ein bestimmtes Thema zu eröffnen oder abzuschließen, indem Fragen aufgeworfen werden, die unklar oder umstritten sind. Es ist wichtig, diesen Prozess sensibel zu steuern, die Äußerung unterschiedlicher Gedanken und Auffassungen anzuregen, sicherzustellen, dass kontroverse Sichtweisen berücksichtigt werden, die Diskussion voranzutreiben, die Ergebnisse zusammenzufassen und Schlussfolgerungen zu ziehen. Haben Sie keine Furcht vor gegensätzlichen Ansichten innerhalb der Diskussion, und achten Sie darauf, schnell und sensibel auf intolerante und verbal aggressive Verhaltensweisen zu reagieren.

Kleingruppendiskussionen

Die Aufteilung der Gruppe in kleinere Einheiten mit vier bis maximal sechs Mitgliedern ist ein effektiver Ansatz, für mehr Interaktion zu sorgen. Dabei kann jede Kleingruppe eine Person auswählen, die die wichtigsten Ergebnisse festhält, um sie später vorzustellen. Dies ist nicht nur eine geeignete Maßnahme, um die Diskussion in der gesamten Gruppe anzuregen, sondern stellt auch sicher, dass alle Teilnehmer(innen) stärker in den Lernprozess eingebunden werden. Die Fortbildungsteilnehmer(inne)n werden somit dabei unterstützt, die Lernziele besser zu verstehen und auch unterschiedliche Ansichten zu tolerieren.

Fallbeispiele

Fallbeispiele, bei denen die Teilnehmer(innen) einer Geschichte nachgehen, in denen reale Situationen und Menschen vorkommen, können ein wirksames Werkzeug in Fortbildungen sein. Situationen aus dem wirklichen Leben können - besonders wenn sie von den Teilnehmer(inne)n personalisiert werden - starke positive Auswirkungen auf das Lernen haben.

Gastredner(innen)

Es kann nützlich sein, Gastredner(innen) zu einer Fortbildung einzuladen, zum Beispiel Expert(inn)en auf dem Gebiet Schadensminderung oder auch ehemalige oder aktuelle Drogenkonsument(inn)en. Wenn Gastredner(innen) zu Wort kommen sollen, ist es sinnvoll, eine Art informelle Vereinbarung zu treffen über die Diskussion von Aspekten wie der Tatsache, dass sie ihren Drogenkonsum und ihren

HIV-Status öffentlich machen, und dem Recht, die Beantwortung von Fragen, die sie als zu privat ansehen, abzulehnen. Informieren Sie den Gastredner bzw. die Gastrednerin über die Ziele und die Philosophie der Fortbildung und stimmen Sie den Inhalt seines bzw. ihres Beitrags gut ab.

1.6 Evaluation der Fortbildung

Am Ende einer Fortbildungseinheit sollten alle Teilnehmer(innen) den Evaluationsbogen (Anlage 1) ausfüllen, damit Sie die Meinungen der Teilnehmer(innen) hinsichtlich der Effektivität der Fortbildung besser bewerten können. Die Evaluationsbögen sollen nach *jedem Modul* eingesetzt werden. Wird ein Modul in verschiedene Einheiten aufgeteilt, so sollten Sie erst dann die Meinungen der Teilnehmer(innen) einholen, wenn Sie alle Einheiten des Moduls durchgeführt haben. Zur Vorbereitung zukünftiger Fortbildungskurse sollten die Bögen sorgfältig ausgewertet werden.

1.7 Planung eines Fortbildungskurses

Nachfolgend sind einige Punkte aufgelistet, die Sie bei der Vorbereitung und Planung Ihrer Fortbildung beachten sollten:

- Fangen Sie rechtzeitig mit den Vorbereitungen für die Fortbildung an.
- Informieren Sie sich über die Zielgruppe und achten Sie darauf, was sie bereits weiß und was sie sich von der Fortbildung erhofft.
- Legen Sie Termine und Zeiten fest.
- Reservieren Sie einen geeigneten Raum.
- Stellen Sie sicher, dass die benötigte Technik in den Räumlichkeiten funktioniert.
- Sorgen Sie dafür, dass Erfrischungen, Snacks usw. angeboten werden.
- Wählen Sie die Aktivitäten aus, die sich für Ihr Zielpublikum am besten eignen.
- Lesen Sie das gesamte Material vor der Fortbildungseinheit sorgfältig durch.
- Aktualisieren Sie ihren Wissensstand zum Thema. Es kann hilfreich sein, Kontakt zu deutschen Organisationen wie dem Gesundheitsministerium, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen AIDS-Hilfe, Pro Familia etc. aufzunehmen sowie zu internationalen Organisationen wie WHO, UNODC, um weitere Materialien zum Thema Schadensminderung zu erhalten.
- Seien Sie sich Ihrer Grenzen bewusst und führen Sie keine Aktivitäten durch, bei denen Sie sich unwohl fühlen.
- Kontrollieren Sie, ob Sie alle Materialien und Unterlagen dabei haben.
- Machen Sie ausreichend viele Kopien von den Handouts, die Sie einsetzen möchten.
- Verteilen Sie Kommentarkarten und stellen Sie eine Box auf, damit die Teilnehmer(innen) ihre Kommentare während der Pausen oder zu anderer Zeit abgeben können.
- Kommen Sie früh genug zum Fortbildungsort, um den Raum vorzubereiten. Für viele der in diesem Handbuch enthaltenen Aktivitäten eignet sich am ehesten eine kreis- oder halbkreisförmige Sitzordnung und weniger eine formelle Bestuhlung des Raums.
- Stellen Sie mit der Gruppe die Grundregeln zur Vertraulichkeit auf.
- Entspannen Sie sich und genießen Sie die Fortbildung!

Quellen:

Aebi, M. F. & Delgrande N. (2007). *Council of Europe Annual Penal Statistic. SPACE I. Survey 2006*.
Universität de Lausanne.

http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/statistics_space_i/Rapport%20SPACE%20I_2006_Dec.pdf
(Letzter Stand 09.10.2009)

Kerr, T., & Jürgens, R. (2004). Harm Reduction in Prisons: An Obligation to Act. *Newsletter of the International Harm Reduction Development Programme of the Open Society Institute*, 5(3), 4-5

http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/hrnprison_20041022/HRN%20v5%20n3%20Prisons%20FINAL.pdf (Letzter Stand 05.10.2009)

Krebs, C. P. (2006). Inmate Factors Associated with HIV Transmission in Prison. *Criminology & Public Policy* 5(1), 113-135.

Lines, R. et al (2004). *Prison needle exchange: lessons from a comprehensive review of international evidence and experience*. Canadian HIV/AIDS Legal Network

<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173> (Letzter Stand 09.10.2009)

MacDonald, M. (2005). *A Study of health care provision, existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe*. HEUNI: Helsinki.

Okie, S. (2007). Sex, Drugs, Prisons, and HIV. *New England Journal of Medicine* 356, 105-108.

UNAIDS (2000). *The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus*. Draft version.

http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/Belarus.pdf (Letzter Stand 05.10.2009)

UNODC (2008). *Treatnet. Drug Dependence Treatment. Training Package*. Treatnet publication.

<http://www.uclaisap.org/internationalprojects/html/unodc/training-package-materials.html>
(Letzter Stand 08.10.2009)

WHO, UNAIDS & UNODC (2004). *Advocacy Guide: HIV/AIDS Prevention among Injecting Drug Users*. Geneva: WHO.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159182X.pdf> (Letzter Stand 08.10.2009)

WHO (2004). *Training guide for HIV prevention outreach to injecting drug users. Workshop manual*. Geneva: WHO.

<http://www.who.int/hiv/pub/idu/hivpubidu/en/> (Letzter Stand 09.10.2009)

HAUPTMODUL

2. HAUPTMODUL

2

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Insgesamt benötigte Zeit:

ca. 4 ½ Stunden

Benötigtes Material:

- Laptop oder Desktopcomputer
- Beamer
- Flipchart
- Verschiedenfarbige Marker
- Papier und Stifte, kleiner Karton
- Karten mit richtigen und falschen Aussagen über Drogen (vgl. Anlage 4)
- „Richtige und falsche Aussagen über Drogen: Antwortschlüssel für den/die Fortbildungsleiter(in)“ (Anlage 4)
- „Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung“ (Anlage 5)
- PowerPoint-Präsentationen der Teile 1, 2 und 3

Inhalt:

- Den Teilnehmer(inne)n eine umfassende Übersicht über Drogen, Infektionskrankheiten, Risikoverhalten und Schadensminderung geben.
- Die Einstellungen und das Verständnis zum Thema Drogenkonsum hinterfragen.
- Die Teilnehmer(innen) für die verschiedenen mit Drogen verbundenen Herausforderungen, (z.B. Risikoverhaltensweisen, Infektionskrankheiten) sensibilisieren.

Lernziel:

Durch diese Einheit werden die Teilnehmer(innen) etwas lernen über:

- verschiedene Drogen und ihre Wirkungen,
- Risikoverhaltensweisen, Infektionskrankheiten sowie deren Zusammenhang,
- das Prinzip der Schadensminderung,
- verschiedene Methoden zur Schadensminderung,
- die Wirksamkeit von Schadensminderung bei der Vorbeugung von negativen Folgen des Drogenkonsums.

Am Ende der Einheit werden die Teilnehmer(innen) die mit problematischem Drogenkonsum verbundenen Probleme gut verstehen. Sie werden wissen, dass drogenbedingte Schäden vermeidbar sind und dass Schadensminderung Krankheiten vorbeugt und die Sterblichkeit verringert.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Teil 1 Drogen (60 Minuten)

- Übung: Richtige und falsche Aussagen über Drogen - 30 Minuten
- Vortrag über Drogen - 30 Minuten

Teil 2 Risikoverhaltensweisen und drogenbedingte Probleme (60 Minuten)

- Übung: Wie verbreitet sich HIV in Haftanstalten? Wie kann das Risiko einer Übertragung reduziert werden (Teil I) - 30 Minuten
- Vortrag über drogenbedingte Probleme - 30 Minuten

Teil 3 Schadensminderung (110 Minuten)

- Übung: Wie verbreitet sich HIV in Haftanstalten? Wie kann das Risiko einer Übertragung reduziert werden? (Teil II) – 30 Minuten
- Vortrag über Schadensminderung – 50 Minuten
- Übung: Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung – 30 Minuten

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:**Einleitung in das Hauptmodul**

UNODC (2009). *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drug Users in Prison*. Treatnet Publication. http://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf (Letzter Stand: 9.09.2009)

WHO, UNODC & UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/ AIDS prevention*. Geneva.
http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure_E.pdf (Letzter Stand: 11.09.2009)

Teil 1

EMCDDA (2002). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Chapter 3 on polydrug use.
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index37266EN.html> (Letzter Stand: 16.10.2009)

Hulse, G., White, J. & Cape, G. (2002). *Management of Alcohol and Drug Problems*. South Melbourne: Oxford University Press.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, B. J., Judd, L. L., & Godwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental health disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2003). *Life Skills Training Guide for Young People: HIV/AIDS and Substance Use Prevention*.
http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/escap_peers_00.pdf (Letzter Stand: 15.10. 2009)

WHO (1993). *Expert Committee on Drug Dependence. Twenty-eighth Report*. WHO Technical Report Series. Geneva: WHO.
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_836.pdf (Letzter Stand: 15.09.2009)

WHO (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*.
http://whqlibdoc.who.int/HQ/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf (Letzter Stand: 28.09.2009)

WHO (2007). *ICD-10. Version 2007. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision*.
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (Letzter Stand: 29.10.2009)

Teil 2

EMCDDA (2008). *The state of the drugs problem in Europe. Annual Report 2008*. Lisbon: EMCDDA.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008> (Letzter Stand: 15.10.2009)

Farrell, M., & Marsden, J. (2008). Acute risk of drug related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction* 103, 251-255.

Hunt, N. (2003). *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. London: Forward Thinking on Drugs.
http://www.antidrug.health.am/eng/lib_eng/HR_Hunt.pdf (Letzter Stand: 15.10.2009)

UNAIDS (2008). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva.
http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp (Letzter Stand: 8.10. 2009)

WHO (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva.

<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (Letzter Stand: 21.10.2009)

WHO (2007). *ICD-10. Version 2007. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision*.

<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (Letzter Stand: 29.10.2009)

WHO (2007). *Orientation on Harm Reduction. Training Course: Trainer Manual*.

<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/699B2B2B-381D-43E1-914B-FE997E116C24/0/TrainerManual2.pdf> (Letzter Stand: 16.10.2009)

WHO (2010). *Prevention of acute drug related mortality in prison populations during the immediate post-release period*. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf (Letzter Stand: 10.06.2010)

Teil 3

CCSA (1996). *Harm Reduction: Concepts and Practice: A Policy Discussion Paper*.

<http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-003900-2005.pdf>
(Letzter Stand: 13.10.2009)

Newcombe, R. (1992). The reduction of drug related harm: a conceptual framework for theory, practice and research. In: O'Hare et al (Eds.). *The reduction of drug related harm*. London: Routledge.

WHO (2005). *Status Paper on Prison, Drugs and Harm Reduction*.

<http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf> (Letzter Stand: 8.10.2009)

Weitere nützliche Quellen:

EMCDDA (2010). *Harm Reduction: evidence, impact and challenges*. EMCDDA Monographs. Publications Office of the European Union: Luxembourg.

UNODC (2009). *World Drug Report 2009*. Vienna: UNODC. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html> (Letzter Stand: 5.10.2009)

WHO (1993). *Global Programme on AIDS. WHO guidelines on HIV infection with AIDS in prison*. Geneva: UNAIDS.

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf
(Letzter Stand: 6.10.2009)

WHO, (2007). *Health in prison. A who guideline to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO.

<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf> (Letzter Stand: 6.10.2009)

WHO (2010). *The Madrid Recommendation: Health protection in prison as an essential part of public health*.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf (Letzter Stand: 10.06.2010)

Weitere nützliche Fortbildungshandbücher zum Thema Schadensminderung:

Bulmestre, I., Bundule, L., Brokere, I., Dudareva, S., Karnīte, A., Lāss, I., et al. (2009). *Comprehensive Action on HIV/AIDS Prevention among IDUs and Bridging Population. A Manual for Harm Reduction Service Providers*.

http://www.lic.gov.lv/docs/268/handbook_en_2009.pdf (Letzter Stand: 21.08.2009)

WHO (2004). *Training Guide for HIV Prevention Outreach to Injecting Drug Users*. Workshop Manual.
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/trainingguideweb.pdf (Letzter Stand: 24.09.2009)

WHO (2007). *Orientation on Harm Reduction. Training Course*.
http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290613077.htm (Letzter Stand: 16.09.2009)

Weitere nützliche Internetseiten:

Publications on HIV and prison settings from UNODC.
<http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/publications.html?ref=menuse#prison>
(Letzter Stand: 16.06.2010)

Einleitung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

Der Anteil problematischer Drogenkonsument(inn)en innerhalb des Justizvollzugs ist vergleichsweise höher als in der Allgemeinbevölkerung. In den letzten Jahren ist der Drogenkonsum sowohl außerhalb als auch innerhalb der Gefängnisse gestiegen.

Laut WHO, UNAIDS und UNODC (2004) haben etwa drei Viertel aller Gefangenen Probleme mit Alkohol oder Drogen und schätzungsweise ein Drittel ist opioidabhängig.

Nach ihrer Entlassung haben opioidabhängige Gefangene ein unverhältnismäßig hohes Risiko, eine tödliche Überdosis oder zumindest einen Rückfall zu erleiden. Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis sowie psychische Störungen, Selbstmorde oder Selbstmordversuche kommen in Haft viel häufiger vor als außerhalb der Gefängnisse, wobei der Drogenkonsum hier ein wesentlicher Einflussfaktor ist.

Es gibt verschiedene Erklärungen für Drogenkonsum im Gefängnis:

- Die Drogenabhängigkeit bestand bereits vor der Inhaftierung.
- Die Drogenprobleme/-abhängigkeit wurden im Gefängnis entwickelt.
- Zur Finanzierung des Drogenkonsums kam es zu kriminellen Handlungen, die zur Inhaftierung geführt haben.
- Der Drogenkonsum selbst war der Grund für die Inhaftierung (in den meisten Ländern ist Drogenkonsum per se illegal).
- Der Drogenkonsum begann erst nach der Straftat, als eine Art Bewältigungsstrategie, um mit deren Folgen fertig zu werden (UNODC, 2009).

Trotz aller Restriktionen in den Justizvollzugsanstalten sind Drogen für die Gefangenen leicht verfügbar. Sie können auf verschiedene Weise in Gefängnisse geschmuggelt werden und es ist unwahrscheinlich, dass dies jemals vollständig unterbunden werden kann.

Überall in Europa haben inhaftierte Drogenkonsument(inn)en zu wenig Zugang zu Therapien und Hilfe. Gefängnisse werden oftmals als vollständig von der restlichen Gesellschaft abgegrenzt angesehen. Das ist aus zwei Gründen falsch: Die Gefangenen kommen aus der Gesellschaft und kehren nach ihrer Entlassung wieder in selbige zurück, und auch die Justizvollzugsmitarbeiter(innen) haben während ihrer täglichen Arbeit Kontakt zu den Gefangenen und gehen nach der Arbeit ihrem Leben in der Gesellschaft außerhalb des Gefängnisses nach. Es ist daher von grundlegender Bedeutung, dem Problem von Drogenkonsum und Infektionskrankheiten in Haft zu begegnen, da Gefangene de facto ein Teil unserer Gesellschaft sind. Gesundheitliche Probleme in Gefängnissen müssen hinreichend berücksichtigt werden und geeignete Behandlungsmethoden angeboten werden.

Da Drogenabhängigkeit ein Risikofaktor für Straffälligkeit ist, kann eine geeignete Therapie der Abhängigkeit und der damit verbundenen Gesundheitsprobleme eine wirksame Maßnahme zur Vermeidung erneuter Straffälligkeit sein. Rein strafrechtliche Maßnahmen zeigen dagegen nur begrenzt Auswirkungen auf den Drogenkonsum und wiederholte Straffälligkeit.

Das Hauptmodul gliedert sich in drei Teile.

Teil 1 gibt eine Übersicht über Drogen und beinhaltet unter anderem Folgendes:

- Richtige und falsche Aussagen über Drogen
- Was ist eine Droge?
- Wie werden Drogen konsumiert?
- Wirkung von Drogen
- Drogenabhängigkeit
- Verschiedene Arten von Drogen und ihre jeweilige Wirkung

Teil 2 beschäftigt sich mit Risikoverhaltensweisen und drogenbedingten Problemen und behandelt unter anderem:

- Verschiedene Formen von Risikoverhaltensweisen
- Drogenbedingte Probleme
 - Infektionskrankheiten
 - Überdosierungen
 - Weitere Gesundheitsprobleme
 - Andere drogenbedingte Probleme

In **Teil 3** geht es schließlich um die verschiedenen Aspekte der Schadensminderung, unter anderem:

- Was ist Schadensminderung?
- Grundsätze der Schadensminderung
- Verschiedene Methoden der Schadensminderung
- Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher“, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

2

Teil 1: Drogen

Insgesamt benötigte Zeit: 60 Minuten

Inhalt:

- Den Teilnehmer(inne)n eine umfassende Übersicht über Drogen geben.
- Die Einstellungen und das Verständnis zum Thema Drogenkonsum hinterfragen.

Lernziel:

In dieser Einheit wird das Wissen der Teilnehmer(innen) über verschiedene Arten von Drogen und ihre Wirkungen erweitert.

Fortbildungsschritte:

- Übung: Richtige und falsche Aussagen über Drogen – 30 Minuten
- Vortrag über Drogen – 30 Minuten

Übung: Richtige und falsche Aussagen über Drogen

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Teil 1 (Folie 3)**

Benötigtes Material:

Flipchart, Marker, kleiner Karton, kleine Karten auf denen die richtigen und falschen Aussagen notiert sind, „Richtige und falsche Aussagen über Drogen: Antwortschlüssel für den (die) Fortbildungsleiter(in)“ (Anlage 4)

Vorgehensweise:

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) in zwei Gruppen, die sich einander gegenüber sitzen und ordnen Sie die Tische und Stühle dementsprechend an. Legen Sie die Karten mit den Aussagen in eine Box zwischen ihnen.

Erklären Sie, dass jedes Team abwechselnd eine Karte mit einer richtigen oder falschen Aussage über Drogen ziehen wird. Das Team, das gerade an der Reihe ist, darf ein bis zwei Minuten über die jeweilige Aussage diskutieren.

Gibt ein Team die richtige Antwort, so erhält es 5 Punkte, bei einer falschen Antwort erhält es 0 Punkte. Zieht ein Team eine Karte und möchte sich nicht dazu äußern, so erhält das andere Team 10 Punkte, wenn es die richtige Antwort weiß. Gibt kein Team die richtige Antwort, so ergänzen Sie diese. Halten Sie während des Spiels den Punktestand auf dem Flipchart fest.

Um die weitere Diskussion anzuregen, fragen Sie die Teams nach jeder Runde, warum sie ihre jeweilige Antwort gewählt haben.

Besprechen Sie mit der Gruppe nach dem Spiel Themen wie:

- Haben sie etwas Neues gelernt? Was haben sie durch das Spiel gelernt?
- Haben sie etwas Überraschendes oder Bemerkenswertes gelernt?
- Welche Arten von Drogen konsumieren die Gefangenen in ihrem Gefängnis?

Vortrag über Drogen

30 Minuten

➤ *PowerPoint: Teil 1 (Folien 4-25)*



Gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen; beginnen Sie den Vortrag zum Beispiel, indem Sie die Teilnehmer(innen) bitten, Ihnen bekannte Drogen zu nennen, und schreiben Sie diese auf das Flipchart.

Was ist eine Droge?

Die WHO definiert eine Droge als:

„...Wirkstoff, der im lebenden Organismus die Wahrnehmung, die Stimmung, das Denken, das Verhalten oder die Motorik verändert“ (WHO, 1993, S.8).

Bei dieser Definition wird nicht zwischen legalen und illegalen Drogen unterschieden und sie umfasst auch Alkohol, Tabak und Lösungsmittel (zum Beispiel aus Klebemitteln und Verdünnern), während medizinische, psychoinaktive Wirkstoffe ausgeschlossen werden.

Der Konsum von Drogen ist eine uralte menschliche Handlung und kann in irgendeiner Form in allen Gesellschaften beobachtet werden. Die Sumerer zum Beispiel, ein Volk, das 5000 v. Chr. im Südirak lebte, kannte bereits die psychotrope Wirkung von Opium.

Warum konsumieren Menschen Drogen?



Bitten Sie die Teilnehmer(innen), kurz über die verschiedenen Gründe nachzudenken, aus denen Menschen anfangen, Drogen zu konsumieren und schreiben Sie die Antworten auf das Flipchart.

Wie werden Drogen konsumiert?

Drogen können

- geschluckt werden (zum Beispiel in Form von Tabletten oder Flüssigkeiten wie Alkohol),
- inhaliert werden (zum Beispiel beim Rauchen von Tabak oder Marihuana),
- geschnupft werden (zum Beispiel Kokain) oder
- injiziert (d.h. gespritzt) werden (zum Beispiel Heroin).

Wirkung von Drogen

Welche Wirkung eine bestimmte Droge auf den Menschen hat, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab, unter anderem von:

- der Art der konsumierten Droge,
- der konsumierten Menge,
- der Art der Einnahme der Substanz (zum Beispiel orale Aufnahme [schlucken], Rauchen usw.),
- individuellen Eigenschaften wie Geschlecht, Gewicht, Alter und psychische Verfassung,
- der sozialen Umgebung, in der die Droge konsumiert wird und
- früheren Erfahrungen mit dieser Droge.

Viele Menschen konsumieren Drogen, ohne von ihnen abhängig zu werden.

Drogenkonsum *kann* experimentell sein, wenn Drogen nur einmalig oder für einen kurzen Zeitraum aus Neugierde konsumiert werden. Drogenkonsum kann der Entspannung dienen oder gesellschaftlich bedingt sein (zum Beispiel der Konsum von Alkohol). Der Konsum von Drogen hat viele negative Auswirkungen auf die geistige und körperliche Gesundheit des Menschen, schlimmstenfalls führt er zu einer Drogenabhängigkeit oder zu einer Überdosierung.

Drogenabhängigkeit

Zu den Anzeichen einer Drogenabhängigkeit können die folgenden Dinge zählen (gemäß ICD-10):

- Drogenabhängige Menschen empfinden einen starken Wunsch und Zwang, die Droge(n) zu konsumieren.
- Drogenabhängige Menschen haben Schwierigkeiten, ihr Konsumverhalten zu kontrollieren (was Beginn, Ende oder Menge des Konsums betrifft).
- Bei abhängigen Menschen kommt es nach dem Absetzen der Droge zu Entzugserscheinungen, woraufhin es zu erneutem Konsum kommt, um die Entzugserscheinung zu bekämpfen.
- Es kommt außerdem zu einer „Gewöhnung“, es werden also höhere Dosen benötigt, um die Wirkung der Droge zu erlangen (opioidabhängige Menschen sind häufig an Dosen gewöhnt, die einen Menschen, der nicht daran gewöhnt ist, töten würden).

- Der Drogenkonsum nimmt einen höheren Stellenwert ein als andere, früher wichtige Verhaltensweisen, und es wird immer mehr Zeit auf die Beschaffung oder die Einnahme der Drogen verwendet sowie auf die Erholung vom Drogeneinfluss.
- Schließlich kann der anhaltende Konsum der Droge trotz anderer schädlicher Folgen (z.B. gesundheitliche Probleme) ein Zeichen von Drogenabhängigkeit sein.

Drogenentzug

- Wenn ein Mensch über einen längeren Zeitraum regelmäßig eine Droge konsumiert, müssen sich das Gehirn und der Körper erst anpassen, wenn der Konsum plötzlich eingestellt wird.
- Dies kann, abhängig von der Art der konsumierten Droge und der Dauer des regelmäßigen Konsums, zu mehr oder weniger schwerwiegenden physischen und psychischen Entzugerscheinungen führen.
- Häufig ist medizinische Hilfe nötig, um mit den Entzugerscheinungen fertigzuwerden.
- Der Entzug von Heroin zum Beispiel ähnelt den Symptomen einer schweren Grippe. Neben geweiteten Pupillen zählen zu diesen Schüttelfrost, Schwindelgefühle, Durchfall, Muskelkrämpfe und das starke Bedürfnis, die Droge konsumieren zu müssen.
- Der Entzug von Amphetaminen äußert sich in Symptomen wie Müdigkeit, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen und in schwerwiegenden Fällen kann es zum Auftreten von Psychosen kommen.

Ursachen von Drogenabhängigkeit

- Drogenabhängigkeit ist eine komplexe Störung, die von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird.
- Drogenabhängigkeit ist eine Krankheit und kann als chronisch-rezidivierend (langandauernde Krankheit, die zwischendurch eine Besserung zeigt, aber phasenweise wiederkehrt) angesehen werden.
- Häufig liegen dem Drogenkonsum psychische Erkrankungen zugrunde:
 - Bei über 50% der Menschen mit einer substanzbedingten Störung (außer Alkohol) liegt gleichzeitig eine psychische Störung vor (Regier et al., 1990).

Verschiedene Arten von Drogen und ihre Wirkungen



Sie können entweder alle oder auch nur einige der folgenden Drogen vorstellen. Bevor Sie die Informationen vortragen, fragen Sie die Teilnehmer(innen), was sie über die jeweilige Droge wissen. Wenn Sie auch Bilder der verschiedenen Drogen zeigen möchten, können Sie die aus den *Drogenprofilen* auf der Internetseite der EMCDDA

(<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/de>) nutzen. Die *Drogenprofile* bieten außerdem weitere nützliche Informationen, zum Beispiel zu den aktuell in der Umgangssprache verwendeten Bezeichnungen für die aufgelisteten Drogen.

Alkohol

- Alkohol ist wohl die weltweit am häufigsten konsumierte Droge.
- Verglichen mit anderen Drogen hat Alkohol einen niedrigeren Wirkstoffgehalt und es müssen vergleichsweise höhere Dosen eingenommen werden, um eine Wirkung herbeizuführen.

- Abhängig von der Blutalkoholkonzentration bewirkt der Konsum Gesprächigkeit, eine Herabsetzung der Hemmschwelle, Gedächtnisverlust, Dämmerzustände und Bewusstlosigkeit; außerdem kann es zu tödlichen Überdosierungen kommen.
- Alkohol reizt den Verdauungstrakt (das heißt Magen und Darm) und kann bei langfristigem intensiven Konsum zu verschiedenen schwerwiegenden und tödlichen Folgen für die Gesundheit führen, wie zum Beispiel zu Leberzirrhose (einer Krankheit, bei der die Leber langsam zerstört wird und durch die chronische Schädigung nicht mehr richtig arbeitet).
- Laut Angaben der WHO (World Health Organisation, dt. Weltgesundheitsorganisation) beginnt der kritische Konsum, wenn man als Mann über einen längeren Zeitraum hinweg 40 Gramm reinen Alkohol täglich zu sich nimmt (das entspricht ca. einem Liter Bier); bei Frauen liegt die Grenze bei 20 Gramm täglich (entsprechend ca. einem halben Liter Bier).
- In den Medien wird häufig berichtet, dass geringe Mengen Alkohol eine schützende Wirkung auf das Herz haben. Dies ist jedoch nicht endgültig belegt und es muss immer auch bedacht werden, dass der Konsum von Alkohol mit einem höheren Krebsrisiko und anderen nachteiligen Folgen für die Gesundheit einhergeht. Studien haben außerdem ergeben, dass, auch wenn der Konsum von geringen Mengen Alkohol möglicherweise bei manchen Menschen eine schützende Wirkung hat, diese Ergebnisse nicht auf die Bevölkerung als Ganzes übertragen werden können.

Tabak

- Nikotin ist eine der am häufigsten konsumierten Drogen der Welt.
- Tabak kann entweder geraucht oder gekaut werden.
- Zu den erwünschten Wirkungen zählen erhöhte Wachsamkeit und Aufmerksamkeit sowie ein verminderter Appetit.
- Das Rauchen von Tabak ist mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Problemen wie Atemwegserkrankungen (Erkrankungen der Lunge und der Bronchien), Herzkrankheiten und Krebs verbunden.

Cannabis

- Nach Alkohol und Tabak ist Cannabis in den Industrieländern die am dritthäufigsten konsumierte Droge.
- Cannabis wird gewöhnlich geraucht oder oral eingenommen.
- Cannabis wird in Form von Marihuana (die getrockneten Blätter und Blüten der Pflanze Cannabis Sativa) oder in Form von Haschisch (das gepresste Harz der Pflanze, das mehr THC [Tetrahydrocannabinol] enthält) konsumiert. THC ist der für die psychoaktive Wirkung verantwortliche Wirkstoff.
- Mögliche Wirkungen sind Euphorie, Entspannung, verzerrte Wahrnehmung, gesteigerter Appetit und Beeinträchtigung der kognitiven und psychomotorischen Fähigkeiten, sowie Angstzustände und Paranoia.

Amphetamine und Methamphetamine

- Amphetamine und Methamphetamine sind „Psychostimulanzien“ oder „Stimulanzien des zentralen Nervensystems“. Sie sind besser bekannt unter ihren Namen in der Szenesprache wie Speed, Crystal, Meth und Ice.
- Durch (Meth-)Amphetamine werden die Botschaften zwischen Körper und Gehirn schneller ausgetauscht.

- Sie können geschluckt, geschnupft, geraucht und gespritzt werden.
- Zu den Symptomen des Konsums zählen beschleunigte(r) Atmung und Herzschlag, erhöhter Blutdruck und geweitete Pupillen.
- Unerwünschte Nebenwirkungen sind unregelmäßiger Herzschlag, Zittern, Koordinationsstörungen und Kreislaufzusammenbruch.

Ecstasy

- Ecstasy ist ein Amphetaminderivat, das zu den amphetaminartigen Stimulanzien zählt.
- Ecstasy wird normalerweise geschluckt. Ist es pulverförmig, kann es geschnupft, geraucht oder gespritzt werden; diese Arten des Konsums sind jedoch selten.
- Ecstasy ist ein „Stimulanz des Nervensystems“ und verursacht Euphorie (Hochgefühl), gesteigerte Sinneswahrnehmung und eine leichte zentrale Stimulation.
- Die Nebenwirkungen ähneln denen von Amphetaminen und Methamphetaminen. Eine weitere häufige Nebenwirkung ist die Überhitzung des Körpers.

Kokain

- Kokain gehört ebenfalls zur Gruppe der „Stimulanzien des zentralen Nervensystems“.
- Kokain wird gewöhnlich geschnupft, während Crack, ein hochwirksames Kokainderivat, geraucht wird.
- Zu den Wirkungen zählen heftige Stimmungsschwankungen einschließlich Euphorie (Hochgefühl), Dysphorie (gereizte Missstimmung, depressive [niedergeschlagene] Stimmung) und, im Extremfall, Kokainpsychosen und Herzprobleme.
- Kokain macht sehr leicht süchtig.

LSD und andere Halluzinogene

- Halluzinogene gibt es in natürlicher Form, zum Beispiel in Magic Mushrooms, aber auch in synthetischer oder halbsynthetischer Form wie LSD.
- Halluzinogene werden gewöhnlich oral eingenommen und haben eine bewusstseinsverändernde und psychedelische Wirkung.
- Zu den erwünschten Wirkungen zählen die Beeinträchtigung der Wahrnehmung von Zeit und Ort, visuelle Halluzinationen und Synästhesien (man sieht Geräusche und hört Farben).
- Unerwünschte Wirkungen sind Schwindelanfälle, Orientierungslosigkeit, Angstzustände, Depressionen und Flashbacks.
- Halluzinogene führen eher zu einer psychischen als zu einer körperlichen Abhängigkeit.

Benzodiazepine

- Benzodiazepine gehören zu den Sedativa/Hypnotika, die in geringen Dosen gegen Angstzustände helfen und in hohen Dosen beruhigend und einschläfernd wirken.
- Benzodiazepine können legal verschrieben werden (zum Beispiel in Form von Valium), tauchen jedoch regelmäßig auf dem Schwarzmarkt auf.
- Benzodiazepine werden geschluckt oder gespritzt.
- Benzodiazepine werden oft in Verbindung mit Alkohol konsumiert, um ihre Wirkung zu verstärken.

- Der Langzeitkonsum führt zu psychischer Abhängigkeit, wirkt sich nachteilig auf das Gedächtnis und die Konzentration aus und kann emotionale Abstumpfung verursachen.

Heroin/Opioide

- Opium wird aus dem Saft des Schlafmohns gewonnen; der wichtigste psychotrope Wirkstoff ist Morphin.
- Opioide sind Drogen mit morphinähnlichen Wirkungen, entweder halbsynthetisch wie Heroin oder synthetisch wie Methadon.
- Opioide setzen die Funktion des zentralen Nervensystems herab und werden therapeutisch als Schmerzmittel eingesetzt.
- Heroin ist ein verhältnismäßig wirksames Opioid, es kann leicht in Wasser gelöst werden, um es zu spritzen, und gelangt schnell vom Blutkreislauf ins Gehirn.
- Heroin kann gespritzt, geschnupft oder geraucht werden.
- Ein typisches Anzeichen für Opioidkonsum ist die sogenannte Miosis (verengte Pupillen des Konsumenten bzw. der Konsumentin).
- Zu den erwünschten Wirkungen gehören Benommenheit, Euphorie, verminderte Angst und Schmerzminderung.
- Die unerwünschten Wirkungen umfassen eine verlangsamte Atmung, starke Sedierung, Abhängigkeit und Überdosis.
- Heroin wird mit weit mehr unbeabsichtigten Überdosierungen und tödlichen Vergiftungen in Verbindung gebracht als jede der anderen aufgeführten illegalen Drogen.
- Bei der Heroinabhängigkeit handelt es sich um eine chronisch-rezidivierende Erkrankung; es ist eine Abhängigkeit, aus der man nur sehr schwer herauskommt.
- Heroinabhängige Menschen haben sehr starke psychische und physische Entzugserscheinungen, wenn sie den Konsum einstellen.

Polyvalenter Konsum

- Konsumiert eine Person gleichzeitig oder in Folge mehr als eine Art von Drogen, spricht man von polyvalentem Drogenkonsum.
- In die Definition von polyvalentem Drogenkonsum sind sowohl illegale Drogen als auch Alkohol und auch manchmal Tabak mit einbezogen.
- Gemäß dieser Definition handelt es sich bei nahezu allen Konsument(inn)en illegaler Drogen um polyvalente Drogenkonsument(inn)en, da sie vermutlich manchmal Alkohol oder Tabak konsumieren.
- Daher ist es beim polyvalenten Drogenkonsum wichtig, die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken zu berücksichtigen, die durch die verschiedenen Kombinationen von Drogen entstehen können. Eine Kombination von Alkohol und Tabak birgt vergleichsweise weniger unmittelbare Gesundheitsrisiken als beispielsweise eine Kombination aus Benzodiazepinen und Alkohol, wo es leicht zu tödlichen Überdosierungen kommen kann (EMCDDA 2002).

Teil 2: Risikoverhaltensweisen und drogenbedingte Probleme

Insgesamt benötigte Zeit: 60 Minuten

Inhalt:

- Den Teilnehmer(inne)n einen umfassenden Überblick über Infektionskrankheiten, Risikoverhalten und drogenbedingte Probleme geben.

Lernziel:

Durch diese Einheit werden die Teilnehmer(innen) ihr Wissen in den Bereichen Risikoverhalten und den damit verbundenen Problemen erweitern.

Am Ende der Einheit werden die Teilnehmer(innen) die mit problematischem Drogenkonsum verbundenen Probleme gut verstehen.

Fortbildungsschritte:

- Übung: Wie verbreitet sich HIV in Haftanstalten? Wie kann das Risiko einer Übertragung reduziert werden? (Teil I) - 30 Minuten
- Vortrag über drogenbedingte Probleme - 30 Minuten

Übung: Wie verbreitet sich HIV in Haftanstalten? Wie kann das Risiko einer Übertragung reduziert werden? (Teil I)

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Teil 2 (Folien 3-4)**

Benötigtes Material:

Flipchart, Marker, Papier, Stifte

Vorgehensweise:

Beginnen Sie diese Übung mit **Folie 3**, die Informationen über die Verbreitung von HIV enthält:

HIV/AIDS

- Problematischer Drogenkonsum kann mit einer Reihe von schädlichen Folgen verbunden sein.
- Infektionskrankheiten zählen zu den schlimmsten gesundheitlichen Folgen in Verbindung mit Drogen.

- Schätzungen zufolge leben weltweit zurzeit rund 33 Millionen Menschen mit HIV. Im Jahr 2007 gab es 2,7 Millionen Neuerkrankungen und 2 Millionen Todesfälle, die mit AIDS in Verbindung standen.
- HIV kommt innerhalb des Gefängnisses häufiger vor als außerhalb des Gefängnisses (UNAIDS, 2008).

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) in kleine Gruppen ein. Bitten Sie die Gruppen Risikoverhaltensweisen im Gefängnis aufzuschreiben, die zur Übertragung von HIV führen können. Geben Sie wenn nötig ein Beispiel. Bitten Sie die Kleingruppen, ihre Ergebnisse vorzustellen.

Schreiben Sie die Antworten auf die linke Seite des Flipcharts. Bei falschen Antworten, nennen Sie die tatsächlichen Wege der HIV-Übertragung. Gehen Sie auch auf Antworten ein, die für die Gefängnisumgebung nicht von Bedeutung sind, aber erinnern Sie die Teilnehmer(innen) daran, sich nur auf das Risikoverhalten innerhalb der Haftanstalt zu beziehen.

Zu den Risikoverhaltensweisen, die die Verbreitung von HIV und anderen Infektionskrankheiten in Haft fördern können, zählt:

- Die gemeinsame Benutzung eines Injektionsbestecks
- Ungeschützter Geschlechtsverkehr
- Die gemeinsame Benutzung von Tätowiernadeln
- Die gemeinsame Nutzung von Nadeln zum Piercen von Körperteilen

Vortrag über drogenbedingte Probleme

30 Minuten

➤ *PowerPoint: Teil 2 (Folien 5-12)*



Gestalten Sie den Vortrag möglichst interaktiv, indem Sie Zwischenfragen stellen, so zum Beispiel: „Weiß jemand, wofür HIV steht?“.

Infektionskrankheiten

HIV/AIDS

- Eine Infektion mit HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) führt nach einer gewissen Zeit (manchmal nach Jahren oder Jahrzehnten) zur Immunschwächekrankheit AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome, dt. Erworbenes Immundefektsyndrom).
- HIV/AIDS kann über das Blut, durch Geschlechtsverkehr oder von einer Mutter auf ihr Kind übertragen werden.
- Trotz besserer Medikamente und Therapieerfolgen ist die HIV-Infektion zwar behandelbar, aber nicht heilbar. Daher ist es wichtig, HIV/AIDS möglichst früh zu entdecken und zu behandeln.
- Intravenöser Drogenkonsum trägt zur Verbreitung von HIV/AIDS bei.

Hepatitis C

- Virale Hepatitis, darunter insbesondere Hepatitis C, kommt unter injizierenden Drogenkonsument(inn)en in Europa sehr häufig vor.
- Hepatitis C kann über Blut übertragen werden, zum Beispiel bei der gemeinsamen Benutzung eines Injektionsbestecks.
- In den meisten europäischen Ländern sind über 40% (in manchen Ländern bis zu 90%) der injizierenden Drogenkonsument(inn)en mit Hepatitis C infiziert.
- 50 bis 90% dieser Infizierten entwickeln eine chronische Hepatitis-C-Infektion.
- Eine chronische Hepatitis C kann zu Leberzirrhosen und Leberkrebs führen.

(EMCDDA, 2008)

Hepatitis B

- Nur etwa 5% der Hepatitis-B-Infizierten entwickeln eine chronische Form der Krankheit (mit ähnlich schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen wie bei einer chronischen Hepatitis-C-Infektion)
- Viele europäische Länder berichten, dass mehr als 40% der injizierenden Drogenkonsument(inn)en eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht haben.
- Hepatitis B ist sexuell übertragbar und kann auch über Blut und andere Körperflüssigkeiten (zum Beispiel Speichel oder Muttermilch) übertragen werden.
- Im Gegensatz zu HIV und Hepatitis C gibt es gegen Hepatitis B eine Impfung.

(EMCDDA, 2008)

Weitere gesundheitliche Probleme

- Neben den durch Blut übertragbaren Viruserkrankungen können mangelnde Hygiene während der Injektion der Drogen sowie die Injektion von verunreinigten Drogen und die Verwendung von verunreinigtem Injektionsbesteck zu bakteriellen Infektionen führen.
- Lokale Infektionen wie Abszesse sind bei injizierenden Drogenkonsument(inn)en häufig zu beobachten.

Überdosis

- In Europa kommt es jedes Jahr zu 7.000 bis 8.000 drogenbedingten Todesfällen (da dies nur die berichteten Fälle sind, handelt es sich um eine Mindestschätzung).
- Drogenbedingte Todesfälle stehen meist im Zusammenhang mit Opioiden (d.h. hauptsächlich Heroin), sie können jedoch auch in Verbindung mit anderen Drogen und Alkohol auftreten.
- So kann auch der Konsum von Drogen wie Amphetaminen, Methamphetaminen, Ecstasy und Kokain zu lebensbedrohlichen Notfällen führen.
- Insbesondere gerade entlassene Gefangene haben ein hohes Risiko, an einer Überdosis zu sterben (EMCDDA, 2008).
- Eine im Vereinigten Königreich durchgeführte Studie (Farrell & Marsden, 2008) ergab, dass das Risiko zu sterben bei kürzlich entlassenen Gefangenen 10 Mal höher war als normalerweise.
- Bei allen Frauen und bei 95% der Männer, die in den ersten zwei Wochen nach Haftentlassung ums Leben kamen, war der Tod auf Drogen zurückzuführen (Überdosis).

- Von 49.000 entlassenen Gefangenen starben 442 innerhalb von 3 bis 5 Jahren; 59% dieser Todesfälle waren auf Drogen zurückzuführen.
- Bei 95% der drogenbedingten Todesfälle waren Opiode im Spiel.

Andere drogenbedingte Probleme

- Psychische Probleme
- Finanzielle Probleme
- Familiäre Probleme
- Vernachlässigung von Kindern
- Gesellschaftliche Probleme
- Entstehung einer offenen Drogenszene (d.h. öffentliche Plätze, an denen sich Drogenkonsument(inn)en versammeln), die die tatsächliche und wahrgenommene Sicherheit der Menschen beeinträchtigt
- Drogenbedingte Straftaten
- Inhaftierung

Teil 3: Schadensminderung

Insgesamt benötigte Zeit: 110 Minuten

Inhalt:

- Die Grundsätze der Schadensminderung erklären.
- Einen Überblick über Schadensminderungsmaßnahmen geben.

Lernziel:

Nach Abschluss des dritten Hauptmodulteils werden die Teilnehmer(innen) mehr wissen über

- eine Reihe von Methoden zur Schadensminderung,
- die Wirksamkeit von Schadensminderung bei der Vorbeugung von negativen Folgen des Drogenkonsums.

Am Ende dieser Einheit werden die Teilnehmer(innen) wissen, dass drogenbedingten Schäden vorgebeugt werden kann und dass Schadensminderung Krankheiten verhindern kann und die Sterblichkeit verringert.

Fortbildungsschritte:

- Übung: Wie verbreitet sich HIV in Haftanstalten? Wie kann das Risiko einer Übertragung reduziert werden? (Teil II) – 30 Minuten
- Vortrag über Schadensminderung – 50 Minuten
- Übung: Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung – 30 Minuten

Übung: Wie verbreitet sich HIV in Haftanstalten? Wie kann das Risiko einer Übertragung reduziert werden? (Teil II)

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Teil 3 (Folie 3)**

Benötigtes Material:

Flipchart, Marker

Vorgehensweise:

Nachdem Sie im Vortrag darauf eingegangen sind, welche Arten von drogenbedingten Problemen es gibt, gehen Sie zum zweiten Teil der Übung über.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich wie im ersten Teil der Übung in Kleingruppen zusammenzufinden. Auf dem Flipchart stehen die Beispiele für Risikoverhaltensweisen in Haft aus Teil I der Übung. Wenn erforderlich, verändern oder ergänzen Sie diese Liste in Bezugnahme auf die Inhalte des Vortrags.

Fragen Sie die Teilnehmer(innen) nun, mit welchen Maßnahmen die Probleme, die mit diesen Verhaltensweisen verbunden sind, reduziert werden können. Schreiben Sie die jeweiligen Maßnahmen zur Schadensminderung neben das zugehörige Risikoverhalten.

Erklären Sie den Teilnehmer(inne)n, dass es - auch wenn die meisten der beschriebenen Risikoverhaltensweisen in Haft illegal sind - einige dieser Verhaltensweisen, wie Drogenkonsum oder Geschlechtsverkehr, immer geben wird.

Einige Teilnehmer(innen) antworten vielleicht, dass strengere Regeln und härtere Strafmaßnahmen nötig sind, um den Drogenkonsum in Haft und die damit verbundenen Probleme zu reduzieren. Betonen Sie, dass es immer Wege geben wird, Drogen ins Gefängnis zu schmuggeln. Der Konsum von Drogen war immer ein Teil der Gesellschaft und wird immer auch weiterhin in Gefängnissen stattfinden. Daher sind Maßnahmen der Schadensminderung nötig, um auf diesen Konsum zu reagieren.

Vortrag: Schadensminderung

50 Minuten

➤ **PowerPoint: Teil 3 (Folien 4-17)**



Mit Bezug auf die Antworten, die die Teilnehmer während der Übung gegeben haben, beginnen Sie den Vortrag, indem Sie den Begriff der Schadensminderung erläutern und Details zu jeder einzelnen Methode der Schadensminderung nennen.

Was ist Schadensminderung?

Der Begriff Schadensminderung bezieht sich auf ein Konzept, das darauf abzielt, die negativen Auswirkungen bestimmter Verhaltensweisen zu reduzieren. In Verbindung mit injizierendem Drogenkonsum zielt die Schadensminderung darauf ab, die Übertragung von Infektionskrankheiten - zum Beispiel durch die Verwendung desselben Injektionsbestecks - einzudämmen.

Newcombe (1992) gibt eine umfassende Definition, die die verschiedenen Aspekte der Schadensminderung einbezieht:

„Schadensminderung umfasst Methoden, Ansätze, Programme, Angebote und Interventionen, die die negativen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgeerscheinungen für das Individuum, die Gemeinschaft und die Gesellschaft insgesamt verringern.“

Grundsätze der Schadensminderung

- „Die Schadensminderung erkennt an, dass der Konsum von Drogen in einem bestimmten Ausmaß unvermeidbar ist und dass in einer Gesellschaft mit einem gewissen Maß an Drogenkonsum zu rechnen ist“ (CCSA, 1996).
- Sie akzeptiert, dass viele Menschen trotz größter Bemühungen weiter Drogen konsumieren, weil sie ihren Konsum nicht einstellen möchten oder können.
- Bei der Schadensminderung geht es vorrangig um die Vermeidung drogenbedingter Probleme, ohne dass von den Drogenkonsument(inn)en zwangsläufig Abstinenz gefordert wird.
- Schadensminderung ergänzt vorbeugende Maßnahmen, Maßnahmen, die die Menge des Drogenkonsums reduzieren und sie hilft solchen Menschen, die mit dem Drogenkonsum aufhören möchten.
- Schadensminderung wertet nicht und sie respektiert stets die Würde und die Rechte der Drogenkonsument(inn)en.
- Das Konzept der Schadensminderung kann breiter ausgelegt werden und auch die Prävention negativer Folgeerscheinungen anderer risikobehafteter Verhaltensweisen, wie zum Beispiel ungeschützten Geschlechtsverkehr, Tätowierungen und Piercings, einschließen.
- Der Begriff Schadensminderung bezieht sich zum einen auf das oben genannte Konzept, kann sich aber auch auf einzelne Methoden wie Methadonbehandlung und Sprizentauschprogramme beziehen.

Warum ist Schadensminderung sinnvoll?

- Schadensminderung trägt zum Schutz der Gesundheit des Einzelnen und der Öffentlichkeit bei, indem die Übertragung von Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS und Hepatitis B und C vermindert wird.
- Dabei ist Schadensminderung eine kosteneffektive Methode, d.h. Investitionen in die vergleichsweise günstige Schadensminderung haben große Auswirkungen auf die Gesundheit einer ganzen Gesellschaft.
- Gefangene behalten ihre Grundrechte und haben das Recht auf das gleiche Maß an medizinischer Versorgung wie die übrige Gesellschaft.
- Jede Regierung ist dazu verpflichtet, die internationalen Menschenrechte zu achten, nach denen die Gesundheit der Gefangenen geschützt werden muss.
- Es ist von grundlegender Bedeutung, auf die Probleme Drogenkonsum und Infektionskrankheiten in Haft zu reagieren und geeignete Methoden zur Schadensminderung umzusetzen. Gefangene sind ein Teil unserer Gesellschaft, sind vor der Inhaftierung ein Teil von ihr und kehren nach der Haftentlassung wieder in sie zurück.

Arten der Schadensminderung

Informationsverbreitung

- Die Verbreitung von Information über Drogen, Infektionskrankheiten und ihre Übertragungswege ist die am häufigsten verwendete Methode zur Schadensminderung in europäischen Gefängnissen.
- Informationen können dabei von Gesundheits- und Sozialdiensten oder von Mitgefangenen (sogenannten Peer Educators) verbreitet werden.
- Geeignete Wege zur Informationsverbreitung sind Einzel- bzw. Gruppenberatungen, Broschüren, Flyer und Poster, die über Drogenkonsum, Risikoverhalten und Infektionskrankheiten aufklären.

Entgiftung und opioidgestützte Substitutionstherapie (OST) für opioidabhängige Menschen

- Drogenabhängige Gefangene sollten dazu ermutigt werden, an einer Drogentherapie teilzunehmen.
- Drogenabhängige Gefangene leiden nach ihrer Inhaftierung oftmals an starken Entzugerscheinungen, die zu gewalttätigem Verhalten und Selbstverletzung führen können.
- Bei der opioidgestützten Substitutionstherapie handelt es sich um eine medizinisch überwachte Behandlung opioidabhängiger Menschen mit Ersatzsubstanzen wie Methadon.
- Wie bei anderen gesundheitlichen Problemen können der Einsatz von geeigneten Medikamenten und die Veränderung des Verhaltens bei einer bestehenden Opioidabhängigkeit zu einer Verbesserung des Zustands führen.
- Methadon oder andere Opioide können zur Entgiftung (das heißt eine schnelle Reduzierung der Dosis mit Abstinenz als Zielsetzung) oder als Dauertherapie eingesetzt werden.
- Rückfälle nach einer Entgiftung sind sehr häufig und eine Entgiftung als Einzelmaßnahme stellt keine geeignete Behandlung dar.
- Im Gegensatz dazu hat eine opioidgestützte Substitutionstherapie (über einen längeren Zeitraum) die folgenden Effekte:
 - Verbesserung des Gesundheitszustands insgesamt,
 - Verhinderung von Straftaten,
 - Vermeidung von Überdosierungen und Todesfällen,
 - Verhinderung der Übertragung von Infektionskrankheiten,
 - Verbesserung der Behandlung von Drogenkonsument(inn)en mit HIV/AIDS,
 - Reduktion des Konsums illegaler Drogen,
 - Stabilisierung der allgemeinen Lebenssituation des Drogenkonsumenten bzw. der Drogenkonsumentin,
 - Verbesserung der sozialen Verhältnisse und der Arbeitssituation.
- Die WHO, UNODC und UNAIDS (2004) empfehlen ausdrücklich den Einsatz opioidgestützter Substitutionstherapien für Personengruppen, die einem hohen HIV-Risiko ausgesetzt sind.
- Eine solche Therapie sollte immer mit einer psychosozialen Unterstützung der abhängigen Person einhergehen.
- Der Einsatz opioidgestützter Substitutionstherapie im Gefängnis ist sinnvoll, da:
 - Justizvollzugsmitarbeiter(innen) während der Entzugsphase der Gefangenen oftmals mit schwierigen Situationen konfrontiert sind, wie Gewalt und Drogenschmuggel,
 - es vermehrt zu Fällen von Selbstverletzungen und Selbstmorden während der Entzugsphasen kommt,
 - im Gefängnis eine gleichwertige medizinische Behandlung wie außerhalb des Gefängnisses gewährt sein muss.

Nadel- und Spriztentauschprogramme

In Europa sind HIV-Infektionen bei Gefangenen größtenteils auf die gemeinsame Benutzung von Injektionsbestecken zurückzuführen.

- Nadel- und Spritzentauschprogramme sind in Europa - außerhalb von Gefängnissen - weit verbreitet und motivieren zur Rückgabe und sicheren Verwahrung von Spritzen und Nadeln im Austausch gegen neue sterile Spritzen.
- Es ist bekannt, dass HIV mehrere Tage und Hepatitis C sogar mehrere Wochen in einer Nadel überleben kann (abhängig von den Umgebungsbedingungen wie Temperatur, Feuchtigkeit usw.)
- Dementsprechend ist der Spritzentausch eine effektive Methode eine Neuinfektion mit HIV und Hepatitis zu verhindern.
- Außerdem bietet sich durch die Teilnahme an den jeweiligen Programmen die Möglichkeit, Drogenkonsument(inn)en an Drogentherapien, medizinische Betreuung und psycho-soziale Dienste zu vermitteln.
- Wenn Heroin oder eine andere Droge für die Injektion vorbereitet wird, wird sie mit Wasser vermischt und in einem „Kocher“ (normalerweise einem Löffel) erhitzt; anschließend wird die Lösung durch ein Stück Baumwolle oder einen Zigarettenfilter gefiltert. Da auch durch das gemeinsame Benutzen dieser Utensilien Infektionskrankheiten übertragen werden können, gibt es bei manchen Nadel- und Spritzentauschprogrammen auch sterile Tücher, Wasser, Kocher und Filter.
- In manchen europäischen Ländern wurden Spritzentauschprogramme erfolgreich in Haftanstalten eingeführt; in Spanien beispielsweise gibt es sie in allen Gefängnissen.
- Zur Verteilung der Spritzen werden Automaten genutzt. Bei der Inhaftierung erhält der Gefangene eine Spritzenattrappe. Wenn nötig kann er die Spritzenattrappe in den Automaten einwerfen und erhält eine echte sterile Spritze. Nach der Injektion kann er die benutzte Spritze abgeben und erhält eine neue.
- Es ist weiter möglich, dass sterile Spritzen durch das medizinische Personal oder Mitgefangene (sogenannte Peer Educators) verteilt werden.
- Studien zeigen, dass nach der Einführung von Spritzentauschprogrammen in Gefängnissen
 - weder der Drogenkonsum noch der injizierende Drogenkonsum steigt,
 - Spritzen nicht zweckentfremdet werden (zum Beispiel als Waffen),
 - sich die Entsorgung der benutzten Spritzen unkompliziert gestaltet,
 - es sogar zu einer Verringerung des Drogenkonsums kommen kann, wenn der Spritzenaustausch in eine verbesserte Struktur der Drogenberatung und -behandlung eingebettet ist,
 - die Verbreitung von Infektionskrankheiten eingedämmt wird.



Die meisten Justizvollzugsmitarbeiter(innen) haben Angst vor Verletzungen durch Nadelstiche und der möglichen Übertragung von Infektionskrankheiten. Betonen Sie, dass keine der Studien eine Zunahme an Nadelstichverletzungen nach der Einführung von Spritzentauschprogrammen festgestellt hat.

Bleichmittel-Sets

- Heutzutage ist die Desinfektion des Injektionsbestecks mit Bleichmitteln **lediglich ein Mittel zweiter Wahl**.
- Die sorgfältige Reinigung von Injektionsbesteck und Tätowiernadeln mit Bleichmitteln (Bleichmittelsets mit Bleiche und einer Reinigungsanleitung) kann dazu beitragen, die Übertragung bestimmter Infektionskrankheiten zu vermeiden.
- **Aber:** Bleiche tötet nicht den Erreger ab, der Hepatitis verursacht, und auch gegen das HI-Virus ist es nicht hundertprozentig wirksam.

- Darüber hinaus dauert der Desinfektionsvorgang relativ lange.
- Bleichmittel können bei den Gefangenen, die sich ein Injektionsbesteck teilen, zu einer trügerischen Sicherheit vor einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten führen.

Verteilung von Kondomen

Ungeschützter Geschlechtsverkehr stellt ein Risiko zur Übertragung von HIV, Hepatitis und anderen sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten dar.

- In Haft kommt es zu sexuellen Handlungen (einvernehmlich oder auch nicht einvernehmlich).
- Kondome sind ein wirksames Mittel zur Vorbeugung der Übertragung von Infektionskrankheiten.
- Das Verteilen von Kondomen in Haftanstalten führt nicht zu erhöhter sexueller Aktivität.
- Das Verteilen von Kondomen in Haft kann über Automaten erfolgen, Kondome können weiterhin in den Gemeinschaftsräumen ausgelegt werden.

Freiwillige HIV-Beratung und -Testung

- Durch freiwillige HIV-Tests erfahren die Gefangenen, ob sie mit dem HI-Virus infiziert sind.
- Die freiwillige HIV-Beratung und -Testung sollte den Gefangenen sowohl zum Zeitpunkt der Inhaftierung als auch jederzeit während der Haft angeboten werden.
- Eine effektive Testung und Beratung ermöglicht es HIV-positiven Gefangenen, antiretrovirale Behandlung, Betreuung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Übung: Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung**30 Minuten****➤ PowerPoint: Teil 3 (Folie 18)****Benötigtes Material:**

„Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung“ (Anlage 5)

Vorgehensweise:

Trotz der erwiesenen Wirksamkeit von Schadensminderung kann es sein, dass einige der Teilnehmer(innen) dem Konzept immer noch skeptisch gegenüber stehen.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich für die nachfolgende Diskussion in einem Kreis zusammenzusetzen. Sprechen Sie mit den Teilnehmer(inne)n über ihre Ansichten und Bedenken hinsichtlich des Konzepts und der Methoden der Schadensminderung. Mithilfe des Blattes „Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung“ können Sie möglicherweise immer noch bestehende Ängste und falsche Vorstellungen ausräumen.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)**Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten****Evaluation****Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten**

ZUSATZMODULE

3. Zusatzmodule

3.1 KONZEPTE UND MODELLE DER DROGENABHÄNGIGKEIT

3.1

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Insgesamt benötigte Zeit:

130 Minuten

Benötigtes Material:

- Laptop oder Desktopcomputer
- Beamer
- Flipchart, Flipchart-Papier, Klebeband
- Verschiedenfarbige Marker
- Papier und Stifte
- „Kontinuum des Drogenkonsums – Fallbeispiele“ (Anlage 6)
- PowerPoint-Präsentationen der Teile 1 und 2

Inhalt:

- Ein umfassendes Verständnis von Drogenabhängigkeit bei den Teilnehmer(inne)n entwickeln.

Lernziel:

In diesem Teil werden die Teilnehmer(innen) etwas lernen über:

- das Konzept und Muster der Drogenabhängigkeit,
- Modelle der Drogenabhängigkeit.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Teil 1 Konzepte der Drogenabhängigkeit (70 Minuten)

- Übung: Brainstorming zum Thema Drogenabhängigkeit – 20 Minuten
- Übung: Abhängigkeitssymptome - 20 Minuten
- Vortrag: Kontinuum des Drogenkonsums – 10 Minuten
- Übung: Kontinuum des Drogenkonsums - Fallbeispiele – 20 Minuten

Teil 2 Grundlegende Modelle der Drogenabhängigkeit (20 Minuten)

- Vortrag: Modelle der Drogenabhängigkeit – 20 Minuten

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:

Adams, P. (2008). *Fragmented intimacy. Addiction in a social world*. New York: Springer Science and Business Media.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Blume, A. (2005). *Treating drug problems*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Coombs, R. H. & Howatt, W. A. (2005). *The addiction counsellor's Desk reference*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Martin, P. R. & Weinberg, B. A. & Bealer, B. K. (2007). *Healing addiction*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Einleitung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

Die Diskussion über Abhängigkeiten ist in der heutigen Zeit allgegenwärtig. In den Medien wird man regelmäßig mit beunruhigenden Artikeln über die zunehmend bedeutsamen Ausmaße von Suchterkrankungen konfrontiert.

Der Begriff „Abhängigkeit“ kann in verschiedenen Zusammenhängen eine jeweils andere Bedeutung haben. Manche Menschen meinen damit vielleicht eine Abhängigkeit von Schokolade oder Golf; in anderen Fällen wird ernster vom Begriff der Abhängigkeit gesprochen, wie die folgenden Sätze zeigen: „Durch Abhängigkeiten werden immer mehr Menschen zu Straftätern“; „Abhängigkeit ist die Triebkraft des Verfalls und der Korruption“. In wieder anderen Fällen sprechen Menschen mit einem Unterton von Bedrohung und Vorurteilen von Abhängigkeit: „Wir müssen alle Abhängigkeiten ausmerzen“; „Abhängige Menschen sind schwach und wertlos“. Suchterkrankungen und Abhängigkeiten geraten immer mehr ins öffentliche Bewusstsein.

Warum ist es so wichtig, mehr über Drogenabhängigkeit zu lernen?

In den meisten Teilen der Welt wird häufig Alkohol konsumiert, und viele Menschen konsumieren auch andere Drogen. Die meisten werden niemals abhängig, doch bei der Drogen- bzw. Alkoholabhängigkeit handelt es sich um eine schwere gesundheitliche Störung. Eine Drogenabhängigkeit wirkt sich nicht nur auf die Person aus, die die Drogen konsumiert, sondern auch auf deren Angehörige und Freunde. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache sollten die Gruppenmitglieder so viel wie möglich über Drogenabhängigkeit und Suchterkrankungen lernen, damit sie Anderen dieses Wissen vermitteln und ihnen helfen können, wenn sie erste Anzeichen einer Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Suchtmitteln zeigen.

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

Teil 1: Konzepte der Drogenabhängigkeit

Insgesamt benötigte Zeit: 70 Minuten

Übung: Brainstorming zum Thema Drogenabhängigkeit

20 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 3**

Benötigtes Material:

Flipchart, an die Wand geklebtes Flipchart-Papier, Klebeband, Papier, Stifte, Marker

Vorgehensweise:

Fragen Sie die Gruppenmitglieder, was ihnen durch den Kopf geht, wenn sie die Wörter „Drogenabhängige(r)“ und „Alkoholiker(in)“ hören. Ermutigen Sie sie dazu, ehrlich zu sein und frei heraus zu denken, da es keine guten oder schlechten, richtigen oder falschen Gedanken bzw. Assoziationen gibt. Assoziationen können Wörter, Dinge, Gegenstände, Gefühle usw. sein.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), so schnell wie möglich fünf Wörter bzw. Assoziationen aufzuschreiben. Zeitdruck führt normalerweise dazu, dass die Wörter schneller aufgeschrieben werden und weniger über sie nachgedacht wird.

Wenn alle ihre Wörter aufgeschrieben haben, bitten Sie den ersten Teilnehmer bzw. die erste Teilnehmerin, das erste Wort in seiner bzw. ihrer Liste vorzulesen, und schreiben es auf ein Stück Flipchart-Papier, das im Raum an die Wand geklebt ist. Wenn die anderen Teilnehmer(innen) dieses Wort aufgeschrieben haben, bitten Sie sie, es aus ihren eigenen Listen zu streichen. Gehen Sie dann weiter zum nächsten Teilnehmer bzw. zur nächsten Teilnehmerin über, bitten Sie diese Person, ihr erstes Wort zu sagen, schreiben Sie es auf das Flipchart und lassen Sie die anderen Teilnehmer(innen) dieses Wort aus ihrer Liste streichen. Machen Sie so weiter, bis alle Wörter der Teilnehmer(innen) vorgelesen worden sind. Schreiben Sie die Wörter groß genug auf das Flipchart-Papier an der Wand, damit die Teilnehmer sie gut lesen können.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich die Wörter kurz anzuschauen, lesen Sie sie erneut vor und überlegen Sie, wie man die Begriffe gruppieren kann.



Versuchen Sie, negativen Einstellungen zu begegnen, und betonen Sie, dass die aktuelle Forschung Drogenabhängigkeit als chronisch-rezidivierende Erkrankung betrachtet.

Übung: Abhängigkeitssymptome

20 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 4-5**

Benötigtes Material:

Flipchart, Marker, Papier, Stifte

Vorgehensweise:

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) in kleine Gruppen und statten Sie jede Gruppe mit Papier und Stiften aus. Bitten Sie die Teilnehmer(innen), die folgenden Fragen in der Gruppe zu diskutieren: „Wann ist eine Person als drogenabhängig anzusehen? Welche Symptome und Verhaltensmuster sind bei dieser Person zu beobachten?“ Die Antworten sollten sich nicht nur auf den Zustand des Berauschtseins beschränken. Bitten Sie jede Gruppe, fünf Aussagen zu Papier zu bringen. Geben Sie wenn nötig ein Beispiel.

Bitten Sie nun jede Gruppe, ihre Ergebnisse vorzutragen, und schreiben Sie sie auf das Flipchart.

Nach Abschluss dieser Übung stellen Sie den Teilnehmer(inne)n die im ICD-10 genannten Symptome der Abhängigkeit vor:

Abhängigkeitssymptome

Gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) ist eine Person als drogenabhängig einzustufen, wenn mindestens drei der folgenden Anzeichen gleichzeitig für den Zeitraum von mindestens einem Monat während des vergangenen Jahres vorlagen:

- Zwanghafter Konsum (starker Drang zum Konsum der Substanz(en), mehr aufgrund innerer Gefühle als bedingt durch äußere Einflüsse).
- Hohe Priorität des Drogenkonsums (fortschreitende Vernachlässigung alternativer Genüsse oder Interessen durch den Konsum psychotroper Substanzen, Zunahme des Zeitaufwands zur Beschaffung oder Einnahme der Substanz oder zur Erholung von ihrer Wirkung)
- Kontrollverlust (Unfähigkeit, Häufigkeit und Menge des Konsums der psychoaktiven Substanz zu steuern; Abnahme der Fähigkeit, den Konsum hinsichtlich des Beginns, des Endes oder der konsumierten Menge zu kontrollieren)
- Fortwährender Konsum trotz nachteiliger Folgen (die Person trinkt bzw. konsumiert die Drogen weiterhin, obwohl sie weiß, dass sie ein physisches oder psychisches Problem hat, das durch das Trinken bzw. den Drogenkonsum verursacht oder verschlimmert wird).
- Gewöhnungseffekt (man muss mehr konsumieren, um das gewünschte Gefühl von Euphorie herbeizuführen. Der oder die Drogenabhängige steigert möglicherweise die Häufigkeit, Dauer und Intensität des Konsums und gelangt so auf die nächste Stufe der Abhängigkeit).
- Entzugserscheinungen (physiologische Veränderungen, die sich in Unwohlsein und Schmerzen nach Unterbrechung des Konsums einer suchterzeugenden Substanz oder der Ausübung eines Suchtverhaltens äußern. Die Schwere der Entzugserscheinungen hängt davon ab, wie viel und über welchen Zeitraum der oder die Drogenabhängige konsumiert hat).

Vortrag: Kontinuum des Drogenkonsums

10 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 6-7**

Drogenprobleme können in verschiedenen Ausprägungen vorkommen. Manche Menschen fangen an, Drogen zu nehmen, um sich zu entspannen, und zu einem bestimmten Zeitpunkt bekommen sie Probleme aufgrund des Konsums. Gleichzeitig gibt es auch Leute, die zur Entspannung Drogen konsumieren, ohne dass sie damit Schwierigkeiten bekämen. Dass jemand Drogen konsumiert, heißt also nicht automatisch auch, dass er abhängig wird, und wenn jemand ein Drogenproblem hat, bedeutet das nicht unbedingt, dass selbiges mit der Zeit schlimmer wird. Auch ist es so, dass Menschen, die ein Drogenproblem entwickeln, dieses Problem nicht unbedingt über einen längeren Zeitraum haben müssen, während andere Menschen ein dauerhaftes Problem entwickeln. Manche geraten auch immer wieder in Schwierigkeiten hinein und wieder heraus, sodass sie manchmal abhängig zu sein scheinen und manchmal nicht. Ein andauerndes oder chronisches Drogenproblem wird von Therapeuten oft als Abhängigkeit bezeichnet, während das eher vorübergehende und episodisch auftretende Problem als Drogenmissbrauch angesehen wird - doch diese Unterscheidung ist nicht immer eindeutig.

3.1



Zeichnen Sie eine Linie auf das Flipchart und schreiben Sie „Kontinuum des Drogenkonsums“ darüber. Schreiben Sie an eine Ende der Linie „Drogenabstinenz“, in die Mitte „Konsum zur Entspannung“ und an das andere Ende „Drogenproblem“. Die meisten Menschen nehmen gar keine Drogen, gefolgt von einer Minderheit, die sie lediglich zur Entspannung konsumieren (einige hiervon mit einem leichten oder vorübergehenden oder gar keinem Problem), und dann folgt eine sehr kleine Minderheit von Menschen, die ein Drogenproblem haben und die möglicherweise Hilfe brauchen. Der Konsum von Drogen führt nicht automatisch in eine Abhängigkeit, und Drogenkonsum bedeutet nicht unbedingt, dass die Person behandelt werden muss.

Übung: Kontinuum des Drogenkonsums - Fallbeispiele

20 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 8**

Benötigtes Material:

Flipchart, Marker, Handouts der Fallbeispiele, die an die Teilnehmer(innen) ausgegeben werden (Anlage 6)

Vorgehensweise:

Verteilen Sie die Fallbeispiele an die Teilnehmer(innen) und fragen Sie sie, an welcher Stelle des Kontinuums des Drogenkonsums sie die beschriebenen Personen einordnen würden. Bitten Sie die Teilnehmer(innen), den Punkt im Kontinuum auf dem Flipchart zu markieren und ihre Entscheidung zu begründen.

Teil 2: Grundlegende Modelle der Drogenabhängigkeit

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten

Vortrag: Modelle der Drogenabhängigkeit

20 Minuten

➤ PowerPoint: Folien 10-18

Eine Reihe verschiedener Faktoren kann bei einer Person für die Veranlagung zur Drogenabhängigkeit verantwortlich sein. Diese Faktoren können:

- biologischer,
- psychologischer und/oder
- sozialer

Natur sein.

Eine Drogenabhängigkeit hat biologische, psychologische und soziale Ursprünge, und biologische, psychologische und soziale bzw. umweltbedingte Faktoren sind auch für das Verständnis und die adäquate Behandlung einer Drogenabhängigkeit von Bedeutung.

Ein Drogenproblem kann viele verschiedene Ursachen haben. Die am weitesten verbreiteten Erklärungsansätze von Drogenabhängigkeit sind unten beschrieben.



Bevor Sie auf die verschiedenen Modelle der Drogenabhängigkeit eingehen, erklären Sie den Teilnehmer(inne)n, dass es kein richtiges oder falsches Modell der einer Drogenabhängigkeit zugrundeliegenden Faktoren gibt, sondern dass es sich bei einer Drogenabhängigkeit um ein komplexes Phänomen handelt, bei dem viele verschiedene Aspekte eine Rolle spielen.

Modelle der Drogenabhängigkeit

Medizinisches Modell/Krankheitsmodell

Bei diesem Modell wird die Drogenabhängigkeit als lebenslange Krankheit angesehen, die ihre Ursprünge in der Biologie und der Umwelt hat. *Krankheit* wird definiert als schwerer gesundheitsschädlicher und unter Umständen lebensgefährdender Zustand, der sich in einem irreversiblen Kontrollverlust in Bezug auf den Konsum psychotroper Substanzen äußert. Die Krankheit kann nachlassen, es gibt jedoch keine letztendliche Heilung.

Sozialkognitive Lerntheorie

Dieses Modell bringt den Drogenkonsum mit sozialem Lernen in Verbindung. Nach diesem Modell führt soziale Verstärkung dazu, dass Menschen ihr Drogenkonsumverhalten dem ihrer Eltern, älteren Geschwistern und Gleichaltrigen anpassen. Der sozialkognitive Lerntheoretiker Albert Bandura (1977, 1986) beschreibt vier Phasen des sozialen Lernprozesses:

- Aufmerksamkeit: Das Individuum trifft die bewusste kognitive Entscheidung, das gewünschte Verhalten (in unserem Fall Drogenkonsum) zu beobachten.
- Gedächtnis: Das Individuum ruft sich ins Gedächtnis zurück, was es bei seinem Vorbild beobachtet hat.
- Nachahmung: Das Individuum wiederholt die von ihm beobachteten Handlungen (den Drogenkonsum).
- Motivation: Das Individuum muss eine gewisse innere Motivation zur Ausübung des beobachteten Verhaltens (zum Beispiel des Drogenkonsums) haben.

Genetisches Modell

Forschungen der letzten 20 Jahre haben gezeigt, dass es bei manchen Menschen eine genetische Veranlagung zum Konsum von Alkohol, Tabak und anderen Substanzen gibt. Epidemiologischen Studien zufolge liegen 40 bis 60% des Risikos eines Menschen, eine Abhängigkeit von Alkohol, Opiaten oder Kokain zu entwickeln, in den Genen. Immer mehr Genetiker glauben, dass verschiedene Arten von Substanzen an einzigartige genetische Strukturen gekoppelt sein können, was erklärt, warum manche Menschen eine Abhängigkeit von bestimmten Drogen entwickeln.

Biopsychosoziales Modell

Das biopsychosoziale Modell lenkt unser Augenmerk von der Droge selbst hin zum Verständnis des Drogenkonsums als eine Krankheit, deren Verlauf vom Zusammenspiel des Drogen- oder Suchtverhaltens, der biogenetischen und psychologischen Anfälligkeit des Einzelnen und des sozialen Kontextes, in dem der Drogenkonsum stattfindet, abhängt.

Biologische Faktoren/chemische Prozesse im Gehirn

Psychotrope Drogen wirken auf den Körper, indem sie das Belohnungszentrum im Gehirn stimulieren. In dieser Hinsicht ist ein Drogenproblem biologisch begründet. Die teils heftigen und als positiv empfundenen Wirkungen von Drogen hängen mit verschiedenen chemischen Botenstoffen (=Neurotransmitter) im Gehirn zusammen. Ein längerfristiger Drogenkonsum führt zu einer dauerhaften Veränderung der Hirnstruktur.

Therapeuten und Forscher haben herausgefunden, dass eine Drogenabhängigkeit in der Familiengeschichte ein besonders großer Risikofaktor für ein Drogenproblem ist, und das Risiko scheint noch höher zu sein, wenn ein Mitglied der Kernfamilie schon einmal drogenabhängig war.

Psychologische Faktoren

Psychologische Faktoren umfassen persönliche Eigenschaften, zum Beispiel die Art, wie ein Mensch sich verhält, wie er denkt und fühlt. Bestimmte psychologische Faktoren können einen Menschen anfällig für Drogenabhängigkeit machen, unter anderem:

- Emotionale Probleme: Depression, Angstzustände usw.

- Psychische Störungen: Bipolare Störung, Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätssyndrom, Psychosen
- Psychischer Stress

Soziale (umweltbedingte) Faktoren

Wir beeinflussen unsere Umwelt, doch die Umwelt beeinflusst auch uns. Eine Vielzahl von sozialen Faktoren kann eine Abhängigkeit begünstigen.

- Gruppenzwang
- Armut
- Soziale Bindungen
- Veränderungen im Leben und Lebenskrisen
- Traumatische Ereignisse
- Kulturelle und/oder soziale Isolation

Soziale und psychologische Faktoren sind für das Verständnis der Entwicklung und des Fortbestehens einer Drogenabhängigkeit und der damit verbundenen Probleme sehr wichtig, da dies die Bereiche sind, in denen wir am ehesten aktiv werden und Änderungen bewirken können. Noch ist zu wenig darüber bekannt, wie man biologische Faktoren beeinflussen kann, obwohl es gewisse Fortschritte im Bereich der Arzneimitteltherapie gibt.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

- Die Gruppenmitglieder sollten so viel wie möglich über das Thema Drogenabhängigkeit lernen, damit sie Andere informieren und ihnen so früh es geht helfen können, wenn diese erste Anzeichen einer Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Drogen zeigen.
- Es ist wichtig, über die verschiedenen Phasen der Abhängigkeit Bescheid zu wissen. Wenn sich eine Person noch in einer frühen Phase der Abhängigkeit befindet, kann jemand, der über den Prozess der Abhängigkeitsentwicklung gut informiert ist, zu diesem frühen Zeitpunkt Hilfe bei Drogenberatungsstellen und anderen Diensten einholen und somit weitere Probleme vermeiden.
- Drogenabhängigkeit ist eine chronisch-rezidivierende Erkrankung und hat biologische, psychologische und soziale Ursachen, und biologische, psychologische und soziale/umweltbedingte Faktoren sind für das Verständnis und die Behandlung eines Drogenproblems wichtig.
- Es gibt kein richtiges oder falsches Modell der Drogenabhängigkeit; es handelt sich bei einer Suchterkrankung vielmehr um ein komplexes Phänomen, bei dem viele verschiedene Aspekte eine Rolle spielen.

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

3.2 INFEKTIONSKRANKHEITEN

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Gesamtdauer:

180 Minuten

Benötigte Materialien:

- Laptop oder Desktopcomputer
- Flipchart
- Verschiedenfarbige Marker
- Papier
- Stifte
- Karteikarten mit den Buchstaben X, P und O
- Kleiner Karton
- Richtige und falsche Aussagen auf kleinen Karten (siehe Anlage 7)
- „Richtige und falsche Aussagen zur HIV-Übertragung: Antwortschlüssel für den (die) Fortbildungsleiter(in)“ (Anlage 7)
- „HIV-Übertragung“ (Anlage 8)
- PowerPoint-Präsentation des Moduls

3.2

Inhalt:

- Den Teilnehmer(inne)n ausführliche Informationen über die Infektionskrankheiten HIV/AIDS sowie Hepatitis B und C und deren Übertragungswege vermitteln.
- Die Teilnehmer(innen) für die Bedeutung von Präventionsmaßnahmen – als Mittel zur Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten – sensibilisieren.

Lernziel:

Durch diese Einheit lernen die Teilnehmer(innen) etwas über:

- Infektionskrankheiten, insbesondere über solche, die durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, das gemeinsame Benutzen eines Injektionsbesteckes und anderes Risikoverhalten übertragen werden,
- deren Übertragungswege,
- mögliche Präventionsmaßnahmen.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Teil 1 HIV-Infektion und AIDS (80 Minuten)

- Vortrag: HIV und AIDS - 20 Minuten
- Übung: HIV-Übertragung - 60 Minuten

Teil 2 Hepatitis B und C (60 Minuten)

- Vortrag: Hepatitis B und C - 30 Minuten
- Übung: Hepatitisinfektion - 30 Minuten

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:

Teil 1

International Planned Parenthood Federation (2001). *Advocacy Guide for HIV/AIDS*.
<http://www.aidsportal.org/store/1245.pdf> (Letzter Stand: 02.10.2009)

EngenderHealth (2004). *Reducing stigma and discrimination related to HIV and AIDS: training for health care workers*. New York: EngenderHealth.

UNAIDS (2003). *HIV/AIDS: It's your business*. Geneva: UNAIDS.

Nützliche Internetseiten:

International HIV/AIDS Alliance
www.aidsalliance.org (Letzter Stand: 22.10.2009)

World Health Organisation - AIDS
http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/ (Letzter Stand: 22.10.2009)

Teil 2

Weinbaum, C. M., Sabin, K. M. & Santibanez, S. S. (2005). Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention. *AIDS* 19, 41-46.

Nützliche Internetseiten:

World Health Organisation. *Hepatitis*
<http://www.who.int/topics/hepatitis/en/> (Letzter Stand: 22.10.2009)

Einleitung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

Injizierender Drogenkonsum trägt zur Verbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS und Hepatitis B und C bei. Diese Infektionskrankheiten kommen in Gefängnissen sehr viel häufiger vor als außerhalb. In Deutschland beispielsweise sind Gefangene 50-mal häufiger von Hepatitis C betroffen als Menschen außerhalb der Gefängnisse, bei HIV sind sie sogar 70-mal häufiger betroffen als der Rest der Bevölkerung.

In ganz Europa bekommen inhaftierte Drogenkonsument(inn)en weniger Therapien und Unterstützung als Menschen außerhalb der Haftanstalten. Es ist von grundlegender Bedeutung, dem Problem von Infektionskrankheiten in Haft zu begegnen, da Gefangene ein Teil unserer Gesellschaft sind; sie leben vor der Inhaftierung in der Gesellschaft und kehren nach ihrer Entlassung wieder dahin zurück. Außerdem können die Gesellschaft und die Gefängnisse nicht voneinander abgegrenzt werden, da die Justizvollzugsmitarbeiter(innen) während ihrer täglichen Arbeit Kontakt zu den Gefangenen haben und nach der Arbeit ihrem Leben außerhalb des Gefängnisses nachgehen. Gesundheitliche Probleme in Gefängnissen sollten berücksichtigt werden und geeignete Behandlung- und Präventionsmethoden eingesetzt werden.

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher“, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

Teil 1: HIV-Infektion und AIDS

Insgesamt benötigte Zeit: 80 Minuten

Vortrag: HIV und AIDS

20 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 3-13**



Gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen; beginnen Sie den Vortrag zum Beispiel mit der Frage, was HIV und AIDS bedeuten.

3.2

Was bedeutet HIV?

Die Abkürzung HIV steht für „Humanes Immundefizienz-Virus“.

- „Human“ bedeutet, dass diese Krankheit beim Menschen vorkommt.
- Der Begriff „Immundefizienz“ bezeichnet die Abnahme der Fähigkeit des Immunsystems, den Körper vor Infektionen oder anderen Krankheiten zu schützen.
- Ein Virus ist ein mikroskopisch kleiner Organismus, der Krankheiten verursacht.

Was bedeutet AIDS?

Die Abkürzung AIDS steht für „Acquired Immunodeficiency Syndrome“, auf Deutsch „Erworbenes Immundefektsyndrom“.

- „Erworben“ bedeutet, dass man die Krankheit zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben bekommen kann, sie ist also nicht angeboren.
- Der Begriff „Immundefekt“ bezeichnet auch hier die Abnahme der Fähigkeit des Immunsystems, den Körper vor Infektionen oder anderen Krankheiten zu schützen.
- Die Bezeichnung „Syndrom“ bezieht sich auf das Vorliegen einer Reihe von Krankheitsanzeichen und -symptomen.

Was ist der Unterschied zwischen HIV und AIDS?

Eine Infektion mit dem HI-Virus kann nach einer gewissen Zeit (das kann mehrere Jahre oder auch Jahrzehnte dauern) zur Krankheit AIDS führen.

Allgemeine Informationen zu HIV

- Der injizierende Drogenkonsum trägt zur Verbreitung von HIV/AIDS bei.
- Unter Gefangenen ist HIV/AIDS bedeutend weiter verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung.
- In Deutschland z.B. kommt HIV unter Gefangenen 70-mal häufiger vor als in der übrigen Bevölkerung.
- HIV kann durch infiziertes Blut, Geschlechtsverkehr sowie von der Mutter auf ihr Kind übertragen werden.
- Im Gegensatz zu Infektionen wie Hepatitis B und C bedarf es einer vergleichsweise höheren Menge an Viren, um sich mit der Krankheit zu infizieren, das heißt, eine Person muss einer gewissen Menge an Viren ausgesetzt sein, um sich anzustecken.
- Das HI-Virus kann außerhalb des Körpers nur eine begrenzte Zeit überleben.
- Es gibt keine natürliche oder erworbene Resistenz gegenüber dem HI-Virus: Jeder kann sich anstecken. Neugeborene Kinder sind aufgrund ihres noch unausgereiften Immunsystems anfälliger für das Virus.
- Trotz besserer Medikamente und Therapieerfolge ist HIV/AIDS zwar behandelbar, doch nicht heilbar, und eine Impfung gegen HIV befindet sich noch im Forschungsstadium.

Verlauf der HIV Infektion

- Das HI-Virus gelangt über eine Eintrittsstelle in den menschlichen Körper und erreicht das Blut, wo es eine Zeit lang überleben kann.
- Um zu überleben, muss das Virus in menschliche Zellen eindringen; dabei bevorzugt es die Zellen des Immunsystems, die normalerweise die Aufgabe haben, den Körper gegen Erreger und Krankheiten zu schützen.
- Das Virus heftet sich an die Wirtszelle und durchdringt deren Membran.
- Sobald es einmal in der Zelle ist, öffnet sich das Virus und gibt eine bestimmte Art von Molekülen (RNA) sowie ein Enzym frei, wodurch es seine viralen genetischen Informationen (DNA) produzieren kann.
- Die DNA des Virus wird in den Kern (den Nukleus) der menschlichen Zelle aufgenommen, und produziert dort neue Viren, die die Zelle verlassen und andere Zellen des Menschen infizieren.

Primäre HIV-Infektion

- Nach dem Kontakt mit dem Virus und einer erfolgten Infektion kann der Patient Anzeichen einer akuten viralen Infektion zeigen.
- Zwischen der Ansteckung mit HIV und dem Ausbruch der Symptome können zwischen 5 und 30 Tage liegen.
- Zu den Symptomen zählen leichtes Fieber und Halsentzündung, hohes Fieber, Hautausschlag, Müdigkeit, Kopf- und Muskelschmerzen, die bei jeder Virusinfektion auftauchen. Andere Symptome können vergrößerte Lymphknoten, Gewichtsverlust, Durchfall, Erbrechen, Nachtschweiß und Wunden im Mund sein.
- In den ersten Monaten nach der Ansteckung ist die Konzentration des Virus im Blut (Virämie oder Viruslast) sehr hoch, sogar bei Menschen, bei denen keine Anzeichen einer akuten viralen Infektion zu beobachten sind; danach sinkt die Viruslast wieder ab und pegelt sich binnen etwa 12 Monaten nach der Infektion vorerst auf einem konstanten Level ein.

„Immunologisches Fenster“

- Mit einem HIV-Test werden nicht die Viren selbst nachgewiesen, sondern vielmehr die Antikörper, die der Körper produziert.
- Ein in den ersten drei (in seltenen Fällen bis zu sechs) Monaten nach der Ansteckung durchgeführter HIV-Test ist nicht zuverlässig, da der Körper erst einige Monate nach der Infektion mit der Produktion von HIV-Antikörpern beginnt.
- Daher können HIV infizierte Menschen ein negatives Testergebnis haben, wenn der Test kurz nach der Infektion durchgeführt wurde. Dieser Zeitraum wird auch „immunologisches Fenster“ genannt.
- Sehr problematisch ist, dass insbesondere während dieser ersten Zeit nach der Ansteckung die Viruskonzentration (Viruslast), und damit auch das Risiko der Ansteckung anderer Menschen sehr hoch ist.

Asymptomatische HIV-Infektion

- Nach der primären HIV-Infektion gelangen die meisten HIV-Infizierten in die asymptomatische Phase (ohne Krankheitszeichen), die einige Monate oder Jahre dauert. Die Länge dieses Zeitraums hängt vom Alter der infizierten Person, vom Übertragungsweg und dem früheren Gesundheitszustand der infizierten Person ab.
- Bei manchen Menschen sind möglicherweise sehr schnell Veränderungen zu erkennen, während andere lange Zeit scheinbar gesund weiterleben. Nur extrem wenige HIV-infizierte Menschen haben ohne antiretrovirale Therapie mehr als 20 Jahre überlebt.
- Ein während dieser Zeit durchgeführter HIV-Test wird ein positives Ergebnis zeigen und damit anzeigen, dass die Person infiziert ist (seropositiv).

Symptomatische HIV-Infektion

- Nach der asymptomatischen Phase zeigt die infizierte Person verschiedene unspezifische Symptome, die wiederholt oder andauernd auftreten können.
- Das Vorhandensein von HIV im Körper aktiviert ununterbrochen das Immunsystem, und kann es letztendlich zerstören. Hierbei steigt die Viruskonzentration im Blut und die ersten opportunistischen Infektionen, die die Schwächung des Immunsystems ausnutzen, treten auf.
- In dieser Phase, die bei unbehandelten Erwachsenen zwei bis drei Jahre dauern kann, sprechen wir von einer leichten Immunsuppression.
- In dieser Phase kommt es zu unspezifischen Symptomen wie körperlicher Schwäche, die normale Tätigkeiten einschränkt, und Nachtschweiß. Bei manchen Patient(inn)en sind psychische Manifestationen mit Depression und Angstzuständen, chronische Durchfälle (wiederholt und andauernd), Herpes Zoster und wiederkehrenden Pilzinfektionen zu beobachten.
- Die Verschlimmerung der Immunschwäche führt schließlich zur Krankheit AIDS.

AIDS

- Die Krankheit AIDS wird durch das Vorliegen opportunistischer Infektionen definiert.
- Bakterien, Pilze und Viren, die bei gesunden Menschen nur selten Krankheiten verursachen, können sich durch das geschwächte Immunsystem leichter im Körper einer HIV-infizierten Person verbreiten.

- In dieser Phase können Patienten viele verschiedene opportunistische Infektionen wie Tuberkulose, bakterielle Lungenentzündung und HIV-bedingte Krebsarten wie Lymphknotentumore sowie Hirnschädigungen entwickeln.
- Die Entwicklung einer HIV-Infektion zur Krankheit AIDS kann heutzutage verzögert werden, wenn zu einem frühen Zeitpunkt nach der Infektion mit der Einnahme von antiretroviralen Medikamenten begonnen wird. Diese Tatsache untermauert die Bedeutung und Notwendigkeit regelmäßiger HIV-Tests.

Übung: HIV-Übertragung

60 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 14-18**

HIV- Übertragung (Teil I): Aktivität

Benötigtes Material:

Karten für jede(n) Teilnehmer(in): drei Karten mit einem „X“ auf der Rückseite, eine mit dem Buchstaben „G“ und eine mit dem Buchstaben „O“, die übrigen Karten sind unbeschriftet; Stifte

Vorgehensweise:

Verteilen Sie eine Karte und einen Stift an jede(n) Teilnehmer(in), ohne weitere Informationen zu geben.

Geben Sie dem Teilnehmer bzw. der Teilnehmerin mit der mit „O“ beschrifteten Karte eine kleine Notiz, auf der steht: „Geben Sie niemandem die Hand“. Teilen Sie dieser Person (diskret) mit, dass sie unter allen Umständen vermeiden soll, einem anderen die Hand zu geben.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), ihre Karten und Stifte zu nehmen und durch den Raum zu gehen und mindestens drei verschiedenen Personen die Hand zu geben. Jedes Mal, wenn ein(e) Teilnehmer(in) jemandem die Hand gibt, bittet sie bzw. er diese Person, auf ihrer bzw. seiner Karte zu unterschreiben, und sie bzw. er wird im Gegenzug auf der Karte der anderen Person unterschreiben, ohne zu sehen, was hinten auf der Karte steht. Bitten Sie die Teilnehmer(innen) nach einigen Minuten, auf ihre Plätze zurückzukehren.

Bitten Sie nun die Teilnehmer(innen), die die mit einem „X“ gekennzeichneten Karten hatten, aufzustehen. Erklären Sie, dass diese drei Teilnehmer(innen) HIV-infizierte Personen symbolisieren. Bitten Sie alle Personen, die diesen Dreien die Hand gegeben haben (und ihre Unterschrift auf der Karte haben), ebenfalls aufzustehen. Schließlich bitten Sie alle noch sitzenden Leute, sich zu erheben, wenn sie die Unterschrift von einer gerade aufgestandenen Person auf ihrer Karte haben. Am Ende der Übung werden wohl die meisten Teilnehmer(innen) aufgestanden sein.

Erklären Sie den Teilnehmer(inne)n, dass das Händeschütteln ungeschützten Geschlechtsverkehr symbolisiert. Fragen Sie, wer die mit „G“ gekennzeichnete Karte hat. Erklären Sie, dass sich diese Person nicht mit HIV anstecken konnte, da sie sich beim Verkehr geschützt hat; diese Person darf sich nun setzen. Alle Teilnehmer(innen), die noch stehen, könnten sich mit HIV infiziert haben.

Erläutern Sie, dass es in der Gruppe eine Person gab, die niemandem die Hand gegeben hat, und sagen Sie, dass jeder das Recht hatte, sich zu weigern, jemandem die Hand zu geben, auch wenn es ihnen nicht aufgetragen wurde.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich wieder zu setzen. Betonen Sie, dass dies nur eine Übung war und dass niemand dem Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt ist; machen Sie insbesondere darauf aufmerksam, dass HIV nicht durch Händeschütteln übertragen werden kann.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen) nun, über die Übung nachzudenken, und stellen Sie die folgenden Fragen. Versuchen Sie, die Teilnehmer(innen) zu den unten angegebenen Antworten zu lenken.

Welche Schlussfolgerungen können aus dieser Übung gezogen werden?

- Das HI-Virus kann leicht übertragen werden.
- Man kann nicht vom Äußeren eines Menschen darauf schließen, ob er mit HIV infiziert ist oder nicht.
- Die Benutzung eines Kondoms beim Geschlechtsverkehr kann das Risiko einer HIV-Infektion senken.
- Geschlechtsverkehr mit einer einzigen Person bedeutet das gleiche Risiko, HIV zu bekommen, wie wenn man mit allen früheren Partnern dieser einen Person Geschlechtsverkehr hat („Wenn du mit einem Menschen schläfst, ist es, als würdest du mit allen Partnern, die dieser Mensch vor dir hatte, schlafen“).

Wie könnte man dem Risiko einer HIV-Infektion vorbeugen?

- Die Teilnehmer(innen) hätten sich weigern können, jemandem die Hand zu geben (Enthaltbarkeit).
- Die Teilnehmer(innen) hätten darum bitten können, zu sehen, was auf der Karte derjenigen Person stand, der sie die Hand gegeben haben, um zu sehen, ob es sich um eine „saubere“ Karte handelte (HIV-Test).
- Die Teilnehmer(innen) hätten nur einer Person die Hand geben können (Monogamie).

HIV- Übertragung (Teil II):

HIV-Übertragung

Benötigtes Material:

Flipchart, Marker

Vorgehensweise:

Ziehen Sie in der Mitte des Flipcharts eine horizontale Linie, so dass zwei gleichgroße Teile entstehen. Fragen Sie die Teilnehmer(innen) nun, über welche Körperflüssigkeiten HIV ihrer Meinung nach übertragen werden kann. Schreiben Sie in die obere Hälfte des Flipcharts die richtigen Antworten der Teilnehmer(innen) (Blut, Sperma, Vaginalsekret, Muttermilch, Übertragung von der Mutter auf das Kind vor und bei der Geburt).

Wurden falsche Antworten gegeben (zum Beispiel Speichel, Tränen, Urin, Stuhl), so erklären Sie, dass das Virus nicht durch diese Flüssigkeiten übertragen werden kann, da die Viruskonzentration nicht hoch genug ist.

Es ist wichtig zu wissen, dass das Virus in bedeutender Menge im Blutkreislauf sowie in Sperma und Vaginalsekret enthalten ist.

Erklären Sie weiterhin, dass es eine „Eintrittspforte“ geben muss, durch die das Virus in den Körper gelangen kann. Bitten Sie die Teilnehmer(innen), mögliche Eintrittswege für HIV zu nennen, und schreiben Sie die richtigen Antworten auf den unteren Teil des Flipcharts.

Mögliche Eintrittswege:

- Offene Wunden: Nur frische und eiternde Wunden stellen ein Risiko dar; Wunden, die sich bereits geschlossen haben, sowie kleinere Kratzer bergen kein Infektionsrisiko.
- Die Schleimhäute an Penis, Vagina, After und Mund: Die Schleimhäute von Vagina und After sind besonders empfindlich und haben oft kleine, fast unmerkliche Verletzungen. Mögliche Eintrittswege im Mund können Entzündungen oder Infektionen im Mundbereich sein. Kleinere Verletzungen, wie sie beispielsweise beim Zähneputzen entstehen, spielen keine wesentliche Rolle.

Erläutern Sie, dass es Faktoren gibt, die das Übertragungsrisiko erhöhen:

- Eine hohe Viruskonzentration (die Viruskonzentration hängt von der Phase der Infektion bzw. davon ab, ob eine medikamentöse Behandlung stattfindet)
- Einreiben der infektiösen Flüssigkeiten in Wunden oder Schleimhäute
- Langes Verbleiben der infektiösen Flüssigkeit am Eintrittsweg
- Geschlechtsverkehr während der Menstruation

Betonen Sie, dass Geschlechtskrankheiten das Risiko einer HIV-Übertragung steigern, insbesondere Infektionen, bei denen es zu Verletzungen der Genitalien und damit zur Öffnung von Eintrittswegen kommt.

HIV- Übertragung (Teil III):

Richtige und falsche Aussagen zur HIV-Übertragung

Benötigtes Material:

Flipchart, Marker, kleiner Karton, Richtige und falsche Aussagen auf kleinen Karten, „Richtige und falsche Aussagen zur HIV-Übertragung: Antwortschlüssel für den (die) Fortbildungsleiter(in)“ (Anlage 7), „HIV-Übertragung“ (Anlage 8)

Vorgehensweise:

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) in zwei Gruppen ein, die sich einander gegenüber sitzen und ordnen Sie die Tische und Stühle dementsprechend an. Legen Sie die Karten mit den Aussagen in einen kleinen Karton zwischen ihnen.

Erklären Sie, dass jedes Team abwechselnd eine Karte mit einer richtigen oder falschen Aussage über Drogen ziehen wird. Das Team, das gerade an der Reihe ist, darf ein bis zwei Minuten über die jeweilige Aussage diskutieren.

Gibt ein Team die richtige Antwort, so erhält es 5 Punkte, bei einer falschen Antwort erhält es 0 Punkte. Zieht ein Team eine Karte und möchte sich nicht dazu äußern, so erhält das andere Team 10 Punkte, wenn es die richtige Antwort gibt. Gibt kein Team die richtige Antwort, so ergänzen Sie diese. Halten Sie während des Spiels den Punktestand auf dem Flipchart fest.

Um die weitere Diskussion anzuregen, fragen Sie die Teams nach jeder Runde, warum sie ihre jeweilige Antwort gewählt haben.

Verteilen Sie nach der Übung das Blatt „HIV-Übertragung“ (Anlage 8) an die Teilnehmer(innen).

Teil 2: Hepatitis B und C

Insgesamt benötigte Zeit: 60 Minuten

Vortrag: Hepatitis B und C

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 20-30**



Gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen; beginnen Sie den Vortrag beispielsweise, indem Sie die Teilnehmer(innen) fragen, was sie bereits über Hepatitis wissen.

Was ist Hepatitis?

- Hepatitis ist ein allgemeiner Begriff zur Bezeichnung einer Leberentzündung.
- In den meisten Fällen handelt es sich um eine Virusinfektion, die die Leber angreift.
- Eine virale Hepatitis kann von verschiedenen Viren verursacht werden, wie Hepatitis A, B, C, D und E.
- Jede Form von Hepatitis wird anders übertragen und behandelt.
- Hepatitis schädigt die Leber und wirkt sich negativ auf deren Funktion aus, manchmal mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen, wie Leberzirrhose und Leberkrebs.
- Ein häufiges Symptom von Leberkrankheiten ist eine Gelbfärbung der Haut und eine orangegelbe Färbung der weißen Teile der Augen (Gelbsucht).

Hepatitis B und C

- Virale Hepatitis B und C kommen in Europa sehr häufig unter injizierenden Drogenkonsument(inn)en vor.
- Beide Infektionen kommen unter Gefangenen überdurchschnittlich häufig vor.

- In Deutschland beispielsweise kommt Hepatitis C unter Gefangenen 70-mal häufiger vor als in der übrigen Bevölkerung.
- Hepatitis B und C werden hauptsächlich über Blut (zum Beispiel bei der gemeinsamen Benutzung von Injektionsbesteck) oder durch ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen.

Hepatitis kann sowohl akut als auch chronisch sein:

- Akut bedeutet, dass die Krankheit plötzlich ausbricht, beim Erkrankten Symptome hervorruft und manchmal nach dieser Phase verschwindet.
- Chronisch meint, dass die Krankheit (manchmal nach einer akuten Phase) über einen langen Zeitraum besteht und sich graduell verschlimmert.

Akute und chronische Hepatitis weisen die folgenden Eigenschaften auf:

- 50 bis 90% der mit Hepatitis C infizierten Menschen entwickeln eine chronische Hepatitis-C-Infektion.
- Eine chronische Hepatitis C kann zu Leberzirrhosen und Leberkrebs führen.
- Bei Hepatitis B handelt es sich im Allgemeinen um eine akute Erkrankung.
- Nur etwa 5% der mit Hepatitis B infizierten Menschen entwickeln eine chronische Form der Krankheit (mit ähnlich schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen wie bei der chronischen Hepatitis-C-Infektion)

Die ersten Symptome einer Hepatitis-B-Infektion sind normalerweise stärker als die einer Hepatitis-C-Infektion. Es kann zu unspezifischen Symptomen wie einem veränderten Allgemeinbefinden, Abgeschlagenheit, Muskel- und Gelenkschmerzen, leichtem Fieber, Schwindel, Appetitlosigkeit, einer Gelbfärbung der Bindehaut des Auges (Gelbsucht), hellem Stuhl und/oder dunklem Urin kommen. Viele mit HCV infizierte Menschen zeigen nach der Ansteckung gar keine spezifischen Symptome. Die meisten Infizierten leiden an unspezifischen Symptomen ähnlich denen einer leichten Grippe.

Übertragung

- Hepatitis B und C werden durch den Kontakt mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten übertragen.
- Hepatitis B und C sind hochansteckend, das heißt, dass schon eine kleine Menge an infiziertem Blut oder anderen infizierten Körperflüssigkeiten bei Kontakt mit Schnitten oder anderen Verletzungen der Haut oder der Schleimhaut zur Übertragung der Krankheit führen kann.
- Das Risiko der Übertragung beim Geschlechtsverkehr ist bei Hepatitis B besonders hoch, während es bei Hepatitis C niedriger einzustufen ist.
- Während das Hepatitis-C-Virus vor allem im Blut einer infizierten Person nachweisbar ist, kommen die Hepatitis-B-Viren auch im Speichel, Sperma, Vaginalsekret und in der Muttermilch vor.
- Die Hepatitis-B- und -C-Viren können mehrere Tage lang außerhalb des Körpers überleben. In dieser Zeit können sie immer noch zu einer Infektion führen, wenn sie in den Körper eines nicht infizierten Menschen eindringen.

Die häufigsten Übertragungswege von Hepatitis sind:

- Ungeschützter Geschlechtsverkehr
- Gemeinsame Benutzung von Injektionsbesteck durch Drogenkonsument(inn)en
- Gemeinsame Benutzung von Tätowier- und Piercingzubehör
- Verwendung von kontaminierten und nicht sterilisierten medizinischen Instrumenten
- Gemeinsame Benutzung von Körperhygieneprodukten, zum Beispiel Rasierer und Nagelfeilen, aber auch Zahnbürsten, die mit Blut von kleinen Wunden in der Mundhöhle infiziert sein können

Die Krankheit wird während einer Schwangerschaft nicht auf das Ungeborene übertragen. Eine Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Geburt ist bei Hepatitis C sehr ungewöhnlich, bei Hepatitis B geschieht dies jedoch sehr häufig. Durch die Impfung eines Neugeborenen einer Hepatitis-B-positiven Mutter binnen der ersten 12 Stunden nach der Geburt kann das Infektionsrisiko um 95% gesenkt werden.

3.2

Keine Ansteckungsgefahr besteht bei:

- Toilettenbenutzung
- Husten
- Niesen
- Umarmen
- Gemeinsame Benutzung von Besteck, Geschirr und Trinkgläsern
- Händeschütteln
- Austausch von Zärtlichkeiten
- Es besteht ein geringes Übertragungsrisiko von Hepatitis B beim Küssen

Diagnose und Testung

- Die Symptome einer Hepatitis ähneln denen anderer Krankheiten; ob Symptome vorliegen oder nicht, sagt also nichts über das Vorliegen einer Infektion aus.
- Nur durch eine medizinische Untersuchung kann die Infektion mit Hepatitis festgestellt werden.
- Zur Feststellung einer Hepatitis-Infektion wird ein Bluttest durchgeführt.
- Der Test erkennt Hepatitis-Antikörper (die Zellen, die das Abwehrsystem des Körpers produziert) im Blut.
- Der Test zeigt, ob die Person:
 - zurzeit infiziert ist,
 - bereits einmal infiziert war und jetzt geheilt ist,
 - derzeit immun gegen das Virus ist (durch Impfung oder eine frühere Erkrankung),
 - an einer chronischen Form der Krankheit leidet.

Behandlung

- Prävention ist der wirksamste Weg, um sich nicht mit Hepatitis anzustecken.
- Es gibt lediglich eine symptomatische Behandlung von Schwindel, Erbrechen und anderen Symptomen einer akuten Hepatitis-B-Infektion.
- Bei chronischen Formen von Hepatitis B und C kann eine Interferontherapie notwendig werden.
- Der Konsum von Alkohol sollte vermieden werden, da die Hepatitis dadurch verschlimmert wird und das Risiko einer Leberzirrhose steigt.

Impfung

- Eine Impfung hilft dem Immunsystem eines Menschen, einer bestimmten Infektion oder Krankheit entgegenzuwirken.
- Impfungen sind nur für bestimmte Krankheiten verfügbar.
- Die Impfung erhöht die Resistenz der geimpften Person gegen eine bestimmte Krankheit für einige Jahre oder lebenslang.

Derzeit gibt es noch keinen sicheren Impfschutz gegen Hepatitis C. Es gibt jedoch eine Impfung gegen Hepatitis B, die

- die Übertragung des Hepatitis-B-Virus verhindert,
- vor einer Infektion mit Hepatitis B schützt,
- die geimpfte Person für mindestens 12 Jahre gegen die Krankheit immun macht.



Betonen Sie, dass es auch für geimpfte Personen wichtig ist, Präventionsmaßnahmen zu ergreifen, da Hepatitis B nur eine der parenteral (durch Blut-Blut Kontakte) und sexuell übertragbaren Erkrankungen ist.

Übung: Hepatitis-Infektion

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 31**

Benötigtes Material:

Flipchart, Flipchart-Papier, Marker, Papier, Stifte

Vorgehensweise:

Verteilen Sie Papier und Stifte an alle Teilnehmer(innen). Bitten Sie die Teilnehmer(innen), eine oder mehrere Situationen aufzuschreiben, in denen sie (innerhalb oder außerhalb des Gefängnisses) dem Risiko ausgesetzt waren, sich mit Hepatitis B und/oder Hepatitis C zu infizieren.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), vorzulesen, was sie aufgeschrieben haben. Machen Sie Notizen auf dem Flipchart und besprechen Sie die aufgelisteten Situationen mit der Gruppe. Bitten Sie die Teilnehmer(innen), die Situationen nach der Höhe des Risikos zu sortieren (beginnend mit dem höchsten Risiko).

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

- Der injizierende Drogenkonsum trägt maßgeblich zur Verbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS und Hepatitis B und C bei.
- In Haft sind wesentlich mehr Menschen mit diesen Krankheiten infiziert als außerhalb des Gefängnisses.
- Die Auseinandersetzung mit Infektionskrankheiten in Haft und den daraus resultierenden Problemen ist von zentraler Bedeutung, da die Gefangenen ein Teil unserer Gesellschaft sind; sie leben vor der Inhaftierung in der Gemeinschaft und kehren nach ihrer Entlassung wieder dahin zurück.

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

3.3 PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND DROGENKONSUM**Teilnehmer(innen):**

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Insgesamt benötigte Zeit:

110 Minuten

Benötigtes Material:

- Laptop oder Desktopcomputer
- Beamer
- Flipchart
- Verschiedenfarbige Marker
- Handout: „Definitionen psychischer Gesundheit“ (Anlage 9)
- PowerPoint-Präsentation des Moduls

3.3

Inhalt:

- Den Teilnehmer(inne)n detaillierte Informationen über den Zusammenhang von psychischer Gesundheit und Drogenkonsum vermitteln.

Lernziel:

Durch diese Einheit werden die Teilnehmer(innen) etwas lernen über:

- verschiedene Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit,
- den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Drogenkonsum, und die Epidemiologie der Komorbidität.

Am Ende der Einheit werden sich die Teilnehmer(innen) über den engen Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und substanzbedingten Störungen bewusst sein. Sie werden die Bedeutung geeigneter Therapien substanzbedingter Störungen und (gleichzeitig auftretender) psychischer Störungen zur Vermeidung weiterer Probleme verstehen.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Psychische Gesundheit und Drogenabhängigkeit (70 Minuten)

- Übung: Was ist psychische Gesundheit? - 20 Minuten
- Vortrag: Psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Drogenkonsum - 50 Minuten

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR* (4th edition, Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

EMCDDA (2009). *Addiction neurobiology: Ethical and social implications*. Lisbon: EMSDDA Monographs <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/neurobiology> (Letzter Stand: 18.09.2009)

Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 360, 572-573.

Foster, T. (2001). Dying for a drink. *British Medical Journal* 323, 817-818) <http://www.bmj.com/cgi/content/short/323/7317/817> (Letzter Stand: 11.09.2009)

Preuss, et al. (2003). Predictors and Correlates of Suicide attempts over 5 Years in 1,237 Alcohol-Dependent Men and Women. *American Journal of Psychiatry* 160, 56-63.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, B.J., Judd, L.L., & Godwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental health disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association* 264, 2511-2518.

UNODC (2009). *Drug Dependence Treatment. Training Package* <http://www.uclaisap.org/internationalprojects/html/unodc/training-package-materials.html> (Letzter Stand: 18.09.2009)

Warner, L.A., Kessler, R.C., Hughes, M., Anthony, J.C. & Nelson, B. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives in General Psychiatry* 52, 219-229.

WHO, UNODC & UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/ AIDS prevention*. Geneva. http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure_E.pdf (Letzter Stand: 11.09.2009)

WHO (2007). *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. WHO Regional Office for Europe. <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/e90174.pdf> (Letzter Stand: 12.09. 2010)

WHO (2007). *ICD-10. Version 2007. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision*. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (Letzter Stand: 29.10.2009)

Einleitung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

Drogenkonsum und psychische Probleme kommen in der Gefängnisbevölkerung überdurchschnittlich oft vor. Viele psychische oder substanzbedingte Probleme werden nicht richtig, spät oder gar nicht diagnostiziert. Schätzungen zufolge leiden 65% aller Gefangenen unter mindestens einer oder mehreren psychischen Störungen (Fazel & Danesh, 2002). Laut WHO, UNAIDS und UNODC (2004) haben etwa drei Viertel aller Gefangenen ein Alkohol- oder Drogenproblem und etwa ein Drittel ist opioidabhängig.

In der folgenden Einheit werden die Teilnehmer(innen) etwas über den engen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und substanzbedingten Störungen lernen.

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher“, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

Psychische Gesundheit und Drogenabhängigkeit

70 Minuten

Übung: Was ist psychische Gesundheit?

20 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 3**

Benötigtes Material:

Flipchart, Flipchart-Papier, Marker, Handout: „Definitionen psychischer Gesundheit“ (Anlage 9)

Vorgehensweise:

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) in kleine Gruppen ein und geben Sie jeder Gruppe eine Seite Flipchart-Papier. Fragen Sie die Teilnehmer(innen), was psychische Gesundheit ihrer Meinung nach ist. Was bedeutet das genau? Lassen Sie die Kleingruppen diese Fragen 10 Minuten lang diskutieren und bitten Sie sie, die wichtigsten Punkte auf das Flipchart-Papier zu schreiben. Kleben Sie alle Flipchart-Papiere an die Wand und bitten Sie die Gruppen, ihre Ergebnisse vorzustellen.

Erklären Sie den Teilnehmer(inne)n, dass

- ein Mensch nur wirklich gesund ist, wenn auch seine Psyche im Gleichgewicht ist,
- psychische Gesundheit mehr bedeutet als die bloße Abwesenheit von psychischen Störungen,
- die psychische Gesundheit von sozio-ökonomischen und umweltbedingten Faktoren mitbestimmt wird.

Teilen Sie nach dieser Übung die Handouts mit den Definitionen psychischer Gesundheit an die Teilnehmer(innen) aus (Anlage 9).

Vortrag: Psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Drogenkonsum

50 Minuten

➤ PowerPoint: Folien 4-20



Betonen Sie in dieser Einheit immer wieder, dass die aktuelle Forschung psychische Störungen durch psychotrope Substanzen als chronisch-rezidivierende Erkrankung einstuft. Nehmen Sie während des Vortrags immer wieder Bezug auf die Antworten der Teilnehmer(innen) und gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen und die Teilnehmer(innen) einbeziehen.

Was sind Störungen der psychischen Gesundheit?

Psychische Probleme können von Sorgen, die sich jeder von uns im täglichen Leben macht, bis hin zu schwerwiegenden und langanhaltenden Problemzuständen reichen. Psychische Störungen werden definiert und klassifiziert, um Fachleuten die Überweisung von Betroffenen in eine geeignete Therapie zu ermöglichen. Psychische Probleme entstehen durch eine komplexe Interaktion biologischer, sozialer und psychologischer Faktoren, sie werden jedoch noch immer aus primär medizinischer Sicht diskutiert.

Die meisten Symptome psychischer Erkrankungen wurden traditionell in die beiden Gruppen der „**neurotischen**“ und der „**psychotischen**“ Symptome eingeteilt. Zu den neurotischen Symptomen zählen solche Symptome, die als extreme Formen von „normalen“ emotionalen Erfahrungen, wie Niedergeschlagenheit, Angst oder Panik, eingestuft werden können. Zustände, die früher mit dem Oberbegriff „Neurose“ beschrieben wurden, werden heute oft „allgemeine psychische Probleme“ genannt.

Weniger verbreitet sind psychotische Symptome, die sich darauf auswirken, wie ein Mensch die Realität wahrnimmt. Dazu zählen Halluzinationen, zum Beispiel dass jemand etwas sieht, hört, riecht oder fühlt, was andere nicht wahrnehmen. Bei einigen psychischen Erkrankungen können neurotische und psychotische Symptome gemeinsam auftreten.

Neben der Unterscheidung zwischen neurotischen und psychotischen Symptomen unterteilen Psychiater verschiedene Arten psychischer Störungen nach den Eigenschaften:

- **organisch** (erkennbare Fehlfunktion des Gehirns) versus
- **funktional** (nicht auf einfache Abnormalitäten der Hirnfunktion zurückführbar).

Was ist eine psychische Erkrankung?

Wenn Menschen unter schwerwiegenden bzw. langfristigen Problemen der psychischen Gesundheit leiden, werden sie manchmal als „psychisch krank“ bezeichnet. Dieser Begriff ist jedoch aus verschiedenen Gründen problematisch:

- Es kann keine klare Trennlinie zwischen „normalem“ Verhalten und „psychisch krankem“ Verhalten gezogen werden. Was als abnormales Verhalten angesehen wird, hängt von der jewei-

ligen Kultur, den sozialen Gruppen innerhalb einer Kultur und sogar von verschiedenen gesellschaftlichen Situationen ab.

- Der Begriff „psychisch krank“ kann fälschlicherweise suggerieren, dass alle Probleme der psychischen Gesundheit ausschließlich medizinische oder biologische Ursachen haben. Tatsächlich resultieren die meisten psychischen Probleme jedoch aus einem komplexen Zusammenspiel biologischer und sozialer/psychologischer Faktoren.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) entwickelt, die die folgenden Hauptgruppen psychischer Störungen auflistet:

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (verschiedene Arten von Demenz)
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Tabak, alle Arten von Drogen)
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (psychotische Störungen)
- F30-F39 Affektive Störungen (manische, depressive oder manisch-depressive Störungen)
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (wie Angststörungen, Besessenheit oder Zwangshandlungen, Reaktionen auf schweren Stress, psychosomatische Störungen)
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (wie Essstörungen, nichtorganische Schlafstörungen, sexuelle Dysfunktion)
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (wie Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, Verhaltensstörungen, Tics)
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

3.3

Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Drogenkonsum

Da Menschen mit Drogenproblemen häufig auch gleichzeitig psychische Störungen aufweisen, ist eine sorgfältige Differentialdiagnose und die Auswahl einer geeigneten Therapie für beide vorliegenden Störungen von wesentlicher Bedeutung. Es kann verschiedene Zusammenhänge zwischen psychischen Problemen und Drogenkonsum geben. Manchmal tritt zuerst das psychische Problem auf, was dazu führen kann, dass Menschen Alkohol oder Drogen konsumieren, mit denen sie sich vorübergehend besser fühlen. Manchmal tritt aber auch zuerst der Drogenkonsum auf, der dann im Laufe der Zeit zu emotionalen und psychischen Problemen führen kann.

Drogenkonsum kann auch eine Art „Selbstmedikation“ sein, die ein Mensch mit unzureichend diagnostizierten bzw. behandelten psychischen Problemen für sich selbst einsetzt. Es kommt nicht selten vor, dass psychische Störungen gar nicht oder nicht richtig diagnostiziert und therapiert werden.

Psychische Probleme/Störungen können:

- die unmittelbare Folge des Drogenkonsums einer nicht an einer psychischen Störung leidenden Person sein (sogenannte drogenbedingte psychische Störungen, zum Beispiel können psychotische Störungen die Folge des Konsums psychotroper Substanzen sein),

- bereits vor dem problematischen Drogenkonsum bestanden haben,
- eine Folge des Drogenkonsums bei einem Menschen sein, bei dem bereits vorher Symptome psychischer Störungen zu beobachten waren.

Drogen, die psychisch oder physisch abhängig machen



Fragen Sie die Teilnehmer(innen), welche Drogen ihrer Meinung nach zu psychischer und/oder physischer Abhängigkeit führen können. Schreiben Sie die Antworten auf das Flipchart.

Erklären Sie den Teilnehmer(inne)n, dass alle unten stehenden Drogen zu substanzbedingten Störungen führen können.

- Alkohol
- Opiate
- Cannabis
- Kokain
- Amphetamine
- Sedativa (zum Beispiel Benzodiazepine)
- Halluzinogene (zum Beispiel LSD)
- Dämpfe von Lösungsmitteln (Farbverdünnungen, Klebstoffe)
- Verschreibungspflichtige Medikamente

Doppeldiagnosen und Komorbidität

Mit dem Begriff „Doppeldiagnose“ oder Komorbidität wird das gleichzeitige Vorliegen von psychischen und substanzbedingten Störungen (Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit oder -missbrauch) bezeichnet. Doppeldiagnose bedeutet, dass jemand sowohl an einer psychischen Störung als auch an einem Alkohol- oder Drogenproblem leidet. Um gesund zu werden, müssen bei einem Menschen mit Doppeldiagnose beide Erkrankungen behandelt werden. Zunächst muss dieser Mensch den Konsum von Alkohol oder Drogen eine Zeit lang einstellen (Entgiftung). Im nächsten Schritt werden eine Drogen-therapie und die Behandlung der psychischen Störung vorgenommen. In diesem Schritt können Medikamente, Selbsthilfegruppen und Gesprächstherapien zum Einsatz kommen.

Alkohol- und Drogenprobleme treten häufig gemeinsam mit folgenden Störungen auf:

- Persönlichkeitsstörungen
- Depression
- Angststörungen
- Schizophrenie

Bei Komorbidität kommt es häufiger zu:

- Rückfällen

- Krankenhausaufenthalten
- Gewalt
- Inhaftierungen
- Obdachlosigkeit
- Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, Hepatitis B und C)

Persönlichkeitsstörungen sind langfristige Denk- und Verhaltensmuster, die zu schwerwiegenden Problemen in persönlichen und sozialen Beziehungen führen. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung fällt es schwer, mit dem täglichen Stress und Problemen umzugehen. Oft haben sie stürmische Beziehungen mit anderen Menschen. Die Ursachen für Persönlichkeitsstörungen sind unbekannt. Die Gene und die Erfahrungen der Kindheit können eine Rolle spielen. Die Symptome unterscheiden sich stark, abhängig von der Art der Persönlichkeitsstörung (vgl. Medline plus <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/personalitydisorders.html> [Letzter Stand: 10.08.2010]).

Laut dem Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) gibt es zehn verschiedene Persönlichkeitsstörungen, die sich in drei Hauptgruppen einteilen lassen:

- Sonderbares oder exzentrisches Verhalten
- Dramatisches, emotionales oder launisches Verhalten
- Ängstliches vermeidendes Verhalten

Depression ist eine schwere, mit dem Gehirn zusammenhängende Krankheit. Sie beinhaltet mehr, als sich für ein paar Tage niedergeschlagen oder traurig zu fühlen. Wenn man einer der vielen Menschen ist, die unter schweren Depressionen leiden, gehen diese Gefühle nicht weg. Sie bleiben und beeinträchtigen das tägliche Leben. Zu den Symptomen zählen

- Traurigkeit
- Kein Interesse oder Spaß mehr an Aktivitäten, die man früher mochte
- Gewichtsveränderungen
- Schlecht schlafen oder verschlafen
- Energieverlust
- Gefühl von Wertlosigkeit
- Gedanken an Tod oder Selbstmord

Eine Depression kann zum Teil familiär bedingt sein und fängt normalerweise im Alter zwischen 15 und 30 Jahren an. Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer (vgl. Medline plus <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/depression.html> [Letzter Stand: 10.08.2010]).

Angststörungen: Furcht und Angst gehören zum Leben dazu. Man kann Angst haben, wenn man einen Test schreibt oder eine dunkle Straße entlanggeht. Diese Art von Angst ist nützlich: Sie kann den Menschen wachsender und vorsichtiger machen. Normalerweise hört die Angst auf, wenn man nicht mehr in der Situation ist, die die Angst ausgelöst hat. Bei einigen Menschen geht die Angst jedoch nicht weg, sondern wird immer schlimmer. Sie können unter Brustschmerzen oder Alpträumen

leiden. Sie können sogar Angst davor haben, ihr Zuhause zu verlassen. Diese Menschen leider unter einer Angststörung. Dazu gehören

- Panikstörung
- Obsessiv-kompulsive Störung
- Post-traumatische Belastungsstörung
- Phobien
- Generalisierte Angststörung

(vgl. Medline plus <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/anxiety.html> [Letzter Stand: 10.08.2010]).

Schizophrenie ist eine schwere, lebenslange Störung des Gehirns. Menschen mit Schizophrenie hören Stimmen, sehen Dinge, die nicht da sind, oder glauben, dass andere ihre Gedanken lesen oder kontrollieren. Bei Männern fangen die Symptome normalerweise am Ende des zweiten oder Anfang des dritten Lebensjahrzehntes an. Zu den Symptomen gehören Halluzinationen oder das Sehen von Dingen sowie Wahnvorstellungen, wie das Hören von Stimmen. Bei Frauen fangen die Symptome häufig in der Mitte des dritten bis Anfang des vierten Lebensjahrzehntes an. Andere Symptome sind

- Ungewöhnliche Gedanken oder Wahrnehmungen
- Bewegungsstörungen
- Schwierigkeiten, über Emotionen zu sprechen und sie auszudrücken
- Probleme mit der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis und der Organisation des Alltags

Es ist nicht bekannt, was genau Schizophrenie verursacht, wahrscheinlich spielen jedoch die Erbanlage und chemische Prozesse im Gehirn eine Rolle. Mit Medikamenten können viele Symptome gelindert werden, doch es kann lange dauern, bis der richtige Wirkstoff für einen Patienten gefunden ist. Mit einer Therapie verbessert sich der Zustand bei vielen Menschen so, dass sie ein zufriedenstellendes Leben führen können (vgl. Medline plus <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/schizophrenia.html> [Letzter Stand: 10.08.2010]).

Studien zeigen, dass:

- sich bei etwa der Hälfte der Menschen mit einer lebenslangen psychischen Störung schädigender Alkohol- oder Drogenkonsum bzw. eine Abhängigkeit beobachten lässt (Warner et al., 1995)
- bei mehr als 50% der Menschen mit einer substanzbedingten Störung (außer Alkohol) eine gleichzeitig auftretende psychische Störung auftritt; von ihnen haben
 - 26% eine affektive Störung wie Depression oder manische Depression (4,7-mal höher),
 - 28% eine Angststörung (2,5-mal höher),
 - 17,8% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (13,4-mal höher)
 - und 6,8% Schizophrenie (6,2-mal höher).

(Regier et al., 1990)

Selbstmord und Drogenkonsum

Ein hoher Anteil der Menschen mit einer substanzbedingten Störung war oder ist selbstmordgefährdet.

- Die Wahrscheinlichkeit von Selbstmordversuchen ist unter Menschen mit einer alkoholbedingten Störung sechs bis zehn Mal höher als bei Menschen ohne Abhängigkeit (Preuss et al., 2003).
- 40 bis 60% der Selbstmorde in Europa und den USA können mit Alkohol oder anderen Drogen in Verbindung gebracht werden (Foster, 2001).

Wahrscheinlichkeit von Selbstmordversuchen

- Kokainmissbrauch: 62-mal höhere Wahrscheinlichkeit
- Schwere Depression: 41-mal höhere Wahrscheinlichkeit
- Trennung oder Scheidung: 11-mal höhere Wahrscheinlichkeit
- Alkoholkonsum: 8-mal höhere Wahrscheinlichkeit

(UNODC, 2009)

Es ist von wesentlicher Bedeutung, drogenabhängigen Gefangenen - unter Berücksichtigung gleichzeitig auftretender psychischer Störungen - Zugang zu geeigneten Therapien zu ermöglichen.

Durch die Behandlung substanzbedingter Störungen kann das Selbstmordrisiko kontrolliert werden. Das Selbstmordrisiko nimmt in einer Therapie vor allem durch die Linderung der Entzugserscheinungen ab.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

- Drogenabhängigkeiten sind besonders häufig bei Menschen zu beobachten, die an einer psychischen Störung leiden.
- Auch die Drogenabhängigkeit selbst kann als psychische Störung angesehen werden.
- Da Menschen mit substanzbedingten Störungen oftmals gleichzeitig an psychischen Störungen leiden, ist eine geeignete Behandlung beider Störungen von wesentlicher Bedeutung.
- Im Rahmen der Therapie einer substanzbedingten Störung unter Berücksichtigung gleichzeitig auftretender psychischer Störungen kann das Selbstmordrisiko kontrolliert werden.

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

3.4 JUGENDLICHE UND DROGENKONSUM

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Insgesamt benötigte Zeit:

120 Minuten

Benötigtes Material:

- Laptop oder Desktopcomputer
- Beamer
- Flipchart, Flipchart-Papier, Klebeband
- Verschiedenfarbige Marker
- Papier, Stifte
- Arbeitsblatt: „Drogenkonsum: Risiko- und Schutzfaktoren“ (Anlage 10)
- Infoblatt „Drogenkonsum: Mögliche Risiko- und Schutzfaktoren“ (Anlage 11)
- PowerPoint-Präsentation des Moduls

3.4

Inhalt:

- Den Teilnehmer(inne)n grundlegendes Wissen darüber vermitteln, wie dem Drogenkonsum junger Menschen und damit verbundenen drogenbedingten Schäden vorgebeugt werden kann.

Lernziel:

In diesem Modul werden die Teilnehmer(innen) etwas lernen über:

- die Gründe, aus denen Jugendliche Drogen konsumieren,
- Anzeichen und Muster des Drogenkonsums bei Jugendlichen,
- Faktoren, die das Risiko des Drogenkonsums bei Jugendlichen erhöhen können,
- Faktoren, die Jugendliche vor dem Drogenkonsum schützen können.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Jugendliche und Drogenkonsum (80 Minuten)

- Übung: „Steckbrief“ eines Jugendlichen – 20 Minuten
- Vortrag: Jugendliche und Drogenkonsum – 30 Minuten
- Übung: Drogenkonsum bei Jugendlichen: Schutz- und Risikofaktoren – 30 Minuten

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:

United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (2003). *Life Skills Training Guide for Young People: HIV/AIDS and Substance Use Prevention*.

http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/escap_peers_00.pdf (Letzter Stand: 15.10.2009)

WHO (2000). *Primary prevention of substance abuse. A Workbook for project operators*.

http://www.who.int/substance_abuse/activities/global_initiative/en/primary_prevention_17.pdf

(Letzter Stand: 09.09.2009)

Einleitung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und gibt allgemeine Hintergrundinformationen zum Thema.

Jugendliche werden im Allgemeinen als sehr anfällig für den Konsum von Drogen angesehen, weil sie sich in einer Lebensphase befinden, in der sich Verhaltensmuster formen und der Mensch am ehesten von Gleichaltrigen oder Vorbildern beeinflussbar ist. Wenn Jugendliche unter dem Einfluss von Drogen stehen, können sie anfälliger für Gewalt und Ausbeutung sein. Darüber hinaus sind sie sehr anfällig für sexuelle Reize wodurch gleichzeitig das Risiko steigt, sich mit sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich HIV zu infizieren.

Wenn Jugendliche fundierte Informationen zum Drogenkonsum erhalten, können sie langfristig reifere Entscheidungen im Hinblick auf ihre Gesundheit treffen. Wenn Jugendliche und deren Bezugspersonen gut informiert sind, kann sich dies positiv sowohl auf den einzelnen Menschen als auch auf die Gemeinschaft auswirken.

In den meisten Kulturen gab es schon über Generationen hinweg verschiedene Formen des Drogenkonsums. Der Konsum von Drogen hat in den letzten Jahren in bestimmten Gruppen, wie zum Beispiel unter Frauen und Jugendlichen, zugenommen, und diese können anfälliger für die nachteiligen Folgen dieses Verhaltens sein.

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher“, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

Jugendliche und Drogenkonsum

Insgesamt benötigte Zeit: 80 Minuten

Übung: „Steckbrief“ eines Jugendlichen

20 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 3**

Benötigtes Material:

Flipchart, Flipchart-Papier, Klebeband, Papier, Stifte, Marker

Vorgehensweise:

Zeichnen Sie eine geschlechtsneutrale, große Figur auf das Flipchart.

Teilen Sie Papier und Stifte an alle Teilnehmer(innen) aus und bitten Sie sie, auch eine Figur auf ihr Papier zu zeichnen. Fordern Sie die Teilnehmer(innen) auf, sich einen durchschnittlichen jungen Menschen in der Phase des Übergangs von der Kindheit zum Erwachsensein vorzustellen. Bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich verschiedene Fragen zu stellen:

- Was denkt dieser Jugendliche? (*Schreiben Sie diese Frage in die Nähe des Kopfes der Figur*)
- Was fühlt dieser Jugendliche? (*Schreiben Sie diese Frage in die Nähe des Herzens der Figur*)
- Welche Bedürfnisse hat dieser Jugendliche? (*Schreiben Sie diese Frage in die Nähe des Bauches der Figur*)
- Was macht der Jugendliche? (*Schreiben Sie diese Frage zwischen die Hände oder Füße der Figur*)

Lassen Sie die Teilnehmer(innen) zu jeder Frage einen Antwortsatz aufschreiben. Geben Sie ihnen dafür ein paar Minuten Zeit.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen) nun, ihre Antworten vorzulesen, und schreiben Sie Stichwörter an die oben beschriebenen Teile der Figur. Kleben Sie wenn nötig weiteres Flipchart-Papier rund um die Figur, um weiteren Platz für Antworten zu schaffen.

Sie können die Übung abschließen, indem Sie den gemeinsam erstellten „Steckbrief“ zusammenfassen oder den „Steckbrief“ von einem Teilnehmer bzw. einer Teilnehmerin zusammenfassen lassen.

Vortrag: Jugendliche und Drogenkonsum

30 Minuten

➤ PowerPoint: Folien 4-12



Nehmen Sie während des Vortrags immer wieder Bezug auf die Antworten der Teilnehmer(innen) und gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen und die Teilnehmer(innen) einbeziehen.

Die aktuelle Forschung sieht Drogenabhängigkeit als chronisch-rezidivierende Erkrankung an. Je jünger ein Mensch zum Zeitpunkt des erstmaligen Drogenkonsums ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass er gesundheitliche Schäden davonträgt. Jugendliche weisen bestimmte Eigenschaften auf, die sie besonders vulnerable in Bezug auf Drogenkonsum machen. Während der Pubertät findet körperliche und psychische Entwicklung statt und diese Veränderungen haben großen Einfluss auf die Entwicklung von Verhaltensmustern. Viele risikobehaftete Verhaltensweisen haben mit der Suche nach der Identität zu tun. Wenn Jugendliche heranreifen, wachsen sie in neue soziale Rollen herein. Auf ihnen lastet der Druck, ihre soziale Identität zu entwickeln, neue Vorbilder zu suchen und alle möglichen Gelegenheiten wahrzunehmen. Die Persönlichkeit wird geformt, und die Jugendlichen suchen ein neues Selbst-/Körperbild, da sie danach streben, sozial definierte Rollen einzunehmen. Ihre Identifikation mit bestimmten Vorbildern kann direkt oder indirekt zu Problemen in Verbindung mit Drogenkonsum führen. Jugendliche sind sehr anfällig für Gruppenzwang und hören in dieser Phase oft nicht auf ihre Eltern. Auch das soziale Umfeld spielt eine wichtige Rolle. Studien haben gezeigt, dass der Kontakt mit psychotropen Substanzen in der Phase des Erwachsenwerdens mit anderem Risikoverhalten, wie z. B. ungeschütztem Geschlechtsverkehr, in Verbindung steht.

Weitere jugendspezifische Themen sind:

- **Experimentieren**

Die Jugendlichen durchleben eine Entwicklungsphase, zu der Experimentieren, Entdecken, Neugierde und Identitätssuche gehören. Zu dieser Suche gehört auch das Eingehen von Risiken, was das Experimentieren mit Drogen einschließen kann. Jugendliche sind neugierig auf Drogen und möchten neue Gefühle und Empfindungen erfahren. Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass die meisten Jugendlichen nach einer Phase des Experimentierens den Drogenkonsum wieder einstellen.

- **Unabhängigkeit und Rebellion**

Jugendliche wollen unabhängig werden und sich von der Familie lösen, sie möchten selbst über ihr Leben bestimmen und ihre eigenen persönlichen Werte entwickeln. Bei dem Versuch, all dies zu erreichen, können sie rebellisch werden und unter einem niedrigen Selbstwertge-

fühl leiden. Die Hinwendung zum Drogenkonsum mag ihnen als Weg erscheinen, mit diesen Herausforderungen besser fertig zu werden.

- **Akzeptanz**

Jugendliche sind ständig bemüht, von anderen akzeptiert zu werden. In einigen Kulturen ist der Konsum von Alkohol und Tabak beispielsweise eine Möglichkeit klarzustellen, dass man erwachsen ist. Einige Jugendliche konsumieren auch Substanzen, um zu demonstrieren, dass sie keine Angst davor haben, einer bestimmten Gruppe anzugehören.

- **Langeweile**

Jugendliche sind schnell gelangweilt, besonders dann, wenn sie nichts Bestimmtes zu tun haben. Schulabbruch und Langeweile zählen zu den Risikofaktoren. Auf der anderen Seite kann für die, die zur Schule gehen, das Gefühl, nicht gut genug zu sein, oder die Angst vor Schulversagen zu Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie führen.

Einfluss von Drogen

Es gibt viele Gründe dafür, warum Jugendliche Drogen konsumieren. Der Einfluss, den Drogen auf einen Menschen haben, hängt von mindestens drei Faktoren ab: dem Menschen, der Substanz und der Umwelt (der „Konsumkontext“).

- **Der Mensch**

Sowohl das Wissen über und die Einstellung zu Drogen und ihren Wirkungen als auch Neugierde können den Drogenkonsum beeinflussen. Darüber hinaus wirken sich auch die Fähigkeit des Menschen zum Umgang mit Problemen sowie Gruppenzwang auf die Entscheidung für oder gegen den Drogenkonsum aus.

- **Die Substanz(en)**

Die Zusammensetzung und Art der Substanz kann den Konsum beeinflussen. Der Alkoholgehalt in Getränken und deren Preise beispielsweise können sich auf die Entscheidung darüber auswirken, ob die Substanz konsumiert wird oder nicht.

- **Die Umwelt (Kontext)**

In der Umwelt gibt es eine Reihe von Faktoren, die sich auf den Drogenkonsum auswirken können. Dazu zählen bestehende kulturelle Normen, die Einstellung der Allgemeinheit und der sozialen Gruppe zum Drogenkonsum, das Verhalten der Eltern, Gleichaltriger und Vorbilder, Rebellion, die für die Vermarktung der Substanzen verwendeten Marketingstrategien, Gesetze, Regulierungen und Bestimmungen, die die Verfügbarkeit der Substanzen einschränken, (wahrgenommene) Möglichkeiten der existentiellen und persönliche Entwicklung.

Drogenkonsummuster bei Jugendlichen

- **Experimenteller Konsum**

Jugendliche sind neugierig auf Drogen und möchten neue Gefühle und Empfindungen erfahren. Es ist dennoch so, dass die meisten Jugendlichen nach einer Phase des Experimentierens keine Drogen mehr konsumieren.

- **Funktionaler Konsum**

Bei den meisten Jugendlichen ist der Konsum von Drogen nicht unbedacht oder krankhaft, sondern hat eine bestimmte Funktion. Drogen haben in ihrem Leben eine bestimmte Aufgabe, zum Beispiel Entspannung, Bekämpfung von Angst oder Langeweile, wach oder müde werden, Hunger oder Schmerzen mindern, sich gut fühlen und träumen. Ein solcher Konsum ist meist kontrolliert und auf bestimmte Umstände und Situationen begrenzt. Die Jugendlichen können die Art der konsumierten Droge in Abhängigkeit von der Situation ändern, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Solange ihr Drogenkonsum nicht zu ernsthaften Problemen führt, haben funktionelle Konsument(inn)en kaum Motivation, den Konsum einzustellen.

- **Dysfunktionaler Konsum**

Beim dysfunktionalen Konsum handelt es sich um Drogenkonsum, bei dem der Konsument/die Konsumentin den psychischen oder gesellschaftlichen Anforderungen nicht mehr gewachsen ist. Typischerweise wirkt sich ein solcher Konsum negativ auf die persönlichen Beziehungen aus. Als Folge ihres Drogenkonsums werden manche Jugendliche verbal oder sogar körperlich gewalttätig gegenüber Familienmitgliedern oder anderen Menschen. Außerdem können die Ausbildung oder die Arbeit des Jugendlichen beeinträchtigt werden. Routineaufgaben des Jugendlichen werden schlechter erledigt. Aufgrund dieses Verhaltens kann es zu weiterer Entfremdung einschließlich der Zurückweisung durch andere Mitglieder der sozialen Gruppe oder der Familie kommen. Diese zunehmenden Schwierigkeiten können den ersten Denkanstoß geben, mit den Drogen aufzuhören. Die Vorteile, die der (die) dysfunktionale Konsument(in) durch den Drogenkonsum zu haben glaubt, können die Einstellung des Konsums jedoch erschweren.

- **Gesundheitsschädigender Konsum**

Beim schädigenden Konsum verursachen die Drogen Defekte der körperlichen oder psychischen Gesundheit eines Menschen. Zu den körperlichen Schäden können Verletzungen durch Überdosierung, Unfälle und Gewalt gehören. Weitere Schäden können sich aus der Art des Drogenkonsums ergeben. Der injizierende Drogenkonsum ist besonders gefährlich, weil die Gefahr der Ansteckung mit Hepatitis, HIV oder anderen Infektionskrankheiten durch verunreinigte Nadeln und Spritzen besonders hoch ist. Darüber hinaus kommt es beim injizierenden Drogenkonsum häufig zu kollabierten Venen und Überdosierungen. Eine Inhalation der Drogen kann zu Schädigungen der Atemwege und Verbrennungen führen. Obwohl typische auf Drogen- und Alkoholkonsum bezogene gesundheitliche Probleme eher bei Menschen vorkommen, die regelmäßig und in großer Menge Drogen konsumieren, kann es auch bei experimentellem und gelegentlichem Konsum zu gesundheitlichen Problemen kommen, dann meist als Folge einer Vergiftung. Alkoholbedingte Leberkrankheiten oder tabakbedingter Lun-

genkrebs sind eher später im Leben zu beobachten und treten selten bei jungen Menschen auf.

- **Abhängiger Konsum**

Konsument(inn)en, die abhängig von Drogen sind, haben oft nur wenig Kontrolle über ihren Konsum. Sie stellen die Drogeneinnahme auch trotz sehr schwerwiegender Konsequenzen nicht ein. Darüber hinaus verbringen sie immer mehr ihrer Zeit mit Tätigkeiten, die mit den Drogen zusammenhängen: Geld für Drogen beschaffen (dazu gehört auch Prostitution), Drogen kaufen, Drogen einnehmen, sich vom Konsum erholen und die Beschaffung weiterer Drogen planen.

Abhängige Konsument(inn)en entwickeln eine Toleranz für bestimmte Drogen, das heißt, ihr Körper passt sich an die Drogen an, sodass die Konsument(inn)en die Menge der entsprechenden Droge erhöhen müssen, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Wenn abhängige Konsument(inn)en zu lange keine Drogen mehr genommen haben, leiden sie unter Entzugserscheinungen.



Betonen Sie, dass die Muster des Drogenkonsums unter Jugendlichen sehr stark variieren und sich mit der Zeit ändern können. Manche entwickeln ein regelmäßiges Konsummuster, während andere sich sehr willkürlich und situativ verhalten. Nur weil ein(e) Jugendliche(r) mit dem Konsum einer Droge beginnt, heißt das nicht, dass er oder sie automatisch weitere Drogen konsumieren oder den Konsum der Droge intensivieren wird.

Anzeichen für Drogenkonsum

- **Veränderungen in der Persönlichkeit**

Veränderungen der Persönlichkeit und des Charakters können ein Zeichen dafür sein, dass jemand Drogen konsumiert. So kann eine eher ruhige und leise sprechende Person plötzlich laut und ausfallend werden, oder eine aufgeschlossene und gesprächige Person wird ruhig und introvertiert. Diese Veränderungen können allmählich auftreten und nur schwer feststellbar sein.

- **Extreme Stimmungsschwankungen**

Bei Drogenkonsument(inn)en kann sich die Stimmung ganz plötzlich scheinbar ohne Grund von Niedergeschlagenheit zu überschwänglicher Begeisterung und umgekehrt verändern. Extreme Verhaltensweisen können auch durch scheinbar unerhebliche Vorkommnisse oder Äußerungen hervorgerufen werden.

- **Mögliche Veränderungen in der körperlichen Erscheinung oder dem Wohlbefinden**

Infolge des Drogenkonsums kann es zu plötzlichen oder langsamen Veränderungen in der körperlichen Erscheinung oder dem allgemeinen Wohlbefinden eines Menschen kommen. Gewichtsveränderungen, veränderte Schlafrythmen, eine undeutliche Aussprache, ein taumelnder Gang, schwerfällige Reaktionen, sehr kleine oder erweiterte Pupillen, Schwitzen, Geschwätzigkeit, Euphorie, Schwindel und Erbrechen sind körperliche Symptome, die von Drogen hervorgerufen werden können.

- Leistungsveränderungen in der Schule oder im Job

Eine deutliche Verschlechterung der Leistungen eines Schülers (insbesondere dann, wenn dieser Schüler früher immer sehr gut war) kann auf Drogenkonsum hinweisen. Ebenso kann eine schnelle Veränderung von schlechten zu guten Leistungen in der Schule oder bei der Arbeit ein Anzeichen für Drogenkonsum sein.

- Veränderungen im Lebensstil

Veränderungen im allgemeinen Lebensstil eines Jugendlichen, zum Beispiel im Hinblick auf seinen Freundeskreis, seine täglichen Gewohnheiten, seine Kleidung usw. kann auf Drogenkonsum hindeuten.

- Geldprobleme oder - wenn der/die Jugendliche mit Drogen dealt - ein Anstieg des verfügbaren Geldes

Drogen sind teuer und im Laufe der Abhängigkeit steigt der für den Konsum benötigte Geldbetrag weiter an. Jugendliche bezahlen ihre Drogen jedoch nicht immer mit Geld. Häufig werden Alkohol und andere Drogen mit für Jugendliche attraktiven Gütern wie z. B. Kleidung oder Konsumartikeln bezahlt oder auch mit sexuellen Handlungen.



Erklären Sie den Teilnehmer(inne)n, dass die oben genannten Aspekte nur Anzeichen für Drogenkonsum sind. Manche von ihnen können auch einfach typisch für jugendliches Verhalten sein. Es sollte so lange nicht von Drogenkonsum ausgegangen werden, bis das Gegenteil bestätigt wird. Die Symptome können Indikatoren für Drogenkonsum sein, aber müssen nicht immer mit einer Drogenabhängigkeit in Verbindung stehen.

Übung: Drogenkonsum bei Jugendlichen: Schutz- und Risikofaktoren

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 13**

Benötigtes Material:

Arbeitsblatt: „Drogenkonsum: Schutz- und Risikofaktoren“ (Anlage 10), Infoblatt „Drogenkonsum: Mögliche Risiko- und Schutzfaktoren“ (Anlage 11), Papier, Stifte

Vorgehensweise:

Faktoren, die das individuelle Risiko für Drogenkonsum erhöhen, werden als *Risikofaktoren* bezeichnet, während Faktoren, die das Risiko mindern, *Schutzfaktoren* genannt werden. Tendenziell werden Menschen durch Risikofaktoren zum Konsum von Substanzen bewegt, während Schutzfaktoren genau das Gegenteil bewirken.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), kleine Gruppen zu bilden und einen Verantwortlichen auszuwählen, der später die Ergebnisse vorträgt. Wenn sich die Gruppen gebildet haben, verteilen Sie das Arbeitsblatt „Schutz- und Risikofaktoren“. Bitten Sie die Gruppen, mögliche Risiko- und Schutzfaktoren für den Drogenkonsum zu besprechen und sie in die Tabelle einzutragen. Geben Sie wenn nötig ein Beispiel. Bitten Sie den Verantwortlichen jeder Gruppe nach 15 Minuten, die Ergebnisse vorzustellen und schreiben Sie diese auf das Flipchart.

Betonen Sie, dass das Erkennen der Risiko- und Schutzfaktoren ein wichtiger Schritt ist, auf dem aufbauend entschieden werden kann, wie dem Drogenkonsum entgegengewirkt werden kann. Verschiedene Studien haben individuelle und umweltbedingte Faktoren ermittelt, die sich fördernd oder hindernd auf das Risiko des Drogenkonsums auswirken können; diese sind jedoch weder vollständig noch allgemeingültig. Was für den einen Jugendlichen ein Risiko sein kann, mag für einen anderen keins sein.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten.

- Jugendliche befinden sich in einer Phase ihres Lebens, in der sie verschiedene Lebensstile ausprobieren; dazu gehören auch Verhaltensweisen, die Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben können.
- Bei Jugendlichen gibt es verschiedene Anzeichen für Drogenkonsum. Diese Anzeichen können aber auch einfach zum typischen Verhalten eines Jugendlichen gehören. Es sollte solange nicht von Drogenkonsum ausgegangen werden, bis das Gegenteil bestätigt wird.
- Verschiedene Aspekte des individuellen Umgangs und des Umfelds können Jugendliche anfälliger für Drogenkonsum machen oder sie davor schützen.

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

3.5 WEIBLICHE GEFANGENE

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Insgesamt benötigte Zeit:

170 Minuten

Benötigtes Material:

- Laptop oder Desktopcomputer
- Beamer
- Flipchart, Flipchart-Papier, Klebeband
- Verschiedenfarbige Marker
- Papier und Stifte
- Fallbeispiel 1 (Anlage 12)
- Fallbeispiel 2 (Anlage 13)
- „Verhandlungsgeschick bei der Kondombenutzung“ (Anlage 14)
- PowerPoint-Präsentation des Moduls

Inhalt:

- Das Verständnis für die spezifischen Probleme problematischer Drogenkonsumentinnen in Haft verbessern.
- Das Wissen und das Verständnis der besonderen Bedürfnisse weiblicher Gefangener im Allgemeinen sowie problematischer Drogenkonsumentinnen in Haft verbessern.

Lernziel:

Durch diese Einheit werden die Teilnehmer(innen) ein gutes Verständnis der besonderen Bedürfnisse weiblicher Gefangener und problematischer Drogenkonsumentinnen erlangen.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Teil 1: Frauen in Haft (30 Minuten)

- Vortrag: Weibliche Gefangene – 10 Minuten
- Übung: Brainstorming: Warum nimmt die Anzahl der weiblichen Gefangenen zu? – 20 Minuten

Teil 2: Problematischer Drogenkonsum und besondere Probleme weiblicher Gefangener (100 Minuten)

- Übung: Besondere Probleme weiblicher Gefangener – 60 Minuten
- Übung: Fallbeispiele – 20 Minuten
- Übung: Verhandlungsgeschick bei der Kondombenutzung – 20 Minuten

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:

AIDS InfoNet (2010). *Fact Sheet 611: Pregnancy and HIV*.
http://www.aidsinonet.org/fact_sheets/view/611 (Letzter Stand: 06.09.2010)

Browne, A., Miller, B. & E. Maguin (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimisation among incarcerated women. *International Journal of Law and Psychiatry* 22, 301-322.

EMCDDA (2006). *Annual Report on the state of drug problems in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
<http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-en.pdf> (Letzter Stand: 07.09.2009)

MacDonald, M. (2003). *Follow up Research in the Veneto Region*. Centre for Research into Quality, University of Central England.

McClelland, G.T. & Newell, R. (2008). A qualitative study of the experiences of mothers involved in street-based prostitution and problematic substance use. *Journal of Research in Nursing* 13(5), 437-447.

Open Society Institute (2007). *Women, Harm Reduction and HIV*. New York: International Harm Reduction Development Program.
http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/women_20070920/women_20070920.pdf (Letzter Stand: 08.10.2009)

Sanders, T. (2007). Becoming an Ex-Sex Worker: Making Transitions Out of a Deviant Career. *Feminist Criminology* 2(1), 74–95.

UNODC (2005). *Substance Abuse Treatment and Care for Women*. Vienna: UNODC.
http://www.unodc.org/docs/treatment/Case_Studies_E.pdf (Letzter Stand: 08.10.2009)

UNODC (2006). *HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users*. Vienna: UNODC.
http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_femaleIDUs_Aug06.pdf (Letzter Stand: 08.10.2009)

Wechsberg, W.M. et al. (2009). Substance abuse, treatment needs and access among female sex workers and non-sex workers in Pretoria, South Africa. *Substance Abuse Treatment and Prevention Policy*, 274, 11.

The Well Project (2009). *Pregnancy and HIV*.
http://www.thewellproject.org/en_US/Womens_Center/Pregnancy_and_HIV.jsp;jEinheitid=MysKG671vLHQrG3VsP4gYnx20MBq2Q5fWplWnzgx4x01kGXvKfKXl887863684 (Letzter Stand: 06.07.2010)

WHO (2007). *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva: WHO, UNODC, UN-AIDS.
http://www.who.int/hiv/idu/OMS_E4Acomprehensive_WEB.pdf (Letzter Stand: 09.09.2010)

WHO (2007). *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO
<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf> (Letzter Stand: 08.09.2009)

WHO (2009). *Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health*. Copenhagen: WHO.
http://www.euro.who.int/Document/HIPP/UNODC_Decl_pres_Apr_2009.pdf
(Letzter Stand: 12.10.2009)

Zurhold, H., Stöver, H., Haasen, C. (2004). *Female drug users in European prisons – best practice for relapse prevention and reintegration*. Final Report and Recommendations. Oldenburg: BIS-Verlag.

Einleitung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

Frauen machen zwar nur einen kleinen Anteil der Gefangenenpopulation aus, die Anzahl der Frauen in Haft nimmt jedoch schneller zu als die Anzahl der inhaftierten Männer. Die meisten Frauen werden zu einer kurzen Haftdauer verurteilt und meist wegen gewaltloser Verstöße wie Eigentums- oder Drogendelikten inhaftiert (WHO, 2009).

Überall auf der Welt wird von Seite der Strafvollzugsbehörden den Bedürfnissen der weiblichen Gefangenen nur sehr wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Nach Aussagen der Weltgesundheitsorganisation muss es hier ein Umdenken im Strafjustizsystem geben und die Justizvollzugsmitarbeiter(innen) in Gendersensibilität geschult werden, auch um weibliche Gefangene besser vor körperlichem und emotionalem Missbrauch zu schützen. Daher ist es wichtig, dass die Fortbildungsteilnehmer(innen) über die Rechte und Bedürfnisse weiblicher Gefangener gut informiert sind und entsprechend handeln können.

Dieses Modul beschäftigt sich mit der speziellen Situation von Frauen in Haft, spezifischen Aspekten, wie zum Beispiel ihrer Rolle in der Familie, Mutterschaft und der Tatsache, dass viele Frauen weit weg von zu Hause und ihrem sozialen Umfeld inhaftiert sind. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem steigenden Drogenkonsum unter weiblichen Gefangenen sowie der Frage, wie auf sensible Weise mit den genannten Problemen umgegangen werden kann. Im Rahmen des Moduls werden die Teilnehmer(innen) außerdem dazu ermutigt, ihre eigenen Erfahrungen im Umgang mit weiblichen Gefangenen zu schildern und mögliche effektive Hilfsangebote zu diskutieren.

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher“, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

Teil 1: Frauen in Haft

Insgesamt benötigte Zeit: 30 Minuten

Vortrag: Weibliche Gefangene

10 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 3-6**

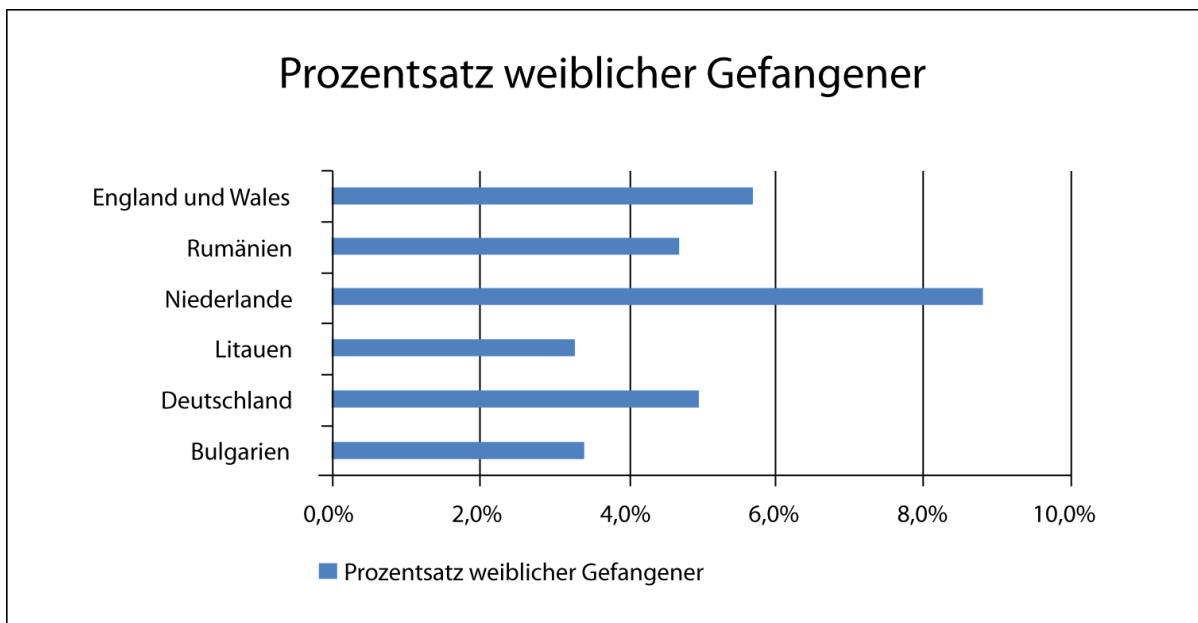


Gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen und die Teilnehmer(innen) aktiv miteinbeziehen.

Auf der ganzen Welt machen Frauen nur eine kleine Minderheit der Gefängnisbevölkerung aus (siehe Abbildung 1 zum Prozentsatz weiblicher Gefangener in ausgewählten europäischen Ländern). In den letzten Jahren ist die Zahl der inhaftierten Frauen sogar stärker angestiegen als die der inhaftierten Männer. Die meisten Frauen werden zu einer kurzen Haftdauer verurteilt und meist wegen gewaltloser Verstöße wie Eigentums- oder Drogendelikten inhaftiert (WHO, 2009).

3.5

Abbildung 1: Prozentsatz weiblicher Gefangener in ausgewählten europäischen Ländern



(Quelle: World Female Imprisonment List
http://www.unodc.org/pdf/india/womens_corner/women_prison_list_2006.pdf)

Inhaftierte Frauen sind mit anderen Problemen in Haft konfrontiert als Männer. In den meisten Gesellschaften übernimmt die Frau die Hauptverantwortung für die Kindererziehung und die damit verbundenen Pflichten, was im Falle der Inhaftierung der Frau Auswirkungen auf andere Familienmitglieder hat. Weibliche Gefangene sind eine besonders vulnerable Gruppe: sie sind sowohl in Haft als auch außerhalb des Gefängnisses oft Stigmatisierung und Geschlechterdiskriminierung ausgesetzt. Daher ist es wichtig, sich der Rechte und Bedürfnisse weiblicher Gefangener bewusst zu sein, um entsprechend handeln zu können.

Problematischer Drogenkonsum

Frauen, die Drogen konsumieren, stehen vielen Herausforderungen gegenüber. In vielen Ländern der Welt sind Drogenberatungsstellen und -therapieeinrichtungen innerhalb und außerhalb des Gefängnisses nicht auf deren spezifische Bedürfnisse zugeschnitten (Open Society Institute, 2007).

Es ist schwierig, genaue Angaben über die Anzahl der Frauen in Haft zu machen, die problematischen Drogenkonsum aufweisen. Schätzungen zufolge hatten mindestens 75% der inhaftierten Frauen zum Zeitpunkt ihrer Inhaftierung ein Drogen- oder Alkoholproblem.

Die Zahl der Drogenkonsumentinnen allgemein und auch die der injizierenden Drogenkonsumentinnen, die ihr Injektionsbesteck mit einer anderen Person teilen, steigt. Die steigende Anzahl der problematischen Drogenkonsumentinnen hat auch zur Folge, dass die Wahrscheinlichkeit steigt, dass einige dieser Frauen inhaftiert werden. Inhaftierte Frauen, die problematischen Drogenkonsum aufweisen, brauchen Zugang zu Maßnahmen der Schadensminderung, so unter anderem Maßnahmen, die sich auf die Verbreitung von Infektionskrankheiten durch verunreinigtes Injektionsbesteck und riskantes Sexualverhalten in Verbindung mit Drogenkonsum beziehen (WHO, 2009).

Übung: Brainstorming: Warum nimmt die Anzahl der weiblichen Gefangenen zu?

20 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 7**

Benötigtes Material:

Flipchart, Papier, Stifte, Marker

Vorgehensweise:

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) in Kleingruppen auf und bitten Sie sie einen Verantwortlichen zu wählen, der die Ergebnisse vorstellt. Verteilen Sie Papier und Stifte und bitten Sie die Teilnehmer(innen), darüber zu diskutieren, warum die Anzahl der Frauen in Haft ihrer Meinung nach zunimmt und ob dies auch in den jeweiligen Gefängnissen der Teilnehmer(innen) der Fall ist. Bitten Sie die Teilnehmer(innen), mögliche Erklärungen aufzuschreiben. Geben Sie wenn nötig ein Beispiel; einige Beispiele sind unten aufgelistet. Bitten Sie die Gruppen nach 10 Minuten, die Ergebnisse vorzustellen, und schreiben Sie diese auf das Flipchart.

Mögliche Gründe:

- Gerichte urteilen strenger
- Straffälligen Frauen wird weniger Toleranz entgegengebracht
- Es gibt keine Alternativen zum Gefängnis
- Hohe Anzahl problematischer Drogenkonsumentinnen mit drogenbedingten Gesetzesverstößen

Teil 2: Problematischer Drogenkonsum und besondere Probleme weiblicher Gefangener

Insgesamt benötigte Zeit: 100 Minuten

Übung: Besondere Probleme weiblicher Gefangener

60 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 9-22**

Benötigtes Material:

Flipchart, Flipchart-Papier, Marker, Papier, Stifte

Vorgehensweise:

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) in Kleingruppen auf und bitten Sie sie einen Verantwortlichen zu wählen, der die Ergebnisse vorstellt. Verteilen Sie Papier und Stifte und bitten Sie die Teilnehmer(innen), möglichst viele Probleme aufzuschreiben, mit denen Frauen in Haft ihrer Meinung nach konfrontiert sind. Bitten Sie sie, auch über die spezifischen Probleme von Frauen mit problematischem Drogenkonsum in Haft nachzudenken. Lassen Sie hierfür 10 Minuten Zeit und bitten Sie die Gruppen dann, ihre Ergebnisse vorzustellen. Schreiben Sie die Antworten auf Flipchart-Papier, das im Raum an die Wand geklebt ist. Lassen Sie genügend Zeit, um die Antworten aller Gruppen zu besprechen und ergänzen Sie die genannten Antworten mit den nachfolgenden Informationen.

Besondere Probleme von Frauen in Haft



Nachfolgend finden Sie eine Aufstellung der zentralen Probleme weiblicher Gefangener, die den Fortbildungsteilnehmer(inne)n vermittelt werden sollten. Sie können entweder die PowerPoint-Folien verwenden, oder aber Sie nehmen die folgenden Beispiele als Hintergrundinformation während der Diskussion mit den Teilnehmer(inne)n. In der unten stehenden Liste finden Sie Fragen, mit denen Sie die Diskussion anregen können. Da es nicht möglich sein wird, alle zu verwenden, suchen Sie diejenigen heraus, die am besten zu den Interessen der jeweiligen Gruppe passen.

Die Rolle der Frau in der Familie

In der Gesellschaft spielen Frauen normalerweise eine zentrale Rolle in der Familie, da sie für die Kindererziehung und andere Familienmitglieder verantwortlich sind. Die Inhaftierung hat emotionale Auswirkungen sowohl auf die Frau als auch auf ihre Familie.

Inhaftierung weit weg von zu Hause

Gefängnisse sind meist auf männliche Gefangene ausgerichtet und die Unterbringung von weiblichen Gefangenen kann problematisch sein, da die Anzahl der weiblichen Gefangenen aus der gleichen Region oder Stadt meist zu gering ist, um extra ein Gefängnis für sie bereitzustellen. In der Folge werden Frauen oft in Nebengebäuden von Männergefängnissen untergebracht. Alternativ werden sie in spezielle Frauengefängnisse eingewiesen und können infolgedessen weit weg von ihrem Zuhause und ihrer Familie inhaftiert sein. Dadurch kann es für die Familie und Kinder schwierig und kostenaufwändig sein, die Frau regelmäßig zu besuchen.



Fragen Sie die Teilnehmer(innen), was ihrer Meinung nach getan werden kann, um dieses Problem in ihrem Gefängnis zu vermeiden (so kann beispielsweise arrangiert werden, dass Kinder und andere Angehörige die Gefangenen einen ganzen Tag oder ein Wochenende lang besuchen können).

Schwangerschaft und Mutterrolle

Viele weibliche Gefangene sind Mütter. Britischen Studien zufolge haben 55% der weiblichen Gefangenen mindestens ein Kind unter 16 Jahren, und 34% sind alleinerziehend.² In manchen Ländern ist es den Frauen gestattet, ihre kleinen Kinder während des Gefängnisaufenthaltes bei sich zu haben, meist in speziellen Mutter-Kind-Bereichen. Über die Sinnhaftigkeit dieses Ansatzes wird häufig diskutiert. Manche Expert(inn)en argumentieren, dass die Entwicklung und die psychische Gesundheit kleiner Kinder leiden könnten, wenn sie von ihrer Mutter getrennt werden; auf der anderen Seite gibt es Expert(inn)en, die meinen, dass es potenziell schädlich und daher nicht ideal ist, wenn Kinder im Gefängnis aufwachsen.



Fragen Sie die Teilnehmer(innen) danach, bis zu welchem Alter Kinder längstens bei ihrer Mutter im Gefängnis bleiben dürfen. Sollte diese Altersgrenze nach Meinung der Teilnehmer(innen) eher herauf- oder herabgesetzt werden?

Schwangere Gefangene sollten Zugang zur gleichen medizinischen Versorgung haben, wie sie außerhalb der Haftanstalten bereitgestellt wird. Wenn möglich sollten die Kinder in einem Krankenhaus außerhalb des Gefängnisses zur Welt kommen. Der Zeitraum, für den eine inhaftierte Frau ihr Baby bei sich behalten darf, ist von Land zu Land unterschiedlich und schwankt zwischen neun Monaten und drei Jahren. Idealerweise sollte bei einer schwangeren oder stillenden Mutter die Möglichkeit einer Ersatzstrafe anstelle einer Freiheitsstrafe bestehen.

² Submission by Friends World Committee for Consultation (Quakers) to the Committee on the Rights of the Child, Day of Discussion 2005, Children Deprived of Parental Care, Quaker United Nations Office, 2005, p. 2

HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind

Schwangere Drogenkonsumentinnen stellen allgemein und insbesondere im Gefängnis eine besonders vulnerable Gruppe dar. Oft erhalten sie gar keine oder nur wenige Informationen zum Drogenkonsum in der Schwangerschaft oder zur Vorbeugung einer HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind. Das HI-Virus kann zwar von einer infizierten Mutter auf deren Neugeborenes übertragen werden, doch in der Praxis haben Fortschritte in der HIV-Behandlung dazu geführt, dass es kaum noch Fälle einer solchen Übertragung gibt. Studien zeigen, dass die Übertragungsrate von etwa 25% auf unter 2% gesenkt werden kann, wenn die Mutter geeignete medizinische Präventionsmaßnahmen einschließlich der Einnahme von antiretroviralen Medikamenten einhält (The Well Project, 2009). Zwar kann es grundsätzlich zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft zu einer Übertragung der Infektion kommen, doch in den meisten Fällen geschieht dies bei der Geburt. Während der Geburt kommt das Baby mit dem Blut der Mutter in Kontakt, weshalb es bei längeren Geburten häufiger zu Infektionen kommt (AIDS InfoNet, 2010).

Die Wahrscheinlichkeit einer Infektion des Babys erhöht sich (auf bis zu 35% der Kinder infizierter Mütter), wenn keine antiretroviralen Medikamente eingenommen werden und die Mütter 18 bis 24 Monate lang stillen. Die Muttermilch einer infizierten Frau ist einer der Wege, wie sich Babys mit dem HI-Virus anstecken können, obwohl hierüber noch einige Unklarheit herrscht. Es wird daher immer noch empfohlen, dass HIV-infizierte Mütter ihre Babys grundsätzlich nicht stillen sollen.

Schwangere Drogenkonsumentinnen

Es ist für eine schwangere Frau, die problematischen Drogenkonsum aufweist, nicht ratsam, den Heroinkonsum abrupt einzustellen, also einen „kalten Entzug“ zu machen. Hier sollte eine Behandlung mit Methadon gewählt werden, wobei die Dosis im zweiten Trimester der Schwangerschaft langsam reduziert werden kann. Die Methadonbehandlung sollte als Teil eines ganzheitlichen Ansatzes eingesetzt werden, der zum Beispiel psychosoziale Behandlung sowie Maßnahmen der Geburtshilfe einschließt.

Viele Frauen mit problematischem Drogenkonsum machen sich Sorgen, dass sie ihre elterlichen Rechte verlieren oder dazu gezwungen werden, ihr Kind zur Adoption freizugeben oder in die staatliche Obhut zu geben. Schwangere Frauen mit problematischem Drogenkonsum sind meist motivierter, ihr Drogenkonsum- und Risikoverhalten zu ändern. Oftmals schränken Schwangere ihren Drogenkonsum ein, um ihr Baby zu schützen. Zu diesem Zeitpunkt sind einige Schwangere auch offener für Therapieangebote. Es ist wichtig, schwangeren problematischen Drogenkonsumentinnen Substitutionsbehandlung (zum Beispiel mit Methadon) und eine durchgehende Betreuung anzubieten, da eine plötzliche Einstellung des Drogenkonsums (mit darauffolgendem Entzug) eine große Gefahr für den Fötus darstellt.

Schadensminderung

Es gibt zu wenige Ansätze der Schadensminderung in Haft, die speziell auf Frauen zugeschnitten sind.

Weibliche Gefangene sollten speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Informationen und Angebote erhalten, so zum Beispiel Information über die Wahrscheinlichkeit der HIV-Übertragung von

der Mutter auf das Kind oder beim Geschlechtsverkehr. Da weibliche Gefangene in Haft oder während eines Freigangs Geschlechtsverkehr haben können, sollten sie Zugang zu Informationen und Angeboten erhalten, die ihnen dabei helfen, sich vor Infektionskrankheiten zu schützen. Kondome sind das wirksamste Mittel zur Vermeidung einer Infektion mit HIV, Hepatitis oder einer anderen durch Geschlechtsverkehr übertragbaren Infektion (WHO, 2007). Die Verteilung von Kondomen ist eine der von UNODC und UNAIDS geforderten Maßnahmen. Für die Frauen besteht eines der größten Probleme darin, ihren Partner oder - wenn sich die Frau prostituiert - Freier davon zu überzeugen, ein Kondom zu benutzen. Es ist wichtig, dass Kondome im Gefängnis verteilt werden und Fähigkeiten entwickelt und Strategien eingeübt werden, den Geschlechtspartner vom Safer Sex zu überzeugen.

Prostituierte

In Gefängnissen gibt es besonders viele Menschen aus marginalisierten Gruppen, zu denen auch Prostituierte gehören. Studien haben gezeigt, dass es oft einen Zusammenhang zwischen sexuellen Missbrauchserfahrungen, problematischem Drogenkonsum und Prostitution gibt. Durch die Drogenabhängigkeit rutschen viele Frauen in die Prostitution ab. Viele Prostituierte Mütter haben Angst davor, dass ihnen die Kinder entzogen werden (McClelland and Newell, 2008).

Weibliche Prostituierte mit problematischem Drogenkonsum haben oft größere Schwierigkeiten adäquate Maßnahmen der Schadensminderung und eine Drogentherapie wahrzunehmen (Wechsberg et al., 2009). Schadensminderung für Drogen konsumierende Prostituierte ist problematisch, da der Drang, Geld - insbesondere für Drogen - zu verdienen, stärker sein kann als die Angst vor Gewalt und den tatsächlichen Risiken, die mit Prostitution verbunden sind (Sanders, 2007).

Besonders für Prostituierte, die nach ihrer Inhaftierung ganz von vorn anfangen wollen, ist eine geeignete Unterkunft von wesentlicher Bedeutung. Es ist wichtig, dass sie Abstand zu den Versuchungen der Straßenkultur und den Gewohnheiten ihres früheren Lebens und Umfeldes erhalten.

Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch und Gewalt

Bei inhaftierten Frauen ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie körperlichen oder sexuellen Missbrauch erfahren haben, wesentlich höher als bei Männern. Bis zu 70% der weiblichen Gefangenen wurden Opfer von schwerer körperlicher Gewalt durch einen Elternteil. 59% der weiblichen Gefangenen wurden als Kind außerdem sexuell missbraucht (Browne et al., 1999).

Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen erlebtem Missbrauch, dem dadurch entstandenen Trauma und der Straffälligkeit einer Frau. Solche Gewalterfahrungen können zu Marginalisierung und problematischem Drogenkonsum führen, wobei letzterer nicht selten wiederum zu kriminellen Handlungen führt. Auch Missbrauch in einer Partnerschaft kann zu kriminellen Handlungen führen; dies ist häufig in der Form zu beobachten, dass Frauen von ihrem Partner gezwungen werden, sich zu prostituieren.

Auch besonders vor dem Hintergrund der oben genannten Tatsache, dass Frauen oftmals körperlichen oder sexuellen Missbrauch erfahren haben, gehen die Strafvollzugsbehörden in Europa sehr wenig auf die besonderen Bedürfnisse weiblicher Gefangener ein. Im Strafjustizsystem in Europa

müssen - insbesondere im Gefängnissystem - dringend Kapazitäten aufgebaut werden, die die spezifischen Bedürfnisse dieser Frauen berücksichtigen.

Hygiene und Gesundheitsversorgung

Weibliche Gefangene haben spezifische gesundheits- und hygienebezogene Bedürfnisse, auf die die Strafvollzugsbehörden eingehen müssen. Wenn möglich sollten weibliche Gefangene Zugang zu einem Gynäkologen und Spezialisten für Frauengesundheit, zum Beispiel auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit, haben. Frauen müssen Zugang zu Damenbinden und Tampons sowie zu einer sicheren Entsorgungsmöglichkeit für blutverschmutzte Artikel haben.

Auch in der Gesellschaft außerhalb der Gefängnisse stand vielen Frauen wahrscheinlich nur eine unzureichende Gesundheitsvorsorge zur Verfügung (WHO, 2009; Zurhold, 2004). In der weiblichen Gefangenenpopulation sind alarmierend hohe Zahlen von Störungen der psychischen Gesundheit, wie PTBS (posttraumatische Belastungsstörung), Depression oder Angstzustände sowie ein Hang zu Selbstverletzung und Suizid, zu beobachten. Des Weiteren gibt es unter weiblichen Gefangenen viele Fälle von Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Für England und Wales wird zum Beispiel berichtet, dass 90% der weiblichen Gefangenen entweder eine Störung der psychischen Gesundheit, problematischen Drogenkonsum oder beides aufweisen.

Vorbereitung der Haftentlassung

Da Frauen nur einen kleinen Teil der Gefängnispopulation ausmachen, haben sie meist weniger Zugang zu schulischer Ausbildung und Fortbildungen als männliche Gefangene. Oftmals sind die Arbeiten, die sie aufnehmen können, begrenzt und umfassen Tätigkeiten wie Putzen und Nähen. Oft ist auch der Zugang zu beruflicher Ausbildung eingeschränkt. Es kann für Gefängnisverwaltungen hilfreich sein, nichtstaatliche Organisationen einzubeziehen, um den Zugang der Frauen zu Aus- und Fortbildung sowohl in Haft als auch bei der Entlassung zu verbessern.



Oftmals haben weibliche Gefangene nur begrenzt Zugang zu Freizeitaktivitäten und Ausbildungsmöglichkeiten; fragen Sie die Teilnehmer(innen), wie dies verbessert werden kann. Welche Aktivitäten könnten eingeführt werden?

Weibliche Gefangene sehen sich nach ihrer Rückkehr in die Gesellschaft vielfältigen Problemen gegenüber: neben einer möglichen Stigmatisierung haben sie mit anderen Problemen zu kämpfen, zum Beispiel Verhandlungen darüber, dass sie ihre Kinder zurückbekommen. Daher brauchen Frauen in der Zeit nach der Haftentlassung Unterstützung. Zudem brauchen Frauen mit problematischem Drogenkonsum besondere Hilfeleistungen wie Informationen über Nadelaustauschprogramme, Zugang zu Drogentherapien, Überweisungen an Beratungsstellen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit, Wohnungssuche und Kinderbetreuung. Im Rahmen solcher Maßnahmen sollten auch Probleme wie Einsamkeit, niedriges Selbstwertgefühl oder Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Depression und Schwierigkeiten in sozialen und familiären Beziehungen (einschließlich zu Kindern) behandelt werden.

Übung: Fallbeispiele

20 Minuten

➤ *PowerPoint: Folie 23*

Benötigtes Material:

Handouts der Fallbeispiele 1 und 2, die an die Teilnehmer(innen) verteilt werden (Anlage 12 und 13)

Vorgehensweise:

Wählen Sie eines der folgenden Fallbeispiele aus und fragen Sie die Gruppe, wie sie in der dargestellten Situation reagieren würde. Alternativ können Sie die Teilnehmer(innen) in zwei Gruppen aufteilen und jeder der Gruppen ein Fallbeispiel geben. Fragen Sie nach den wichtigsten Punkten, die Sie dann auf das Flipchart schreiben.

Fallbeispiel 1 (Anlage 12)

Milena ist eine 19-jährige Verkäuferin. Bei der Zugangsuntersuchung im Gefängnis bittet sie um einen Hepatitis-C-Test. Bei einem Gespräch über Risikofaktoren gibt sie zu, ab und zu Heroin zu konsumieren; außerdem vermutet sie, dass sie schwanger sein könnte.

Fallbeispiel 2 (Anlage 13)

Kinder können bei ihrer Mutter im Gefängnis bleiben, bis sie drei Jahre alt sind. Ab dem Alter von sechs Monaten müssen Kinder tagsüber im Kindergarten bleiben, während die Mutter bei der Arbeit ist. Das kann für manche Mütter sehr belastend sein. Was kann man tun, um die Mütter zu beruhigen und die Situation zu verbessern?

Übung: Verhandlung über die Verwendung eines Kondoms

20 Minuten

➤ *PowerPoint: Folie 24*

Aufgrund einer Reihe von physiologischen, psychologischen und sozialen Faktoren sind Frauen besonders anfällig dafür, sich durch Geschlechtsverkehr mit HIV zu infizieren. Es ist sehr wichtig, dass Frauen - und insbesondere weibliche Gefangene - Informationen erhalten und dabei unterstützt werden, sich selbst zu schützen. Die Verwendung eines Kondoms ist das einzige Mittel, mit dem gleichzeitig ungeplante Schwangerschaften und die Übertragung von Infektionskrankheiten vermieden werden können. Trotzdem lassen sich oftmals negative Einstellungen oder Missverständnisse hinsichtlich der Kondomverwendung beobachten. Diese Übung wird den Teilnehmer(inne)n dabei helfen, mehr über die eigenen persönlichen Einstellung zu erfahren und Missverständnisse aufzuklären. Die Übung

zielt darauf ab, eine klare Position zur Verwendung von Kondomen zu beziehen. Die Übung kann von den Teilnehmer(inne)n dazu genutzt werden, Frauen in Haft bei der Entwicklung von Verhandlungsgeschick und Überzeugungsstrategien zu unterstützen.

Benötigtes Material:

Kleine Karten mit Aussagen zur Verhandlung über die Benutzung eines Kondoms (Anlage 14)

Vorgehensweise:

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), zwei Gruppen zu bilden. Geben Sie jeder Gruppe die Hälfte der Karten, auf denen die Aussagen notiert sind. Bitten Sie die Teilnehmer(innen) einer der zwei Gruppen, eine der Aussagen laut vorzulesen und den Satz dabei mit „*Mein Partner sagt...*“ zu beginnen. Aufgabe der anderen Gruppe ist es, unter Verwendung der Formulierung „*Aber du kannst antworten...*“ auf die Aussage zu antworten. Geben Sie der antwortenden Gruppe kurz Zeit, um über ihre Ideen zu sprechen. Schließen Sie mit einer kleinen Diskussion darüber ab, warum manche Frauen darauf verzichten ein Kondom zu benutzen und darüber, welche Fähigkeiten sie benötigen, um sich selbst besser zu schützen.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

- Weibliche Gefangene haben viele unterschiedliche Bedürfnisse, die sowohl hinsichtlich der allgemeinen Gesundheitsversorgung als auch bei der Schadensminderung oft vernachlässigt werden. Hinzu kommen Schwierigkeiten, mit denen Frauen in Haft konfrontiert werden, wenn sie Zugang zu geeigneten Schadensminderungsmaßnahmen suchen. Frauen haben innerhalb wie außerhalb der Gefängnisse ähnliche Probleme, Zugang zu Drogentherapien und Schadensminderungsangeboten zu erhalten.
- Die besonderen Bedürfnisse von Frauen werden von den Strafvollzugsbehörden, die hauptsächlich auf männliche Gefangene ausgerichtet sind, oft übersehen und vernachlässigt.
- Die Gesundheitsversorgung im Gefängnis - einschließlich Schadensminderungsangeboten - sollte die gleichen sein, wie sie Männern und Frauen außerhalb des Gefängnissystems zur Verfügung steht.

3.5

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

3.6 AUSLÄNDISCHE GEFANGENE

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Insgesamt benötigte Zeit:

130 Minuten

Benötigtes Material:

- Laptop oder Desktopcomputer
- Beamer
- Flipchart, Flipchart-Papier, Klebeband
- Verschiedenfarbige Marker
- Papier und Stifte
- PowerPoint-Präsentation des Moduls

Inhalt:

- Die Teilnehmer(innen) über die spezifischen Probleme und Bedürfnisse ausländischer Gefangener im Allgemeinen und in Verbindung mit problematischem Drogenkonsum informieren.

Lernziel:

Durch dieses Modul werden die Teilnehmer(innen) etwas lernen über

- die besonderen Bedürfnisse ausländischer Gefangener,
- Ansätze zur Bewältigung von bestehenden Problemen.

Am Ende des Moduls sind sich die Teilnehmer(innen) der spezifischen Probleme und Bedürfnisse ausländischer Gefangener bewusst und für Lösungsstrategien sensibilisiert.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Ausländer in Haft (90 Minuten)

- Vortrag: Ausländische Gefangene; Definition und Fakten – 15 Minuten
- Übung: Brainstorming über mögliche Probleme ausländischer Gefangener – 15 Minuten
- Vortrag: Besondere Bedürfnisse ausländischer Gefangener – 30 Minuten
- Übung: Die besondere Situation in Haft und Ansätze zur Problembewältigung - 30 Minuten

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:

UNODC (2009). *Handbook on Prisoners with special needs*. Criminal Justice Handbook Series. Vienna: UNODC.
<http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Prisoners-with-special-needs.pdf> (Letzter Stand: 8.10.2009)

Nützliche Internetseite:

World Prison Brief. www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/world_brief.html
(Letzter Stand: 15.10.2009)

Einleitung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

In ganz Europa steigt die Zahl der ausländischen Gefangenen an. Viele von ihnen wurden wegen Drogendelikten inhaftiert, einige haben ein behandlungsbedürftiges Drogenproblem. Isolation, Sprachprobleme, kulturelle Unterschiede und die mögliche Abschiebung sind nur einige der Hauptprobleme ausländischer Gefangener. Da die meisten Justizvollzugsmitarbeiter(innen) wahrscheinlich wenig über die spezifischen Bedürfnisse ausländischer Gefangener wissen, bezieht sich diese Modul vor allem auf die allgemeinen Belange/Probleme dieser Gruppe. Das Modul geht weiter auf Probleme ein, die infolge von problematischem Drogenkonsum auftreten können.

Für dieses Modul kann es von Nutzen sein, eine(n) ehemalige(n) ausländische(n) Gefangene(n) einzuladen, der von seiner bzw. ihrer Zeit in Haft berichten kann.

Dieses Modul weist starke Ähnlichkeiten mit dem Modul zu Gefangenen aus ethnischen Minderheiten auf. Sie sollten das Modul auswählen, das am besten zur jeweiligen Situation in dem Gefängnis bzw. dem Land, in dem die Fortbildung stattfindet, passt.

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher“, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

Ausländer in Haft

Insgesamt benötigte Zeit: 90 Minuten

Vortrag: Ausländische Gefangene – Definition und Fakten

15 Minuten

➤ *PowerPoint: Folien 3-7*



Gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen und die Teilnehmer(innen) aktiv miteinbeziehen. Beginnen Sie den Vortrag beispielsweise, indem Sie die Teilnehmer(innen) bitten, die verschiedenen Nationalitäten der Gefangenen in ihrem Gefängnis zu nennen und diese auf das Flipchart schreiben.

Wie definieren wir ausländische Gefangene?

Ausländische Gefangene sind Gefangene, die nicht die Staatsbürgerschaft des Landes besitzen, in dem sie inhaftiert sind, einschließlich

- solcher, die für eine längere Zeit in diesem Land gelebt haben, ohne eingebürgert worden zu sein, und
- solcher, die sich nur kurze Zeit in dem Land aufgehalten haben, in dem sie inhaftiert wurden.

Die Gruppe der ausländischen Gefangenen ist sehr heterogen mit vielen verschiedenen nationalen, kulturellen und religiösen Hintergründen; dadurch wird es schwierig, auf ihre spezifischen Bedürfnisse einzugehen. Es ist dennoch von wesentlicher Bedeutung, auf die jeweilige Kultur zugeschnittene Maßnahmen umzusetzen, insbesondere geeignete Gesundheitsvorsorge- und Schadensminderungsmaßnahmen.

Ausländische Gefangene – Zahlen und Fakten

- Durch Globalisierung, Migration, Drogenhandel und Kriminalität über Landesgrenzen hinweg steigt die Anzahl ausländischer Gefangener nicht nur in Europa sondern weltweit an.
- Ausländische Gefangene machen etwa 21% der Gefängnisbevölkerung in Europa aus (was im Jahre 2006 insgesamt 103.000 Gefangenen entsprach) (UNODC 2009).
- Wenn Gefangene mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden, die die Staatsbürgerschaft des Landes, in dem sie inhaftiert sind, besitzen, sind die oben genannten Zahlen noch höher.
- Die Zahl der ausländischen Gefangenen nimmt in Europa sowohl absolut als auch relativ gesehen zu.

- Die Anteile betragen je nach Land bis maximal zwischen 40 und 70% (in der Schweiz sind zum Beispiel 71% der Gefängnispopulation ausländische Gefangene) (vgl. http://www.nationmaster.com/graph/cr_i_pri_for_pri-crime-prisoners-foreign).
- In vielen Ländern werden Menschen inhaftiert, wenn sie gegen das Einwanderungsgesetz verstoßen haben; dies kann sich dann im hohen Anteil ausländischer Gefangener in der Gefängnispopulation niederschlagen.
- Ausländische Gefangene sind meist sozio-ökonomisch benachteiligt und hatten oftmals vor ihrer Inhaftierung keine angemessene Gesundheitsversorgung und Drogentherapie zur Verfügung.

Besonders viele ausländische Gefangene gibt es in Ländern mit hohem Anteil ausländischer Arbeitskräfte. Durch die härteren Strafen bei Eigentums- und Drogendelikten in vielen europäischen Ländern hat nicht nur die Gefangenenpopulation an Umfang zugenommen; besonders betroffen sind die sozial und finanziell benachteiligten Menschen aus Minderheitengruppen wie Ausländer.

Auswirkungen auf das Gefängnis

Es ist von wesentlicher Bedeutung, Strategien in Haftanstalten zu entwickeln und umzusetzen, die auf ausländische Gefangene und ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Durch die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse ausländischer Gefangener können Spannungen im Gefängnis abgebaut und die Führung der Gefangenen verbessert werden. Aus Sicht der ausländischen Gefangenen tragen solche Strategien zu einer besseren Integration bei sowie zu einer verbesserten Inanspruchnahme verschiedener Leistungen. Auf ausländische Gefangene zugeschnittene Leistungen – zum Beispiel für Ausländer mit problematischem Drogenkonsum und/oder psychischen Störungen – tragen zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation bei.

Übung: Brainstorming über mögliche Probleme ausländischer Gefangener

15 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 8**

Benötigtes Material:

Flipchart, an die Wand geklebt Flipchart-Papier, Klebeband, Papier, Stifte, Marker

Vorgehensweise:

Beginnen Sie, indem Sie Papier und Stifte verteilen und die Teilnehmer(innen) fragen, mit welchen Problemen ausländische Gefangene ihrer Meinung nach im Gefängnis konfrontiert sind. Geben Sie wenn nötig ein Beispiel.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), so schnell wie möglich fünf Wörter bzw. Assoziationen aufzuschreiben. Zeitdruck führt normalerweise dazu, dass die Wörter schneller aufgeschrieben werden und weniger über sie nachgedacht wird.

Wenn alle ihre Wörter aufgeschrieben haben, bitten Sie den ersten Teilnehmer bzw. die erste Teilnehmerin, das erste Wort in seiner bzw. ihrer Liste vorzulesen, und schreiben es auf ein Stück Flipchart-Papier, das im Raum an die Wand geklebt ist. Wenn die anderen Teilnehmer(innen) dieses Wort aufgeschrieben haben, bitten Sie sie, es aus ihren eigenen Listen zu streichen. Gehen Sie dann weiter zum nächsten Teilnehmer bzw. zur nächsten Teilnehmerin über, bitten Sie diese Person, ihr erstes Wort zu sagen, schreiben Sie es auf das Flipchart und lassen Sie die anderen Teilnehmer(innen) dieses Wort aus ihrer Liste streichen. Machen Sie so weiter, bis alle Wörter der Teilnehmer(innen) vorgelesen worden sind. Schreiben Sie die Wörter groß genug auf das Flipchart-Papier an der Wand, damit sie besser lesbar sind.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich die Wörter kurz anzuschauen, lesen Sie sie erneut vor und überlegen Sie, wie man sie gruppieren kann.

Vortrag: Besondere Bedürfnisse ausländischer Gefangener

30 Minuten

➤ PowerPoint: Folien 9-19



Nehmen Sie während des Vortrags immer wieder Bezug auf die Antworten der Teilnehmer(innen) und gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen und die Teilnehmer(innen) aktiv miteinbeziehen.

Ausländische Gefangene haben Bedürfnisse, die sich von denen anderer Gefangener unterscheiden. Dabei ist zu betonen, dass weibliche ausländische Gefangene aufgrund höherer Zahlen von problematischem Drogenkonsum, aufgrund von Isolation und Trennung von der Familie und dem sozialen Umfeld sowie durch Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft eine besonders vulnerable Gruppe sind.

Zugang zum Rechtssystem

Ausländische Gefangene haben möglicherweise aufgrund kultureller Unterschiede und mangelnder Sprachkenntnisse ein eingeschränktes Verständnis des Rechtssystems des Landes, in dem sie inhaftiert sind. Sprachbarrieren, mangelnde Kenntnis ihrer Rechte sowie fehlende soziale Netzwerke können die Suche nach einem geeigneten Rechtsbeistand erheblich erschweren. Hinzu kommt, dass von ausländischen Gefangenen in einigen Ländern während des Verhörs verlangt wird, ein Geständnis zu unterschreiben, das sie vielleicht nicht verstehen.

Isolation

Gefangenen, die nicht aus dem Land stammen, in dem sie inhaftiert sind, oder die erst vor kurzer Zeit angekommen sind, fehlt häufig der Kontakt zu ihren Familien und ihrem sozialen Umfeld, also der Rückhalt, der für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft wichtig ist. Ausländische Gefangene wissen oft nichts von ihrem Recht, den diplomatischen Vertreter ihres Herkunftslandes zu

kontaktieren. Dieser Kontakt ist nichtsdestotrotz kein angemessener Ersatz für die Unterstützung durch Familie und Freunde.

Ein großer Teil der ausländischen Gefangenen wurde aufgrund von Drogendelikten inhaftiert. Ganz besonders hoch ist der Anteil bei den inhaftierten Frauen. Im Vereinigten Königreich sind 20% aller weiblichen Gefangenen Ausländer, und 80% von ihnen wurden wegen Drogendelikten verurteilt. Viele dieser Frauen haben Kinder, das heißt deren Isolation wird nicht nur durch die Trennung von der Familie und des sozialen Umfelds verschlimmert, sondern auch durch die Trennung von ihren Kindern.

Sprachbarrieren

Sprachliche Barrieren tragen zu der von vielen ausländischen Gefangenen erlebten Isolation bei.



Fragen Sie die Teilnehmer(innen), was für Erfahrungen Sie mit möglichen Sprachbarrieren im Umgang mit ausländischen Gefangenen haben.

Sprachliche Barrieren ausländischer Gefangener können die Isolation verstärken und Unsicherheit hervorrufen, die Regelverstöße zur Folge haben können, und so zu weiteren Problemen im Haftalltag führen, hierunter:

- Gestörte Kommunikation mit anderen Gefangenen und Justizvollzugsmitarbeiter(inne)n
- Ausschluss aus vielen Aktivitäten im Gefängnis
- Mangelndes Verständnis der Gefängnisregeln; dies führt zu einem mangelnden Verständnis ihrer Rechte und Pflichten und kann zur Folge haben, dass sie unbeabsichtigt gegen Regeln verstoßen
- Ausschluss von bestimmten Leistungen, da Anträge häufig schriftlich gestellt werden müssen (zum Beispiel für einen Termin beim Arzt oder dem Gefängnisdirektor, zur Teilnahme an Drogentherapien usw.)
- Abhängigkeit von Dolmetschern (manchmal stellen sich auch andere Gefangene als Dolmetscher zur Verfügung. Besonders wenn es um vertrauliche Informationen, medizinische oder psychologische Belange geht, ist dies problematisch).

Aufenthaltsgenehmigung

Ausländische Gefangene können ihre Aufenthaltsgenehmigung für das Land verlieren, in dem sie inhaftiert sind. In manchen Ländern können auch Ausländer, die schon lange Zeit im Land gelebt haben, nach ihrer Haftentlassung in ihr Heimatland abgeschoben werden. In einigen Fällen haben diese Menschen gar keine Bindung mehr zu ihrem Heimatland oder sprechen die jeweilige Sprache nicht, weil sie schon so lange in dem Land gelebt haben, in dem sie in Haft waren.

Grundsätzlich wissen Gefangene wenig über Einwanderungsgesetze und kennen ihre Rechte und Pflichten oftmals nicht. Eine Zusammenarbeit zwischen Einwanderungsbehörden und der Gefängnisverwaltung findet meist nicht statt.

Diskriminierung

Ausländische Gefangene können in Haft benachteiligt und diskriminiert werden. Diskriminierung kann sich in verbaler und physischer Gewalt äußern, oder unterschwelliger durch:

- die Sicherheitsstufe, in der sie untergebracht sind,
- die Art ihrer Unterbringung,
- die Anzahl der ihnen auferlegten Disziplinarstrafen,
- Durchsuchungsverfahren und -methoden,
- die Art der ihnen zugeteilten Arbeit (wenn ihnen überhaupt eine Arbeit zugeteilt wurde).

Wie bereits erwähnt, können mögliche Sprachbarrieren es dem Gefangenen zusätzlich erschweren, an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben. Dies können neben Ausbildung und diversen Schulungen auch Aktivitäten zum Thema Drogenprävention und Schadensminderung sein.

Hafturlaube oder Freigänge werden ausländischen Gefangenen oft nicht gewährt, da befürchtet wird, dass sie außer Landes fliehen. Besonders Gefangene, die keine feste Adresse haben oder die nach ihrer Haftentlassung abgeschoben werden, werden meist von Hafturlauben und Freigängen ausgeschlossen. Manchmal werden ausländische Gefangene indirekt diskriminiert, weil sie nicht an der erforderlichen Anzahl an Aktivitäten/Programmen teilnehmen können, die sie für einen Freigang qualifizieren würde.

Darüber hinaus werden Haftalternativen bei ausländischen Gefangenen oftmals nicht in Betracht gezogen, da die Angst besteht, der Gefangene könnte außer Landes fliehen. Alternativen zum Gefängnis, wie zum Beispiel Therapien für Drogenabhängige, finden sich daher weniger häufig.

Gesundheit

Ausländische Gefangene haben oft psychische Störungen, die durch (problematischen) Drogenkonsum ausgelöst werden oder zu selbigem führen können. Psychologische Betreuung oder Drogentherapien, die die kulturellen Unterschiede berücksichtigen, sind in europäischen Gefängnissen sehr selten.

Für manche Gruppen von Ausländern ist das Risiko, sich aufgrund von Drogenmissbrauch mit Infektionskrankheiten anzustecken und gesundheitliche Probleme zu bekommen besonders hoch. Ausländische Gefangene haben oft aufgrund ihrer sozio-ökonomischen Marginalisierung in der Gesellschaft besondere Bedürfnisse in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung. Diejenigen mit problematischem Drogenkonsum haben vor ihrer Inhaftierung möglicherweise nur unzureichende präventive Gesundheitsversorgung sowie allgemeine medizinische Versorgung und wenige oder gar keine Behandlung ihrer Abhängigkeit erhalten. Frauen bilden dabei wiederum eine besonders benachteiligte Gruppe, da es in manchen Ländern wenig frauenspezifische Ansätze gibt.

Kultur und Religion

Ausländische Gefangene können spezielle kulturelle und religiöse Bedürfnisse haben wie:

- Gebetsräume
- Besondere Ernährung
- Hygieneerfordernisse

Psychologische Unterstützung, zum Beispiel für drogenabhängige ausländische Gefangene, ist aufgrund der kulturellen Unterschiede, so zum Beispiel unterschiedliche Konzepte von Drogenabhängigkeit je nach Herkunft des Gefangenen, meist unzureichend.

Haftentlassung

Ausländische Gefangene sind meist schlecht auf ihre Entlassung vorbereitet, da sie an den speziellen Programmen zur Vorbereitung auf die Entlassung nicht teilnehmen können und nur wenig Kontakt zu ihrer Familie und dem restlichen sozialen Umfeld haben. Hinzu kommt, dass ausländische Gefangene eventuell keinen Anspruch auf Sozialleistungen nach der Haftentlassung haben.

Wenn ein Gefangener nach seiner Freilassung abgeschoben wird, bleibt oft wenig Zeit, die Familie im Heimatland zu informieren. Vorbereitende Maßnahmen für die Zeit nach der Haftentlassung im Heimatland gibt es meist nicht. Eine Zusammenarbeit hinsichtlich der Haftentlassung zwischen dem Land, in dem der Gefangene seine Strafe verbüßt hat, und seinem Heimatland gibt es gewöhnlich nicht.

Übung: Die besondere Situation in Haft und Ansätze zur Problembewältigung

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 20**

Vorgehensweise:

Stellen Sie die Stühle so auf, dass die Teilnehmer(innen) in einem Kreis sitzen. Fragen Sie die Teilnehmer(innen), wie in ihrem Gefängnis über die oben genannten Aspekte gedacht wird. Fragen Sie sie, ob es bestimmte Strategien gibt, die auf die Bedürfnisse ausländischer Gefangener zugeschnitten sind, sowohl allgemein als auch in Bezug auf Schadensminderung; was kann nach Meinung der Teilnehmer(innen) zur Verbesserung der Situation getan werden?

Was kann getan werden? Methoden und Strategien:

- In Gefängnissen, in denen es vergleichsweise viele ausländische Gefangene gibt, sollte ein Ausländerbeauftragter ernannt werden.
- Unter den Gefangenen könnten „Selbsthilfegruppen“ gebildet werden, die zum Beispiel bei Anträgen behilflich sind.
- Informationen über die Rechte von Gefangenen sollten in verschiedenen Sprachen zur Verfügung gestellt werden.
- Es sollten Informationen und Kontaktdaten der einschlägigen NROs zur Verfügung gestellt werden, die ausländischen Gefangenen helfen können.

- Gefangene sollten über ihr Recht zur Kontaktaufnahme mit diplomatischen Vertretern informiert werden.
- Es sollten Dolmetscher eingesetzt werden.
- Die Gefängnisregeln und -bestimmungen sollten in verschiedenen Sprachen verfügbar gemacht werden.
- Jedem Gefangenen sollte nach seiner bzw. ihrer Inhaftierung eine Kopie dieser Regeln übergeben werden.
- Darüber hinaus sollten dem Gefangenen die Regeln und Bestimmungen sorgfältig in seiner bzw. ihrer Sprache erläutert werden.
- Den Gefangenen sollten Sprachkurse angeboten werden.
- Es sollte Informationsmaterial über die Übertragung von HIV/AIDS und anderen Infektionskrankheiten in verschiedenen Sprachen bereitgestellt werden.
- Es sollten spezielle Drogenberatungsdienste und NROs, die für das Thema Migration und Drogenkonsum sensibilisiert sind, angeboten werden.
- Gefangene sollten Zugang zu einem Seelsorger ihrer Religion haben.
- Es sollte Rücksicht auf die spezifischen Ernährungsgewohnheiten und –Erfordernisse genommen werden.
- Es sollte der gleiche Zugang zu Bildung, Ausbildung und anderen Schulungsprogrammen gewährt werden, notfalls unter Zuhilfenahme von Dolmetschern.
- Der Zugang zu Arbeit sollte für alle gleich sein.
- Für ausländische Gefangene mit problematischem Drogenkonsum sollten Alternativen zum Gefängnis geschaffen werden.
- Das medizinische Personal sollte die Vorstellungen des Patienten bzw. der Patientin bezüglich seiner bzw. ihrer gesundheitlichen Probleme berücksichtigen und (wenn möglich) traditionelle Praktiken in die Behandlung miteinbeziehen.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

3.6

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

- Durch Globalisierung, Migration, Drogenhandel und Kriminalität über Landesgrenzen hinweg steigt die Anzahl ausländischer Gefangener in Europa und weltweit an.
- Ausländische Gefangene sind meist sozio-ökonomisch benachteiligt und hatten schon vor ihrer Inhaftierung keine angemessene Gesundheitsversorgung und Drogentherapie zur Verfügung.
- Die Bedürfnisse von ausländischen Gefangenen unterscheiden sich von denen anderer Mitglieder der Gefängnisbevölkerung; sie leiden oft unter Isolation.
- Es gibt Strategien, wie den besonderen Bedürfnissen ausländischer Gefangener entsprochen werden kann.

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

3.7 GEFANGENE AUS ETHNISCHEN MINDERHEITEN

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Insgesamt benötigte Zeit:

130 Minuten

Benötigtes Material:

- Laptop oder Desktopcomputer
- Beamer
- Flipchart, Flipchart-Papier, Klebeband
- Verschiedenfarbige Marker
- Papier und Stifte
- PowerPoint-Präsentation des Moduls

Inhalt:

- Die Teilnehmer(innen) über die besonderen Probleme und Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten allgemein und in Verbindung mit problematischem Drogenkonsum informieren.

Lernerziel:

Durch dieses Modul werden die Teilnehmer(innen) etwas lernen über

- die besonderen Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten,
- Ansätze zur Bewältigung spezifischer Probleme.

Am Ende des Moduls sind sich die Teilnehmer(innen) der spezifischen Probleme und Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten bewusst und für Lösungsstrategien sensibilisiert.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Ethnische Minderheiten im Gefängnis (90 Minuten)

- Vortrag: Gefangene aus ethnischen Minderheiten; Definition und Fakten – 15 Minuten
- Übung: Brainstorming über mögliche Probleme ethnischer Minderheiten in Haft – 15 Minuten
- Vortrag: Besondere Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten – 30 Minuten
- Übung: Die besondere Situation in Haft und Ansätze zur Problembewältigung - 30 Minuten

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:

UNODC (2009). *Handbook on Prisoners with special needs*. Criminal Justice Handbook Series. Vienna: UNODC.
<http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Prisoners-with-special-needs.pdf> (Letzter Stand: 8.10.2009)

Nützliche Internetseite:

World Prison Brief.
www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/world_brief.html (Letzter Stand: 15.10.2009)

Einleitung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

Viele Gefangene in europäischen Gefängnissen gehören einer ethnischen Minderheit an. Das können von Land zu Land ganz verschiedene ethnische Gruppen sein. In vielen Fällen bedeutet die Herkunft aus einer ethnischen Minderheit nicht nur, dass viele kulturelle und religiöse Werte von denen der Mehrheit abweichen, sondern auch, dass man sich durch Vorurteile und Segregation ausgeschlossen fühlt.

In ganz Europa steigt die Zahl der Gefangenen aus ethnischen Minderheiten an. Viele von ihnen wurden wegen Drogendelikten inhaftiert, einige davon haben ein behandlungsbedürftiges Drogenproblem. Diskriminierung, gesundheitliche Probleme und kulturelle Unterschiede sind nur einige der Hauptprobleme von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten in Haft. Da die meisten Justizvollzugsmitarbeiter(innen) wahrscheinlich wenig über die spezifischen Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten wissen, bezieht sich diese Modul vor allem auf die allgemeinen Belange/Probleme dieser Gruppe. Das Modul geht weiter auf Probleme ein, die infolge von problematischem Drogenkonsum auftreten können.

Für dieses Modul kann es von Nutzen sein, eine(n) ehemalige(n) Gefangene(n) aus einer ethnischen Minderheit einzuladen, der von seiner bzw. ihrer Zeit in Haft berichten kann.

Dieses Modul weist starke Ähnlichkeit mit dem Modul über ausländische Gefangene auf. Es sollte das Modul ausgewählt werden, das am besten zur jeweiligen Situation in dem Gefängnis bzw. dem Land passt, in dem die Fortbildung stattfindet,

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher“, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

Gefangene aus ethnischen Minderheiten

Insgesamt benötigte Zeit: 90 Minuten

Vortrag: Gefangene aus ethnischen Minderheiten – Definition und Fakten

15 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 3-7**



Gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen und die Teilnehmer(innen) aktiv miteinbeziehen. Beginnen Sie den Vortrag zum Beispiel, indem Sie die Teilnehmer(innen) bitten, die verschiedene ethnische Herkunft der Gefangenen in ihrem Gefängnis zu benennen, und schreiben Sie sie auf das Flipchart.

Wie definieren wir einen Gefangenen aus einer ethnischen Minderheit?

Der Begriff „ethnische Minderheit“ ist sehr weit gefasst und schließt alle Menschen ein, die aus ethnischen Gruppen stammen, die nicht der Mehrheit in einem Land entspricht. Der Begriff „ethnische Gruppe“ bezeichnet „eine Gruppe von Menschen mit den gleichen Normen, Werten, Überzeugungen und Praktiken, meist auch mit der gleichen Abstammung“. Ein Beispiel für eine ethnische Minderheit ist die schwarze Bevölkerung in den USA.

Jedes Land in Europa hat seine eigenen ethnischen Minderheiten, jeweils mit ihren eigenen Charakteristika. Tatsächlich ist es so, dass sich die Auffassungen des Begriffs der „ethnischen Minderheit“ von Land zu Land unterscheiden. In manchen Ländern besteht die größte oder bekannteste ethnische Minderheit aus einheimischen Gruppen, wie die Deutschen in den Baltischen Staaten und die Ungarn in Rumänien. In anderen Ländern bestehen die größten ethnischen Minderheiten aus ehemaligen Migrant(inn)en, wie zum Beispiel die afrokaribischen und asiatischen Menschen im Vereinigten Königreich oder die Türken in Deutschland.

Der Begriff „ethnische Minderheit“ kann sich auf eine Minderheitengruppe in einem Land mit einem anderen ethnischen Ursprung oder Personen mit Migrationshintergrund beziehen (kürzlich eingewanderte Menschen und/oder Migrant(inn)en in zweiter oder dritter Generation). In den meisten Ländern gibt es keine nach der ethnischen Zugehörigkeit aufgeschlüsselten Daten über Gefangene, daher können wir uns lediglich auf Schätzungen stützen.

- Meist gehören ethnische Minderheiten zu den ärmsten und am stärksten marginalisierten Gruppen der Gesellschaft.
- Ein großer Teil der Gefängnisbevölkerung besteht aus Menschen aus ethnischen Minderheiten (im Vereinigten Königreich beispielsweise machen sie etwa ein Viertel der gesamten Gefangenengruppe aus).
- Der Anteil ethnischer Minderheiten in Gefängnissen in Europa nimmt zu.
- Ethnischen Minderheiten standen oft schon vor ihrer Inhaftierung keine angemessene Gesundheitsversorgung und Drogentherapie zur Verfügung.
- Bestimmte ethnische Gruppen tendieren eher zu problematischem Drogenkonsum als andere (zum Beispiel Spätaussiedler).

Härtere Strafen für Eigentums- und Drogendelikte in vielen europäischen Ländern haben nicht nur zu einem Anstieg der Gefangenenpopulation geführt, sondern sie hatten auch spürbare Folgen für sozial und finanziell benachteiligte Menschen aus Minderheitengruppen.

Die Gruppe der Gefangenen aus ethnischen Minderheiten ist sehr heterogen mit vielen verschiedenen nationalen, kulturellen und religiösen Hintergründen; dadurch wird es schwierig, auf ihre spezifischen Bedürfnisse einzugehen. Es ist dennoch von wesentlicher Bedeutung, Maßnahmen umzusetzen, die auf die jeweilige Kultur zugeschnitten sind, insbesondere geeignete Gesundheitsvorsorge- und Schadensminderungsmaßnahmen.

Auswirkungen auf das Gefängnis

Es ist von wesentlicher Bedeutung, Strategien in Haftanstalten zu entwickeln und umzusetzen, die auf Gefangene aus ethnischen Minderheiten und ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Durch die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten können Spannungen im Gefängnis abgebaut und die Führung der Gefangenen verbessert werden. Aus Sicht der Gefangenen aus ethnischen Minderheiten tragen solche Strategien zu einer besseren Integration bei sowie zu einer verbesserten Inanspruchnahme verschiedener Leistungen. Auf Gefangene aus ethnischen Minderheiten zugeschnittene Leistungen - zum Beispiel für diejenigen mit problematischem Drogenkonsum und/oder psychischen Störungen - tragen zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation bei.

Durch die Inhaftierung werden benachteiligte Mitglieder ethnischer Minderheiten weiter marginalisiert, was zu einem „Drehtüreffekt“, das heißt erneuter Inhaftierung führen kann. Die Inhaftierung kann weiter zur Folge haben, dass Stereotypen und die Diskriminierung ethnischer Minderheiten verfestigt werden.

Übung: Brainstorming über mögliche Probleme ethnischer Minderheiten in Haft

15 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 8**

Benötigtes Material:

Flipchart, an die Wand geklebtes Flipchart-Papier, Klebeband, Papier, Stifte, Marker

Vorgehensweise:

Beginnen Sie, indem Sie Papier und Stifte verteilen und die Teilnehmer(innen) fragen, mit welchen Problemen ethnische Minderheiten ihrer Meinung nach im Gefängnis konfrontiert sind. Geben Sie wenn nötig ein Beispiel.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), so schnell wie möglich fünf Wörter bzw. Assoziationen aufzuschreiben. Zeitdruck führt normalerweise dazu, dass die Wörter schneller aufgeschrieben werden und weniger über sie nachgedacht wird.

Wenn alle ihre Wörter aufgeschrieben haben, bitten Sie den ersten Teilnehmer bzw. die erste Teilnehmerin, das erste Wort in seiner bzw. ihrer Liste vorzulesen, und schreiben es auf ein Flipchart-Papier, das im Raum an die Wand geklebt ist. Wenn die anderen Teilnehmer(innen) dieses Wort aufgeschrieben haben, bitten Sie sie, es aus ihren eigenen Listen zu streichen. Gehen Sie dann weiter zum nächsten Teilnehmer bzw. zur nächsten Teilnehmerin über, bitten Sie diese Person, ihr erstes Wort zu sagen, schreiben Sie es auf das Flipchart und lassen Sie die anderen Teilnehmer(innen) dieses Wort aus ihrer Liste streichen. Machen Sie so weiter, bis alle Wörter der Teilnehmer(innen) vorgelesen worden sind. Schreiben Sie die Wörter groß genug auf das Flipchart-Papier an der Wand, damit sie besser lesbar sind.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich die Wörter kurz anzuschauen, lesen Sie sie erneut vor und überlegen Sie, wie man sie gruppieren kann.

Vortrag: Besondere Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 9-17**



Nehmen Sie während des Vortrags immer wieder Bezug auf die Antworten der Teilnehmer(innen) und gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen und die Teilnehmer(innen) aktiv miteinbeziehen.

3.7

Gefangene aus ethnischen Minderheiten bilden eine vulnerable Gruppe im Gefängnis. Aufgrund ihres jeweiligen kulturellen Hintergrunds einschließlich ihrer Tradition, Religion und Sprache unterscheiden sich ihre Bedürfnisse von denen anderer Gefangener. Dabei ist zu betonen, dass weibliche Gefangene aus ethnischen Minderheiten aufgrund höherer Anteile von problematischem Drogenkonsum, durch Isolation und Trennung von der Familie und dem sozialen Umfeld sowie durch Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft eine besonders vulnerable Gruppe sind.

Zugang zum Rechtssystem

Gefangene aus ethnischen Minderheiten haben in der Vergangenheit möglicherweise schlechte Erfahrungen mit dem Strafjustizsystem gemacht, aufgrund möglicher Vorurteile aufseiten der Behörden. Durch wahrgenommene Vorurteilen kann es auch zu einer gewissen Erwartungshaltung in Bezug auf

schlechte Behandlung kommen. So werden zum Beispiel Mitglieder einer ethnischen Minderheit eher Opfer einer Straftat als Mitglieder der Mehrheitsgemeinschaft; sie werden auch härter bestraft als ihre Mitmenschen. Die Stellen im Rechtssystem sind fast ausschließlich mit Mitgliedern der ethnischen Mehrheit besetzt, während ethnische Minderheiten sowohl im Strafvollzugs- als auch im Polizeidienst unterrepräsentiert sind.

Diskriminierung

Gefangene aus ethnischen Minderheiten können in Haft benachteiligt und diskriminiert werden. Diskriminierung kann sich in verbaler und physischer Gewalt äußern, oder unterschwelliger durch:

- die Sicherheitsstufe, in der Gefangene aus ethnischen Minderheiten untergebracht sind,
- die Art ihrer Unterbringung,
- die Anzahl der ihnen auferlegten Disziplinarstrafen,
- Durchsuchungsverfahren und -methoden,
- die Art der ihnen zugeteilten Arbeit (wenn ihnen überhaupt eine Arbeit zugeteilt wurde).

Der Zugang zu Bildung, Gesundheitsversorgung und verschiedenen Aktivitäten im Gefängnis kann für ethnische Minderheiten erschwert sein, wodurch sie häufiger rückfällig werden und nach der Haftentlassung Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft haben.

Sprachbarrieren können es dem Gefangenen zusätzlich erschweren, an Aktivitäten im Gefängnis teilzunehmen. Diese können neben Ausbildung und diversen Schulungen auch Programme zum Thema Drogenprävention und Schadensminderung sein.

Gefangene aus ethnischen Minderheiten erhalten oftmals keinen Hafturlaub oder Freigang, da sie häufiger Disziplinarstrafen erhalten oder sie nicht an der erforderlichen Anzahl an Aktivitäten/Programmen teilnehmen können, die sie für einen Freigang qualifizieren würde.

Familie und soziales Umfeld

Für manche ethnische Minderheitengruppen ist die Trennung von ihrer Familie und der Gemeinde besonders schmerzhaft. Manche ethnische Gruppen sehen die Familie als zentralen Punkt für das Funktionieren der Gemeinschaft und das Wohlergehen des Einzelnen an. Auf der anderen Seite können bestehende Verbindungen zu Familie und Gemeinde zur sozialen Wiedereingliederung beitragen und schädlichen Wirkungen der Inhaftierung entgegenwirken.

Sprachbarrieren

Mangelnde Sprachkenntnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten können zu Problemen im Haftalltag führen, deren Isolation verstärken und zum Beispiel Unsicherheit hervorrufen, die Regelverstöße zur Folge haben können. Frustration über die Unfähigkeit, sich mitzuteilen, kann außerdem zu aggressiven Verhalten führen. Zu den möglichen Problemen gehören:

- Gestörte Kommunikation mit anderen Gefangenen und Justizvollzugsmitarbeiter(inne)n
- Ausschluss aus vielen Aktivitäten im Gefängnis

- Mangelndes Verständnis der Gefängnisregeln - dies führt zu einem mangelnden Verständnis ihrer Rechte und Pflichten und kann zur Folge haben, dass sie unbeabsichtigt gegen Regeln verstoßen
- Ausschluss von bestimmten Leistungen, da Anträge häufig schriftlich gestellt werden müssen (zum Beispiel für einen Termin beim Arzt oder dem Gefängnisdirektor, zur Teilnahme an Drogentherapien usw.)
- Abhängigkeit von Dolmetschern (manchmal stellen sich auch andere Gefangene als Dolmetscher zur Verfügung). Besonders wenn es um vertrauliche Informationen, medizinische oder psychologische Belange geht, ist dies problematisch.

Kultur und Religion

Gefangene aus ethnischen Minderheiten können spezielle kulturelle und religiöse Bedürfnisse haben wie:

- Gebetsräume
- Besondere Ernährung
- Hygieneerfordernisse

Psychologische Unterstützung, zum Beispiel für drogenabhängige Gefangene, ist aufgrund der kulturellen Unterschiede, so zum Beispiel unterschiedliche Konzepte von Drogenabhängigkeit je nach Herkunft des Gefangenen, meist unzureichend.

Gesundheit

Gefangene aus einer ethnischen Minderheit weisen häufiger physische und psychische Störungen auf. Im Vereinigten Königreich zum Beispiel finden sich selbstverletzende Handlungen bei Menschen aus der karibischen, irischen und pakistanischen Gemeinden überdurchschnittlich oft, während bei Menschen mit ägyptischer oder asiatischer Herkunft häufig Bulimie und Anorexia nervosa zu beobachten sind. Psychologische Betreuung, die kulturelle Unterschiede berücksichtigt, ist in europäischen Gefängnissen sehr selten.

Bei Gefangenen aus ethnischen Minderheiten sind oftmals Störungen der psychischen Gesundheit zu beobachten, die durch (problematischen) Drogenkonsum ausgelöst werden oder zu selbigem führen können. Drogenkonsum, drogenbedingte Probleme und die zu ihrer Behandlung nötigen Maßnahmen können in verschiedenen Gesellschaften und Kulturen anders aussehen. Die „Kultur“ beeinflusst oft, welche Substanzen konsumiert werden und wie der Konsum erfolgt. In einer ethnischen Minderheit können sich im Muster des Konsums einer Substanz die Konsummuster ihrer Herkunftskultur spiegeln. Drogentherapien, die die kulturellen Unterschiede berücksichtigen, sind in europäischen Gefängnissen sehr selten. Frauen bilden dabei wiederum eine besonders benachteiligte Gruppe, da es in manchen Ländern wenig frauenspezifische Ansätze gibt.

Haftentlassung

Bei Gefangenen aus ethnischen Minderheiten besteht die Gefahr, dass sie nur unzureichend auf ihre Entlassung aus dem Gefängnis vorbereitet werden, obwohl sie eigentlich aufgrund ihrer sozio-

ökonomischen Marginalisierung oftmals mehr Hilfe bräuchten. Bei der Unterstützung wird der besondere kulturelle Hintergrund oftmals nicht berücksichtigt, und Vorurteile und Diskriminierung finden sich auch bei Bewährungs- und Sozialdiensten. Das Stigma der Inhaftierung stellt besonders für Frauen aus ethnischen Minderheiten ein Problem dar. Sie werden möglicherweise von ihrer Gemeinde nicht mehr akzeptiert und aufgenommen und werden dadurch wieder straffällig.

Übung: Die besondere Situation in Haft und Ansätze zur Problembewältigung

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 19**

Vorgehensweise:

Stellen Sie die Stühle so auf, dass die Teilnehmer(innen) in einem Kreis sitzen. Fragen Sie die Teilnehmer(innen), wie in ihrem Gefängnis über die oben genannten Aspekte gedacht wird. Fragen Sie sie, ob es bestimmte Strategien gibt, die auf die Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten zugeschnitten sind, sowohl allgemein als auch in Bezug auf Schadensminderung; was kann nach Meinung der Teilnehmer(innen) zur Verbesserung der Situation getan werden?

Was kann getan werden? Beispiele für Strategien und Vorgehensweisen

- Die Gefängnisregeln und -bestimmungen sollten in verschiedenen Sprachen verfügbar gemacht werden.
- Jedem Gefangenen sollte nach seiner bzw. ihrer Inhaftierung eine Kopie dieser Regeln übergeben werden.
- Darüber hinaus sollten dem Gefangenen die Regeln und Bestimmungen sorgfältig in seiner bzw. ihrer Sprache erläutert werden.
- Es sollten Dolmetscher eingesetzt werden.
- Den Gefangenen sollten Sprachkurse angeboten werden.
- Es sollte Informationsmaterial über die Übertragung von HIV/AIDS und anderen Infektionskrankheiten in verschiedenen Sprachen bereitgestellt werden.
- Es sollten spezielle Drogenberatungsdienste und NROs, die für das Thema ethnische Minderheiten und Drogenkonsum sensibilisiert sind, angeboten werden.
- Gefangene sollten Zugang zu einem Seelsorger ihrer Religion haben.
- Es sollte Rücksicht auf die spezifischen Ernährungsgewohnheiten und -Erfordernisse genommen werden.
- Es sollte der gleiche Zugang zu Bildung, Ausbildung und anderen Schulungsprogrammen gewährt werden, notfalls unter Zuhilfenahme von Dolmetschern.
- Der Zugang zu Arbeit sollte für alle gleich sein.
- Das medizinische Personal sollte die Vorstellungen des Patienten bzw. der Patientin bezüglich seiner bzw. ihrer gesundheitlichen Probleme berücksichtigen und (wenn möglich) traditionelle Praktiken in die Behandlung miteinbeziehen.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

- Der Anteil ethnischer Minderheiten in den Gefängnissen in Europa nimmt zu.
- Die Bedürfnisse von Gefangenen aus ethnischen Minderheiten unterscheiden sich von denen anderer Gefangener.
- Gefangene aus ethnischen Minderheiten sind meist sozio-ökonomisch benachteiligt und hatten schon vor ihrer Inhaftierung keine angemessene Gesundheitsversorgung und Drogentherapie zur Verfügung.
- Es gibt Strategien, wie den besonderen Bedürfnissen ausländischer Gefangener entsprochen werden kann.

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

3.8 SEXUALITÄT

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Insgesamt benötigte Zeit:

210 Minuten

Benötigtes Material:

- Papier und Stifte
- Flipchart, Flipchart-Papier, Klebeband
- Verschiedenfarbige Marker
- „Kernkonzepte der Sexualität“ (Anlage 15)
- „Erklärung der sexuellen Menschenrechte des Weltverbandes für Sexologie“ (Anlage 16)
- „Kontroverse Aussagen zu Sexualität“ (Anlage 17)
- „Spezifisches Vokabular zum Thema Sexualität“ (Anlage 18)



Für dieses Modul wird keine PowerPoint-Präsentation benötigt.

Inhalt:

- Ein sicheres Gefühl beim Umgang mit dem Thema Sexualität entwickeln.
- Ein gutes Verständnis für das Konzept der Sexualität entwickeln.
- Die Werte, Überzeugungen und Einstellungen der Teilnehmer(innen) erkennen und prüfen.
- Den Justizvollzugsmitarbeiter(inne)n eine positive Einstellung zum Thema Sexualität im Gefängnis vermitteln.

Lernziel:

Durch dieses Modul werden die Teilnehmer(innen) etwas lernen über:

- das Konzept der Sexualität,
- sexuelle Gesundheit und sexuelle Rechte,
- Sexualverhalten und Schadensminderung im Gefängnis.

Die Teilnehmer(innen) werden Sexualität in den weiteren Kontext der Schadensminderungsmaßnahmen in Haft einordnen können. Durch die verschiedenen Übungen dieses Moduls werden die Teilnehmer(innen) ihre Überzeugungen und Einstellungen zum Thema Sexualität erkennen. Sie werden sich bewusster darüber werden, wie ihre persönlichen Überzeugungen ihre beruflichen Entscheidungen beeinflussen.

Fortbildungsschritte:**„Eisbrecher“ (20 Minuten)**

- Übung: Wissensskala – 10 Minuten
- Warum müssen wir über Sexualität im Gefängnis sprechen? – 10 Minuten

Teil 1 Sexualität (90 Minuten)

- Übung: Brainstorming zum Thema Sexualität – 20 Minuten
- Übung: Kernkonzepte der Sexualität – 30 Minuten
- Übung: Sexualität im Gefängnis – 40 Minuten

Teil 2 Sexualverhalten und dessen Bewertung (80 Minuten)

- Übung: Was denken Sie? – 25 Minuten
- Übung: Spezifisches Vokabular – 25 Minuten
- Übung: Kondome im Gefängnis – 30 Minuten

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)**Evaluation (10 Minuten)****Quellen:**

EngenderHealth (2002). *Integration of HIV and STI Prevention, Sexuality, and Dual Protection in Family Planning Counseling: A Training Manual*. Working draft. New York, NY: Engenderhealth.
<http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/integration-of-hiv-fp.php> (Letzter Stand: 5.10.2009)

EngenderHealth and International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW) (2006). *Sexual and reproductive health for HIV-positive women and adolescent girls: Manual for trainers and programme managers*. New York and London: JC Publishing.
<http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/srh-hiv-positive-women-girls.php> (Letzter Stand: 14.10.2009)

The Global Network of People Living With HIV/AIDS (GNP+) (2009). *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living With HIV: A Guidance Package*. Amsterdam: The Global Network of People Living With HIV/AIDS (GNP+).
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/linkages/guidance_package.pdf (Letzter Stand: 15.10.2009)

UNODC (2008). *HIV and AIDS in places of detention. A toolkit for policy makers, programme managers, prison officers and health care staff in prison settings*. New York, NY: United Nations.
<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf> (Letzter Stand: 14.10.2009)

WHO (2000). Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections. *Fact sheet N°243*. Juni 2000.

WHO, UNODC & UNAIDS (2007). *Interventions to address HIV in prisons Prevention of sexual transmission*. Evidence for Action Technical Papers. Geneva: WHO.
http://www.who.int/hiv/idu/oms_ea_sexual_transmission_df.pdf (Letzter Stand: 19.10.2009)

Wilkinson D. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission: RHL commentary (last revised: 11 November 2002). *The WHO Reproductive Health Library*. Geneva: WHO.
http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/dwcom/en/index.html (Letzter Stand: 15.10.2009)

Nützliche Internetseiten:

Daniel H. Harris: *Prison Sexuality*. Prison writing program of the Pen American Centre.
<http://www.pen.org/viewmedia.php/prmMID/231> (Letzter Stand: 29.09.2009)

International Planned Parenthood Federation (IPPF).
<http://www.ippf.org/en> (Letzter Stand: 24.09.2009)

International Women's Health Coalition.
<http://www.iwhc.org/> (Letzter Stand: 16.09.2009)

United Nations Population Fund (UNFPA).
<http://www.unfpa.org/> (Letzter Stand: 9.07.2010)

WHO. Sexual and Reproductive Health.
<http://www.who.int/reproductivehealth/en/> (Letzter Stand: 22.09.2009)

Profamilia
<http://www.profamilia.de/>

Einführung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

Sexualität ist ein grundlegender Teil der Persönlichkeit eines jeden Menschen. Sie beginnt bereits vor der Geburt und ist Bestandteil unseres ganzen Lebens. Sie beeinflusst alle Bereiche unseres Daseins auf der Welt – sowohl physische, psychische als auch soziale Bereiche. Sexualität ist für die Menschen ein Weg, sich auszudrücken: wie sie sich bewegen, wie sie sich kleiden, wie sie sich verhalten. Durch die Sexualität befriedigen die Menschen ihr Bedürfnis nach Intimität, Nähe, Zärtlichkeit und Zuwendung. Sie kann auch ein Mittel sein, Stärke, Macht, Gewalt und Manipulation zum Ausdruck zu bringen. Sex kann eine Form von Liebe und eine Form von Bezahlung sein. All diese Aspekte können in der Gefängnisumgebung extremere Ausdrucksformen annehmen.

Im Gefängnis kann man einem Menschen die Freiheit entziehen, das heißt jedoch nicht, dass dieser Mensch aufhört, „sexuell“ zu sein. Sexualität kann man niemandem wegnehmen. Sexualität ist auch im Gefängnis ein wichtiger Aspekt, da die Mehrheit aller Gefangenen zur Altersgruppe der sexuell Aktiven gehört.

Sexualität ist ein natürliches Bedürfnis. Wenn viele sexuell frustrierte Menschen jeden Tag eng zusammenleben, müssen die Justizvollzugsmitarbeiter(innen) bereit sein, sich mit diesem Problem auseinanderzusetzen. Gleichzeitig ist Sexualität jedoch auch ein Tabuthema - insbesondere in einer solchen Umgebung wie dem Gefängnis. Wenn es keine Möglichkeit gibt, Sexualität in einer akzeptablen Weise zum Ausdruck zu bringen, wird sie viel eher auf unerwünschte Weise ausgedrückt. Sexualität - und demnach auch sexuelle Beziehungen - können nicht ignoriert werden, weil sie eine Möglichkeit der Verbreitung von Krankheiten wie HIV/AIDS sind. Daher kann das Thema nicht ausgeklammert werden, wenn es um Schadensminderung geht.

Durch die Einbeziehung des Themas Sexualität in Fortbildungen zur Schadensminderung wird eine ganzheitliche Sicht auf den Gefangenen als Mensch mit sexuellen Bedürfnissen und Problemen gegeben. Darüber hinaus wird die Kompetenz der Justizvollzugsmitarbeiter(innen) aufgebaut, Probleme rund um die sexuelle Übertragung von HIV/AIDS und Hepatitis anzugehen. Durch dieses Modul lernen die Justizvollzugsmitarbeiter(innen) etwas über ihre Ansichten und möglichen Vorurteile zum Thema Sexualität.

Der erste Teil gibt eine Übersicht über die folgenden Themen:

- Was ist Sex?
- Was ist Sexualität?
- Was sind sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte?

Teil 2 geht auf sexuelle Verhaltensweisen und Einstellungen ein und beschäftigt sich mit:

- Einstellungen gegenüber heiklen Themen
- Der sexuellen Orientierung
- Kondomen im Gefängnis

Dieses Modul ist als Ganzes interaktiv, daher sind keine PowerPoint-Präsentationen oder Vorträge vorgesehen. Das Modul ist flexibel aufgebaut: Sie können entweder das gesamte Modul durchführen oder Sie wählen ein oder zwei Aktivitäten zu bestimmten Themen aus.

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Beginnen Sie das Modul mit den folgenden „Eisbrechern“, um die Gruppe aufzulockern.

„Eisbrecher“ 1: Wissensskala

10 Minuten

Vorgehensweise:

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), über ihr Wissen, ihre Erfahrungen und Einstellungen – sowohl persönlich als auch beruflich - im Zusammenhang mit Sexualität nachzudenken. Jeder muss sich selbst mithilfe einer Skala von 1 bis 10 bewerten, wobei „10“ „Experte“ bedeutet und „1“ für „Gar keine Kenntnisse“ steht.

Fragen Sie jeden Teilnehmer und jede Teilnehmerin: „Was ist Ihre Bewertung?“ und „Warum haben Sie sich selbst so bewertet?“

Fassen sie anschließend die Antworten zusammen und betonen Sie dabei, dass es Justizvollzugsmitarbeiter(inne)n bei ihrer Arbeit zur Schadensminderung helfen kann, mit dem Thema Sexualität vertraut und unverkrampft umzugehen.

„Eisbrecher“ 2: Warum müssen wir über Sexualität im Gefängnis sprechen?

10 Minuten

Vorgehensweise:

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich selbst vorzustellen und die Frage zu beantworten: „Warum ist es Ihrer Meinung nach wichtig, über Probleme in Verbindung mit Sexualität im Gefängnis zu sprechen?“

Wenn alle ihre Ansichten geschildert haben, fassen Sie diese zusammen und betonen Sie dabei, wie wichtig es ist, Sexualität als einen Aspekt der Schadensminderung zu berücksichtigen.

Teil 1: Sexualität

Insgesamt benötigte Zeit: 90 Minuten

Übung: Brainstorming zum Thema Sexualität

20 Minuten

Benötigtes Material:

Papier, Stifte, Flipchart-Papier, Marker, Klebeband

Vorgehensweise:

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), darüber nachzudenken, was sie mit dem Wort „Sexualität“ assoziieren. Was fällt ihnen in Verbindung mit diesem Wort ein? Ermutigen Sie sie dazu, ehrlich zu sein und frei heraus zu sprechen, da es keine guten oder schlechten Assoziationen gibt. Assoziationen können Wörter, Dinge, Gegenstände, Gefühle usw. sein.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), so schnell wie möglich zehn Wörter bzw. Assoziationen aufzuschreiben. Zeitdruck führt normalerweise dazu, dass die Wörter schneller aufgeschrieben werden und weniger über sie nachgedacht wird.

Wenn alle ihre Wörter aufgeschrieben haben, bitten Sie den ersten Teilnehmer bzw. die erste Teilnehmerin, das erste Wort in seiner bzw. ihrer Liste vorzulesen, und schreiben es auf ein Stück Flipchart-Papier, das im Raum an die Wand geklebt ist. Wenn die anderen Teilnehmer(innen) dieses Wort aufgeschrieben haben, bitten Sie sie, es aus ihren eigenen Listen zu streichen. Gehen Sie dann weiter zum nächsten Teilnehmer bzw. zur nächsten Teilnehmerin über, bitten Sie diese Person, ihr erstes Wort zu sagen, schreiben Sie es auf das Flipchart und lassen Sie die anderen Teilnehmer(innen) dieses Wort aus ihrer Liste streichen. Fahren Sie auf diese Weise fort, bis alle Wörter der Teilnehmer(innen) vorgelesen worden sind. Schreiben Sie die Wörter groß genug auf das Flipchart-Papier an der Wand, damit sie gut lesbar sind.

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich die Wörter kurz anzuschauen, lesen Sie sie erneut vor und überlegen Sie zusammen mit den Teilnehmer(innen), wie man sie gruppieren kann. Gewöhnlich stehen die Wörter für Emotionen, Körperteile, Geschlechterrollen, Kleidungsstücke, Situationen, Gesundheitsaspekte, Gewalt usw. Die Diskussion kann zu der Schlussfolgerung führen, dass Sexualität auf viele Arten und in vielen Umgebungen, auch im Gefängnis, ausgedrückt werden kann.

Sie können alle Wörter laut vorlesen oder einen oder mehrere Teilnehmer(innen) darum bitten. Die Teilnehmer(innen) finden diese Aufgabe vielleicht amüsant, was dazu beitragen wird, dass die mit dem Thema verbundenen Spannungen abgebaut werden und die Teilnehmer(innen) freier über Sexualität sprechen.

Übung: Kernkonzepte der Sexualität**30 Minuten****Benötigtes Material:**

Flipchart-Papier, Marker, Klebeband, vier Begriffe, die auf kleine Karten geschrieben sind, „Kernkonzepte der Sexualität“ (Anlage 15)

Vorgehensweise:

(vgl.: Engenderhealth Trainingshandbuch 2006)

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) in kleine Gruppen und geben Sie jeder Gruppe Flipchart-Papier und Marker. Erklären Sie, dass die Gruppen getrennt voneinander arbeiten werden, aber dass das Zusammenspiel ihrer Arbeiten am Ende ein verständliches Ganzes ergeben wird.

Jede Gruppe bekommt eine Karte mit einem Wort, das sie definieren müssen; die Wörter sind „Sex“, „Sexualität“, „Sexuelle Gesundheit“ und „Reproduktive Gesundheit“. Fordern Sie die Teilnehmer(innen) dazu auf, den Begriff so zu definieren, wie sie ihn verstehen, vielleicht auch verschiedene Arten des Verständnisses. Geben Sie den Gruppen genügend Zeit, die Aufgabe abzuschließen und die Definition auf das Flipchart-Papier zu schreiben (etwa 10 Minuten).

Wenn die Definitionen fertig sind, bitten Sie die Gruppen, ihre Ergebnisse vorzustellen. Beginnen Sie mit der Gruppe, die das Wort „Sex“ definiert hat. Bitten Sie die Mitglieder dieser Gruppe, das Flipchart-Papier an die Wand zu kleben und ihre Definition zu erklären. Die anderen Gruppen können Fragen stellen, Kommentare abgeben und die Definition ergänzen. Fahren Sie fort mit dem Begriff „Sexualität“, dann mit „Reproduktive Gesundheit“ und schließlich mit „Sexueller Gesundheit“. Kleben Sie die Flipchart-Bögen wie Puzzleteile aneinander an die Wand.

Fragen Sie die Teilnehmer(innen) dann nach den Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen „Sex“ und „Sexualität“ sowie zwischen „Sexueller Gesundheit“ und „Reproduktiver Gesundheit“.



Schließen Sie während der Diskussion Wissens- und Verständnislücken (greifen Sie dabei auf die Beschreibungen der Kernkonzepte der Sexualität in Anlage 15 zurück).

Übung: Sexualität im Gefängnis**40 Minuten****Benötigtes Material:**

Flipchart, Marker, Klebeband, vier auf kleine Karten geschriebene Begriffe, „Erklärung der sexuellen Menschenrechte des Weltverbandes für Sexologie“ (Anlage 16)

Vorgehensweise:

Wenn Sie mit der Definition der Begriffe fertig sind, bitten Sie die Teilnehmer(innen), sich wieder in Kleingruppen zusammenzuschließen. Geben Sie den Gruppen wieder Flipchart-Papier und Marker und die Karten mit den Begriffen „Sex“, „Sexualität“, „Sexuelle Gesundheit“ und „Reproduktive Gesundheit“.

Sie können die „Erklärung der sexuellen Menschenrechte des Weltverbands für Sexologie“ für sich selber als Hintergrundinformationen für diese Übung über Sexualität in Gefängnissen nutzen oder sie den Teilnehmer(innen) als Handout für die Gruppenarbeit zur Verfügung stellen.

Teilen Sie jeder Gruppe eines der folgenden Themen zu:

- *Sex im Gefängnis*
- *Sexualität im Gefängnis*
- *Sexuelle Gesundheit im Gefängnis*
- *Reproduktive Gesundheit im Gefängnis*

Lassen Sie die Teilnehmer(innen) kurz über ihr Thema nachdenken. Fordern Sie sie auf, alles zu sagen, was ihnen einfällt, und es auf das Flipchart-Papier zu schreiben. Geben Sie den Teilnehmern ausreichend Zeit für die Diskussion.

Bitten Sie die erste Gruppe, ihr Flipchart-Papier an die Wand zu kleben und die wesentlichen Punkte ihrer Diskussion zu erklären. Anschließend können die anderen Gruppen Fragen stellen und ihre eigenen Erfahrungen schildern.

Die Übung kann mit einer Diskussion über sexuelle Ausdrucksformen, Verhaltensweisen und sexuelle Gesundheit und Rechte an ihrem Arbeitsplatz abgeschlossen werden. Fragen Sie die Teilnehmer(innen), wie sie das Verständnis und den Respekt für sexuelle und reproduktive Rechte in ihrer Arbeitsumgebung fördern können.

Teil 2: Sexualverhalten und dessen Bewertung

Insgesamt benötigte Zeit: 80 Minuten

Übung: Was denken Sie?

25 Minuten

Benötigtes Material:

„Kontroverse Aussagen zur Sexualität (Anlage 17) (Sie können die genannten Beispiele verwenden und neue Aussagen in Abhängigkeit von der spezifischen Situation vor Ort hinzufügen), zwei Bögen Papier mit der Kennzeichnung „Zustimmung“ und „Ablehnung“, Klebeband

Vorgehensweise:

Bereiten Sie die Schilder mit der Kennzeichnung „Zustimmung“ und „Ablehnung“ vor und kleben Sie sie an gegenüberliegende Seiten des Raums.

Erklären Sie, dass Sie Aussagen vorlesen werden, die der Gruppe dabei helfen können, über ihre persönlichen Ansichten zu kontroversen Aspekten der Sexualität nachzudenken.

Lesen Sie die erste Aussage laut vor und bitten Sie die Teilnehmer(innen), ihre Entscheidung zu treffen und entweder zur Seite mit der Kennzeichnung „Zustimmung“ oder zu der mit der Kennzeichnung „Ablehnung“ zu gehen. Teilnehmer(innen), die sich nicht entscheiden können, können sich in die Mitte zwischen die beiden Schilder stellen.

Je nach Größe der Gruppe bitten Sie entweder alle Teilnehmer(innen) oder nur einen Teil einer Gruppe, zu erklären, warum sie sich für diese Meinung entschieden haben. Akzeptieren Sie, dass einige Teilnehmer(innen) extreme Gefühle und Einstellungen zur sexuellen Orientierung haben können. Betonen Sie, dass es sehr wichtig ist, die jeweilige persönliche Einstellung zu kennen, auch weil sie unsere Einstellung und unser Verhalten gegenüber Gefangenen beeinflussen.

Wenn Teilnehmer(innen) sehr diskriminierende oder aggressive Äußerungen machen, räumen Sie ein, dass jeder seine eigene Meinung haben kann, dass diese Ausdrucksweise für andere Menschen jedoch beleidigend sein kann und unangemessen ist. Wenn diese Situation eintritt, muss der Fortbildungsleiter bzw. die Fortbildungsleiterin dazu in der Lage sein, entsprechend zu reagieren und zu erklären, warum solche Ansichten problematisch sind.

Nachdem die jeweilige Wahl der Teilnehmer(innen) diskutiert wurde, können die Teilnehmer(innen) wieder auf ihre Plätze zurückkehren. Schließen Sie die Übung mit einer Gruppendiskussion ab. Diese kann zum einen die umstrittensten der genannten Aussagen beinhalten, aber auch, wie man seine eigenen Ansichten zum Ausdruck bringt, wie annehmbar die Argumente der anderen sind und wie sich eine bestimmte persönliche Überzeugung auf den Beruf auswirken kann.

Übung: Spezifisches Vokabular**25 Minuten****Benötigtes Material:**

Flipchart, Marker, „Spezifisches Vokabular zum Thema Sexualität“ (Anlage 18), kleine Karten mit spezifischem Vokabular zum Thema Sexualität

Vorgehensweise:

Bereiten Sie kleine Karten mit dem spezifischen Vokabular vor und verteilen Sie sie an die Teilnehmer(innen). Fügen Sie wenn nötig weitere Begriffe hinzu.

Geben Sie den Teilnehmer(inne)n einige Minuten Zeit, sich Gedanken darüber zu machen, wie sie ihren Begriff definieren würden.

Lesen Sie die Begriffe nacheinander laut vor und fragen Sie die Teilnehmer(innen) nach ihren Definitionen. Fügen Sie Informationen hinzu und schließen sie mögliche Wissenslücken. Reagieren Sie angemessen auf diskriminierende Äußerungen.

Übung: Kondome im Gefängnis

30 Minuten

Benötigtes Material:

Flipchart, Marker

Vorgehensweise:

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), über den Begriff „Safer Sex“ nachzudenken, und regen Sie eine Gruppendiskussion an. Notieren Sie die wesentlichen Punkte auf einem Flipchart. Denken Sie daran, dass die Hauptidee dieser Übung ist, die Verteilung von Kondomen in Gefängnissen anzuregen, heben Sie also die Aussagen der Teilnehmer(innen) hervor, die darauf abzielen, dass Safer Sex der Verbreitung von Infektionskrankheiten vorbeugt. Auch solche Aussagen, bei denen Teilnehmer(innen) vom Schutz vor ungewollten Schwangerschaften, vom Schutz vor Gewalt oder anderen Assoziationen mit Safer Sex sprechen, sind von Bedeutung.

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) als nächstes in zwei Gruppen ein und verteilen Sie Flipchartpapier und Marker an jede Gruppe. Bitten Sie die erste Gruppe, über folgende Frage nachzudenken:

„Warum benutzt jemand ein Kondom - positive Aspekte“

Die zweite Gruppe soll über die folgende Frage nachdenken:

„Warum benutzt jemand kein Kondom - negative Aspekte“.

Bitten Sie die Gruppen, ihre Ergebnisse vorzustellen.

Bitten Sie hiernach die erste Gruppe sich kurz zu der Frage *„Warum sollten im Gefängnis Kondome verteilt werden? Was ist der Nutzen davon? Wie können Kondome verteilt werden?“* Gedanken zu machen.

Fragen Sie die zweite Gruppe:

„Warum sollten in Gefängnissen keine Kondome verteilt werden? Was sind die Befürchtungen?“

Eine abschließende Diskussion kann den Teilnehmer(inne)n dabei helfen, ihre Einstellungen zu Kondomen zu verstehen was das persönliche Leben aber auch den beruflichen Bereich betrifft und Möglichkeiten zu erkennen, wie die Verteilung von Kondomen als Maßnahme zur Schadensminderung an ihrem Arbeitsplatz umgesetzt werden kann.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

3.9 ZUSAMMENARBEIT MIT NICHTREGIERUNGSORGANISATIONEN (NROs)

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen) (multidisziplinäres Team: z. B. Mitarbeiter(innen) des Sozialdienstes, „Schlüsselpersonen“ im Vollzug)

Insgesamt benötigte Zeit:

100 Minuten

Benötigtes Material:

- Flipchart
- Verschiedenfarbige Marker
- Liste von NROs vor Ort (oder lokale Zweige von nationalen oder internationalen NROs), die auf folgenden Gebieten tätig sind: HIV/AIDS, Drogen, Menschenrechte, Bewährungshilfe usw.



Für dieses Modul wird keine PowerPoint-Präsentation benötigt.

Inhalt:

- Das Bewusstsein von Justizvollzugsmitarbeiter(inne)n hinsichtlich NROs, ihrer Organisation und des Nutzens einer Zusammenarbeit schärfen.
- Die Fähigkeit zur Zusammenarbeit stärken, damit Justizvollzugsmitarbeiter(innen) NROs in die Schadensminderungsarbeit miteinbeziehen können.
- Bereiche identifizieren, in denen sich die Interessen von Justizvollzugsmitarbeiter(inne)n und NROs überschneiden.

Lernziel:

Am Ende dieses Moduls werden die Teilnehmer(innen)

- verschiedene Nichtregierungsorganisationen kennen,
- in der Lage sein, Bereiche für eine mögliche Zusammenarbeit mit NROs zu identifizieren, um gemeinsame Ziele zu erreichen,
- die Vorteile und Herausforderungen dieser Zusammenarbeit kennen.

Die Teilnehmer(innen) werden wissen, dass eine Zusammenarbeit mit NROs möglich ist und dass sie zur Schadensminderung in Haft beitragen kann.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Geleitete Diskussion über die Zusammenarbeit mit NROs (60 Minuten)

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:

Hoover, J. & Jurgens R. (2009). *Harm reduction in prison: the Moldova Model*. New York: Open Society Institute.

http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/moldova_20090720

(Letzter Stand: 9. 09.2009)

WHO (2006). *Report of the WHO European Region Planning and Technical Consultation on working with civil society to scale up access to HIV prevention, treatment and care*. Report on meeting held in Berlin, Germany, 5-7 October 2005. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

<http://test.cp.euro.who.int/Document/E88049.pdf> (Letzter Stand: 1. 09.2009)

Einführung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

Nichtregierungsorganisationen spielen (NROs) bei der Schadensminderung in Haft eine wichtige Rolle. Sie identifizieren Probleme, bringen Themen auf die politische Agenda, bieten Dienste an und verteidigen, ermöglichen, initiieren und implementieren viele Veränderungen. Meist arbeiten NROs nur auf einem kleinen, eingegrenzten Gebiet. Dadurch können die Menschen direkt angesprochen werden.

Die Zusammenarbeit mit NROs in der Gefängnisumgebung stellt eine Herausforderung dar, da zwei völlig verschiedene Systeme aufeinandertreffen: Das Gefängnis als geschlossenes, restriktives System und die NROs als eine sehr flexible, offene Art einer organisatorischen Struktur.

Aufgrund der rechtlichen und kulturellen Unterschiede gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen NROs und Gefängnissen von Land zu Land unterschiedlich. In jedem Land müssen das Ausmaß und die Art der möglichen Zusammenarbeit ermittelt werden. Die NROs untereinander unterscheiden sich durch ihre Aufgabe, die Strategien zur Zielerreichung, ihre Größe, den Arbeitsbereich, die Anzahl der Mitarbeiter(innen), die fachliche Erfahrung usw. Daher sollte jedes Gefängnis einen Rahmen für die Zusammenarbeit schaffen, der es ermöglicht, von den Möglichkeiten zur Problembewältigung zu profitieren.

Im Rahmen dieses Moduls werden die folgenden Hauptthemen besprochen:

- Die Charakteristika einer NRO
- Was NROs für eine erfolgreiche Zusammenarbeit über das Gefängnisssystem wissen sollten
- Wie das Gefängnisssystem eine Zusammenarbeit mit NROs in die Wege leiten kann

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher“, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

Geleitete Diskussion über die Zusammenarbeit mit NROs

60 Minuten



Es ist wichtig zu betonen, dass es in diesem Modul um den Austausch von Erfahrungen, Kenntnissen und Ideen und nicht um „richtige“ Antworten geht. Stellen Sie den Teilnehmer(inne)n daher offene Fragen (Fragen, auf die nicht mit „Ja“ oder „Nein“ oder nur einer richtigen Antwort geantwortet werden kann). Fordern Sie sie dazu auf, kontroverse Haltungen genauer zu erklären, oder fragen Sie die Gruppe, ob es andere Meinungen gibt. Nachfolgend finden Sie eine Auflistung möglicher Fragen.

1. Welche NROs kennen Sie?

Schreiben Sie alle von den Teilnehmer(inne)n genannten Namen auf das Flipchart. Wenn die Teilnehmer(innen) nicht wissen, was eine NRO ist, geben Sie zunächst ein paar Hinweise und Beispiele (Rotes Kreuz, Greenpeace, Save the Children usw.).

Andere hilfreiche Fragen können sein:

- Welche wohltätigen Organisationen kennen Sie?
- Welche Organisationen zum Naturschutz kennen Sie?
- Welche Menschenrechtsorganisationen kennen Sie?

Nehmen Sie auch Bezug auf NROs vor Ort (erstellen Sie hierzu vor der Fortbildung eine Liste der NROs vor Ort).

2. Warum machen Ihrer Meinung nach so viele Menschen bei NROs mit? Warum spenden Menschen an NROs? Warum gibt es sie überhaupt?

Schreiben Sie die Antworten in Stichpunkten auf. Heben Sie hervor, dass NROs meist auf Gebieten arbeiten, auf denen der Staat oder lokale Regierungen zu wenig Kenntnisse, Fachwissen und Zugang zu den gefährdeten Gruppen haben. Seien Sie auch auf Antworten vorbereitet, die negative Stereotypen von NROs widerspiegeln, wie zum Beispiel „Die protestieren doch nur“ oder „Sie missbrauchen die Spendengelder“ usw.

3. Wie können externe Organisationen in Ihrer Einrichtung zur Schadensminderung beitragen?

Schreiben Sie die Antworten auf ein Flipchart. Regen Sie die Teilnehmer(innen) wenn nötig dazu an, sehr breit über alle Formen der Zusammenarbeit und über benötigte Dienste und Informationen nachzudenken. Fragen Sie sie, ob sie eine NRO kennen, die in den ermittelten Bereichen tätig ist. Die Diskussion kann auch weiter gehen: Wie könnten die Gefängnisverwaltung oder die Mitarbeiter(innen) des Vollzugs NROs einladen und zu einer Zusammenarbeit anregen? Wenn nur wenige Organisationen genannt werden, fragen Sie, wie Informationen zu weiteren auf lokaler, nationaler oder auch internationaler Ebene tätigen NROs gesammelt werden können und wie eine Zusammenarbeit mit ihnen gestaltet werden kann.

4. Was sollten Vertreter von NROs wissen, bevor sie zu Ihrer Haftanstalt kommen, um Dienstleistungen anzubieten, Informationen zu vermitteln oder Schulungen durchzuführen?

Es ist wichtig, die Teilnehmer(innen) zu fragen, was NROs ihrer Meinung nach wissen müssen, bevor sie mit Haftanstalten zusammenarbeiten. Wer ist dafür verantwortlich, ihnen diese Informationen zu vermitteln?



Stellen Sie ggf. (abhängig von der jeweiligen Gruppe der Teilnehmer(innen)) folgende weitere Fragen über ein genaueres Bild einer Zusammenarbeit mit NROs:

5. Wie würden Sie ein Treffen zur Zusammenarbeit mit relevanten NROs auf dem Gebiet der Schadensminderung organisieren?

6. Wie könnte die Arbeit einer NRO in Ihrer Haftanstalt überwacht und ausgewertet werden?

Wie zum Beispiel Kenntnissen, Fähigkeiten und Einstellungen vor, während und nach einem Projekt gemessen werden können. Denken Sie über geeignete Monitoring- und Bewertungsmethoden nach.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

3.10 GESUNDHEIT UND SICHERHEIT DER MITARBEITER(INNEN)

Teilnehmer(innen):

10-12 Justizvollzugsmitarbeiter(innen)

Insgesamt benötigte Zeit:

170 Minuten

Benötigtes Material:

- Laptop oder Desktopcomputer
- Beamer
- Flipchart, Flipchart-Papier
- Verschiedenfarbige Marker
- Papier
- Stifte
- Klebeband
- „Checkliste: Die zentrale Bedeutung von Bediensteten bei der Schadensminderung“ (Anlage 19)
- „Mögliche Stressfaktoren“ (Anlage 20)
- „Was ist Mobbing?“ (Anlage 21)
- PowerPoint-Präsentation des Moduls

Inhalt:

- Das Wissen und das Verständnis über gesundheits- und sicherheitsbezogene Belange und Bedürfnisse von Justizvollzugsmitarbeiter(innen) erweitern.
- Den Justizvollzugsmitarbeiter(inne)n Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, damit sie Gesundheit und Sicherheit in der Gefängnisumgebung leben, unterstützen und fördern können.
- Erklären, warum Justizvollzugsmitarbeiter(innen) eine Schlüsselrolle bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im Gefängnis einnehmen.

Lernziel:

Durch dieses Modul werden die Teilnehmer(innen) etwas über die besondere Bedeutung gesundheits- und sicherheitsbezogener Belange im Gefängnis lernen.

Fortbildungsschritte:

„Eisbrecher“ (20 Minuten)

Teil 1 Gesundheits- und sicherheitsbezogene Vorsichtsmaßnahmen und Postexpositionsmaßnahmen (45 Minuten)

- Vortrag: Gesundheits- und sicherheitsbezogene Vorsichtsmaßnahmen und Postexpositionsmaßnahmen (15 Minuten)
- Übung: Die zentrale Rolle von Bediensteten bei der Schadensminderung (30 Minuten)

Teil 2 Stress, Beratung und Burnout (85 Minuten)

- Übung: Beruflicher Stress und Stress im Privatleben (30 Minuten)
- Vortrag: Burnout und Strategien zur Stressbewältigung (15 Minuten)
- Übung: Was meinen wir mit Mobbing? (40 Minuten)

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen) (10 Minuten)

Evaluation (10 Minuten)

Quellen:

Essex Health Protection Unit (2007). *Prison Infection Control Guidelines*.
http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1194947346624 (Letzter Stand: 21.09.2009)

Garland, B. (2004). The Impact of Administrative Support on Prison Treatment Staff Burnout: An Exploratory Study. *The Prison Journal*, 84 (4), 452–471.

Health Education Authority (1999). *A resource guide on HIV health promotion in prisons*. London: Health Education Authority.
<http://www.gserve.nice.org.uk/nicemedia/documents/prison2.pdf> (Letzter Stand: 21.09.2009)

Irish Prison Services (2009). *Healthcare Standards and control guidelines*.
<http://www.irishprisons.ie/documents/InfectionPreventionPolicy.doc> (Letzter Stand: 21.09.2009)

UNODC (2008a). *HIV in places of detention: A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*. New York: United Nations.
<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf> (Letzter Stand: 21.09.2009)

UNODC (2008b). *Women and HIV in prison settings*.
<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women%20and%20HIV%20in%20prison%20settings.pdf>
(Letzter Stand: 22.09.2009)

UNODC (2008c). *HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in prison settings: A framework for an effective national response*.
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-AIDS_prisons_Oct06.pdf (Letzter Stand: 22.09.2009)

Nützliche Internetseite

<http://osha.europa.eu/en/front-page>

Einleitung



Die folgende Einleitung in das Modul richtet sich an den (die) Fortbildungsleiter(in) und enthält Hintergrundinformationen zum Thema.

Der Schutz von Mitarbeiter(inne)n vor Infektionserkrankungen, Stress, Burnout und Mobbing zeichnet ein gut geführtes Gefängnis aus. Es ist wichtig, dass Justizvollzugsmitarbeiter(innen) sich ihrer eigenen Gesundheit und Sicherheit bewusst sind und dass sie wissen, welche Maßnahmen es diesbezüglich in ihrem Gefängnis gibt. Justizvollzugsmitarbeiter(innen) sollten Kenntnisse über ansteckende Krankheiten und Drogenkonsum haben zu ihrer eigenen Sicherheit während der Arbeit. Wenn die Mitarbeiter(innen) gut geschult sind, verringert sich zum Beispiel das Risiko der Ansteckung mit Infektionen wie Hepatitis und HIV, die durch den Kontakt mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten übertragen werden. Ein Gefängnis ist eine schwierige Arbeitsumgebung, und wenn die dort arbeitenden Menschen gut über ihre Gesundheit und Sicherheit informiert sind, werden sie eher in der Lage sein, gesund zu bleiben und gut mit den Gefangenen umzugehen. Ein Gefängnis ist eine stressintensive Arbeitsumgebung, in der es häufig aufgrund von Krankheit oder mangelnder Jobzufriedenheit einen hohen Krankenstand unter den Mitarbeiter(innen) gibt.

Die Verbreitung von Infektionen wie HIV, Hepatitis und Tuberkulose ist unter Gefangenen wesentlich höher als in der übrigen Gesellschaft. Justizvollzugsmitarbeiter(innen) sind verantwortlich und entscheidend für den Schutz dieser vulnerablen, meist aus marginalisierten Teilen der Gesellschaft stammenden Gefangenen. Eine gesunde Haftumgebung kann nur geschaffen werden, wenn alle Mitarbeiter(innen) gemeinsam auf dieses Ziel hinarbeiten. Um dies tun zu können, müssen sie wissen und verstehen, wie Infektionskrankheiten übertragen werden und wie ihre eigene Sicherheit und die der Gefangenen erhalten werden kann.

Der Zugang zu entsprechenden Fortbildungen ist für das Wohlergehen und die Gesundheit der Justizvollzugsmitarbeiter(innen) von wesentlicher Bedeutung, so dass das Risiko, sich mit Infektionskrankheiten anzustecken, minimiert wird. Ohne ausreichende Informationen kann es seitens der Justizvollzugsmitarbeiter(innen) möglicherweise zu negativen Reaktionen kommen, z.B. dass sie sich Drogen konsumierenden oder HIV-positiven Gefangenen gegenüber feindselig verhalten, was wiederum zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen kann.

Justizvollzugsmitarbeiter(innen) müssen sich ihrer eigenen Gesundheit und Sicherheit bewusst sein, da ihnen dies dabei hilft, eine sichere Umgebung für die Gefangenen zu schaffen. Ein Gefängnis kann eine schwierige Arbeitsumgebung sein und viele Justizvollzugsmitarbeiter(innen) leiden unter Stress. Dieses Modul wird zum besseren Verständnis von Stress und dessen Bewältigungsstrategien beitragen. Das Modul enthält weiter Informationen zum Thema Mobbing im Arbeitsumfeld, wie man Mobbing erkennen kann und wie man damit umgeht.

In diesem Modul geht es um die folgenden drei Bereiche:

- Allgemeine gesundheits- und sicherheitsbezogene Vorsichtsmaßnahmen und Postexpositionsmaßnahmen
- Stress, Beratung und Burnout
- Mobbing am Arbeitsplatz

„Eisbrecher“

Insgesamt benötigte Zeit: 20 Minuten



Bevor Sie mit der Fortbildung beginnen, wählen Sie einen der „Eisbrecher“, die in der Einleitung zum Handbuch aufgelistet sind, um die Gruppe aufzulockern.

Teil 1 Maßnahmen zu Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und Postexpositionsmaßnahmen

Insgesamt benötigte Zeit: 45 Minuten

Vortrag: Maßnahmen zu Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und Postexpositionsmaßnahmen

15 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 3-12**



Gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen und die Teilnehmer(innen) aktiv miteinbeziehen.

Infektionserkrankungen

Justizvollzugsmitarbeiter(innen) können bei der Arbeit allgemeine Vorsichtsmaßnahmen einhalten, die die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit Infektionserkrankungen stark reduzieren. Es gibt verschiedene allgemeingültige Richtlinien zu Vorsichtsmaßnahmen in den Bereichen Gesundheitsschutz und Sicherheit, die von internationalen Organisationen wie der WHO und UNAIDS herausgegeben wurden.³

Um die Übertragung von Infektionen zu vermeiden, müssen Gefängnisse ordentlich geführt werden. Die Anwendung grundlegender Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und Sicherheit trägt dazu bei. So sollten die Justizvollzugsmitarbeiter(innen) oft die Hände waschen und auf Verletzungen der Haut achten; diese sollten sie mit einem wasserdichten Pflaster bzw. einem Verband abdecken.

Die Mitarbeiter(innen) in Haftanstalten haben oft Angst vor einer Ansteckung mit Hepatitis B, Hepatitis C oder dem HI-Virus, daher ist es für sie wichtig zu wissen, wie man das Infektionsrisiko senken kann.

³ Wenn einige Teilnehmer(innen) Englisch sprechen, können Sie die folgenden internationalen Richtlinien als Hintergrundinformationen herunterladen und ausdrucken:

³ http://www.who.int/topics/infection_control/en/ letzter Stand: 22.01.2010
http://www.who.int/injection_safety/toolbox/en/AM_HCW_Safety_EN.pdf letzter Stand: 22.01.2010
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/HIV%20transmission%20in%20health%20care%20settings.pdf> letzter Stand: 22.01.2010
http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/Techpolicies/Univ_pre_technical_policies.asp letzter Stand: 22.01.2010
<http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/PDF/hcwprev.pdf> Zugriff am 22.01.2010

In Haft können sich Infektionen folgendermaßen ausbreiten:

- Injektion von Drogen, wenn keine sterilen Spritzen verteilt werden
- Die gemeinsame Benutzung von Zubehör, das bei der Injektion von Drogen zum Einsatz kommt (zum Beispiel Filter, Löffel usw.)
- Ungeschützter Geschlechtsverkehr, freiwillig oder erzwungen
- Tätowierungen
- Piercings
- Gemeinsame Benutzung von Rasierern, Zahnbürsten (Verbreitung von Hepatitis B und C möglich)
- Versehentliche Stiche mit infizierten Nadeln (zum Beispiel während Zellendurchsuchungen)
- Nicht ausreichend desinfizierte medizinische Instrumente (zum Beispiel beim Zahnarzt oder Gynäkologen)

Es gibt einige Situationen, die ein geringes Infektionsrisiko bergen, wenn man mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt kommt:

- Mitarbeiter(innen), die in gewaltsame Auseinandersetzungen zwischen Gefangenen oder zwischen Gefangenen und Mitarbeiter(inne)n verwickelt sind
- Wenn Gefangene sich selbst verletzen
- Wenn Gefangene Gegenstände (zum Beispiel Nadeln und Spritzen) verstecken

Es ist wichtig, immer davon auszugehen, dass alle Körperflüssigkeiten und alles Blut, mit denen man in Kontakt gekommen ist, infektiös sein kann. Hier kommen die folgenden allgemeinen Vorsichtsmaßnahmen zum tragen:

- Sich bei direktem Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten mit Handschuhen, gegebenenfalls Schutzkitteln, Masken und Schutzbrillen schützen
- Bei der Mund-zu-Mund-Beatmung einen Schutz einsetzen
- Bei Durchsuchungen (von Zellen oder Gefangenen) oder der Beseitigung von Blutflecken oder anderen Körperflüssigkeiten Latexhandschuhe benutzen
- Blutflecken und Flecken aus anderen Körperflüssigkeiten unverzüglich und sorgfältig beseitigen
- Nadeln und scharfe Gegenstände sicher in durchstichfesten und flüssigkeitsdichten Behältnissen aufbewahren und entsorgen
- Alle bestehenden Schnitte und Schürfwunden der Haut mit einem wasserdichten Pflaster oder Verband abdecken

Kommt eine(r) der Justizvollzugsmitarbeiter(innen) mit Körperflüssigkeiten oder Blut in Kontakt, so sind Postexpositionsmaßnahmen einzuleiten.

Die Postexpositionsprophylaxe (PEP) beinhaltet die Einnahme verschiedener Medikamente gegen HIV, die man nach einem Risikokontakt einnehmen kann. Diese Medikamente werden über einen

Zeitraum von mindestens 28 Tagen eingenommen und können, sofern mit der Einnahme binnen 72 Stunden nach dem Risikokontakt begonnen wird, einer Infektion mit HIV vorbeugen. Die WHO hat internationale Richtlinien für die Postexpositionsprophylaxe (PEP) herausgegeben.⁴

Geeignete Postexpositionsmaßnahmen sollten die folgenden Punkte beinhalten:

- Klare Richtlinien, die besagen, was unmittelbar nach dem Risikokontakt geschehen muss
- Daran anschließende Maßnahmen
- Vollständige Dokumentation des Vorfalls
- Vertraulichkeit des Vorfalls
- Beratung und alle weiteren erforderlichen Leistungen für Justizvollzugsmitarbeiter(innen), die in einen solchen Vorfall verwickelt sind

Gemäß UNODC (2008a) kann ein Vorfall als bedeutend angesehen werden:

- wenn eine Person Kontakt mit Körperflüssigkeiten hatte, durch die HIV, Hepatitis B oder Hepatitis C übertragen werden kann, wie Blut, Uterus- bzw. Vaginalsekret, Sperma und alle Körperflüssigkeiten, die sichtbar mit Blut kontaminiert sind.
- wenn eine der Flüssigkeiten in Kontakt mit Folgendem kommt:
 - Unterhautgewebe (Nadelstichverletzungen, Bisse durch die Haut, Stichverletzungen)
 - Verletzter Haut (Schnitte, rissige oder aufgekratzte Haut)
 - Schleimhäute (Augen, Nase, Mund)

Flüssigkeiten, die mit intakter Haut in Kontakt kommen, stellen keine bedeutende Exposition dar.

Die Person, die der Flüssigkeit ausgesetzt war, sollte unverzüglich:

- alle kontaminierten Kleidungsstücke ausziehen
- die Wunde bluten lassen
- die Verletzung gut mit Seife und Wasser auswaschen (auch wenn nicht bewiesen ist, dass die Anwendung von Antiseptika hilft, so ist sie nicht kontraindiziert; es ist jedoch in jedem Fall ratsam, die der Flüssigkeit ausgesetzte Haut oder Wunde mit Seife und Wasser zu reinigen, bevor man ein Antiseptikum aufträgt)
- ggf. Augen und Mund mit viel Wasser ausspülen

Anschließend sollten sich Justizvollzugsmitarbeiter(innen), die einem bedeutenden Risiko ausgesetzt waren, einem Arzt bzw. einer Ärztin oder dem/der für Postexpositionsmaßnahmen zuständigen Mitarbeiter(in) vorstellen und es sollten Vorkehrungen für die Postexpositionsprophylaxe getroffen werden (UNODC, 2008a).

⁴ http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines/en/index.html letzter Stand: 3.12.2009
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf letzter Stand: 3.12.2009

Übung: Die zentrale Bedeutung von Bediensteten bei der Schadensminderung!

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 13**

Benötigtes Material:

„Checkliste: Die zentrale Bedeutung von Bediensteten bei der Schadensminderung“, die an die Teilnehmer(innen) ausgeteilt wird (Anlage 19)

Vorgehensweise:

Verteilen Sie die Checkliste von UNODC (2008a) mit Fragen zu Maßnahmen zu Sicherheit und Gesundheitsschutz an die Teilnehmer(innen).

Bitten Sie die Teilnehmer(innen), die Checkliste zu lesen; nutzen Sie dies dazu, eine Gruppendiskussion über die Kernprobleme in den folgenden Bereichen anzuregen:

- das vorhandene oder fehlende Schulungsangebot in ihrem Gefängnis,
- der Zugang zu Schutzausrüstungen,
- ob sie von den allgemeinen Vorsichtsmaßnahmen und PEP überzeugt sind (nach dem Vortrag und nach ihrer Erfahrung im Gefängnis),
- ob sie die Idee unterstützen, Gefangenen den Zugang zu Kondomen, sauberen Spritzen und Injektionsnadeln zu ermöglichen, um die Verbreitung ansteckender Krankheiten einzudämmen.

Teil 2: Stress und Burnout

Insgesamt benötigte Zeit: 85 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 15**

Die Folgen von Stress und Burnout können negative Auswirkungen auf die Arbeitsbeziehungen der Justizvollzugsmitarbeiter(innen) zu ihren Kolleg(inn)en und den Gefangenen sowie auf ihr Privatleben haben. So kann zum Beispiel eine Überbelegung des Gefängnisses zu vermehrtem Stress seitens der Justizvollzugsmitarbeiter(innen) führen. Die Arbeit in Haft beinhaltet oft vielfältigere Stressfaktoren, als sie in anderen Berufen zu finden sind.

Die Arbeit im Gefängnis kann sehr beanspruchend und belastend sein. Justizvollzugsmitarbeiter(innen) können mit verschiedenen Faktoren konfrontiert sein, die es in anderen Berufen nicht gibt, wie zum Beispiel:

- Schichtdienst
- Unterbesetzung
- Drohende Angriffe durch Gefangene

- Ein vielleicht negatives öffentliches Bild von Justizvollzugsanstalten

Diese Aspekte betreffen nicht nur die Justizvollzugsmitarbeiter(innen) persönlich, sondern können auch negative Folgen für ihre Familien sowie für das Gefängnis als Ganzes haben.

Justizvollzugsmitarbeiter(innen) befinden sich oftmals in einem „Stresskreislauf“; die spezielle Organisationsstruktur, das Arbeitsklima und Personalmangel können bei den Mitarbeiter(inne)n zu vermehrtem Stress führen, was wiederum zu mehr krankheitsbedingten Fehlzeiten der Mitarbeiter(innen) führt und schließlich zu noch mehr Stress für die übrigen Mitarbeiter(innen).

Übung: Beruflicher Stress und Stress im Privatleben

30 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 16**

Benötigtes Material:

Flipchart, Marker, Papier, Stifte, „Mögliche Stressfaktoren“ (Anlage 20)

Vorgehensweise:

Verteilen Sie Papier und Stifte an die Teilnehmer(innen) und schreiben Sie die zwei Überschriften „Beruflicher Stress“ und „Stress im Privatleben“ oben auf das Flipchart. Bitten Sie die Teilnehmer(innen), zwei kurze Beispiele für etwas zu finden, das sie bei der Arbeit sehr stresst, sowie für etwas, das sie außerhalb der Arbeit im Privatleben stresst.

Erklären Sie den Teilnehmer(inne)n, dass sie nur solche Beispiele nehmen sollten, die sie auch mit der Gruppe teilen würden (daher bietet es sich eher an, solche Beispiele zu wählen, die häufig vorkommen, als solche, die ein tiefes persönliches Trauma widerspiegeln).

Wenn alle Teilnehmer(innen) ihre Beispiele aufgeschrieben haben, tauschen sie die Blätter mit einem anderen Mitglied der Gruppe. Bitten Sie die Teilnehmer(innen) anschließend, das erste Beispiel für Stress auf ihrem Blatt vorzulesen und zu sagen, wie stressgeladen sie dieses Beispiel auf einer Skala von eins bis zehn einschätzen würden. Schreiben Sie die von den Teilnehmer(inne)n genannten Beispiele mit den jeweils vergebenen Stresspunkten auf das Flipchart.

Nachdem alle die Beispiele vorgelesen und bewertet haben, fragen Sie die Gruppe, ob jemand eines der Beispiele anders bewerten würde.

Lassen Sie am Ende der Übung ein paar Minuten Zeit für eine Diskussion über die persönlichen Strategien der Teilnehmer(innen) zur Stressbewältigung (Strategien zur Bewältigung von Stress und Burnout finden Sie auch im folgenden Vortrag).

Vortrag: Burnout und Strategien zur Stressbewältigung

15 Minuten

➤ **PowerPoint: Folien 17-28**



Gestalten Sie den Vortrag so interaktiv wie möglich, indem Sie häufig Zwischenfragen stellen und die Teilnehmer(innen) aktiv miteinbeziehen.

Justizvollzugsmitarbeiter(innen) und Burnout

Burnout ist ein Zustand langfristiger Erschöpfung. Es handelt sich dabei um einen schrittweisen Prozess, bei dem Mitarbeiter(innen) Schwierigkeiten haben, ein Gleichgewicht zwischen ihren Verpflichtungen und ihrem Einsatz sowie den Belastungen am Arbeitsplatz zu finden.

Gemäß der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz wird Burnout als Syndrom emotionaler Müdigkeit, Verausgabung und reduzierter Leistungsfähigkeit definiert. Es handelt sich um einen ernst zu nehmenden Zustand, in dem Menschen unter einer negativen Veränderung der Gefühle, Einstellungen und Erwartungen leiden. Die Folge sind meist gravierende Probleme am Arbeitsplatz und im Privatleben. Die Betroffenen leiden an Erschöpfung, Müdigkeit und verminderter Leistungsfähigkeit.

Justizvollzugsmitarbeiter(innen) sind besonders anfällig für Burnout. Die Wahrscheinlichkeit von Burnout steigt in Umgebungen, in denen Menschen Gefahr, mangelnder Unterstützung durch die Vorgesetzten und dem Kontakt mit Gefangenen ausgesetzt sind. Zu einem Burnout kann es auch in einer Phase kommen, in der sich Veränderungen am Arbeitsplatz ergeben.

Es kann hilfreich sein, über Burnout zu sprechen, da es wichtig ist, sich seiner Auswirkungen bewusst zu sein, insbesondere dann, wenn man in schwierigen und manchmal stresslastigen Umgebungen wie einem Gefängnis arbeitet.

Symptome, die auf Burnout hinweisen

Verhalten:

- Häufiger Blick auf die Uhr
- Verschieben von Aktivitäten mit den Gefangenen
- Über Gefangene in Stereotypen denken
- Schwerer arbeiten und trotzdem weniger erledigen können
- Stärkerer Verlass auf Regeln und Bestimmungen („Nach Schema F vorgehen“)
- Die Arbeit nicht mehr mit Kollegen besprechen
- Exzessiver Konsum von Drogen und Alkohol
- Probleme in Ehe und Familie
- Häufiges Fehlen

- Reizbarkeit
- Vermeidung von Verantwortung am Arbeitsplatz

Psyche

- Nicht zur Arbeit gehen wollen
- Gefühl des Scheiterns, Wut und Ärger, Entmutigung und Gleichgültigkeit
- Negative Gedanken
- Anhaltende sorgenvolle Gedanken
- Sich kraftlos und hoffnungslos fühlen
- Starres Denken und Ablehnung von Veränderungen
- Misstrauen und Paranoia
- Angstzustände
- Depression

Körper

- Sich bei der Arbeit müde fühlen
- Erschöpfung
- Schlecht schlafen
- Häufige Erkältungen oder andere Infektionen
- Häufige Kopfschmerzen
- Häufig Magen-Darm-Probleme
- Häufig nicht zuzuordnende gesundheitliche Beschwerden

Strategien zur Bewältigung von Stress und Burnout

Es gibt eine Reihe von Bewältigungsstrategien zum Umgang mit Stress und Burnout. Manchen hilft eine Selbsthilfegruppe, ein Yoga-Kurs oder andere Dinge zu tun, die ihnen dabei helfen, sich zu entspannen. Nachfolgend sind einige Techniken zur Bewältigung von Stress und Burnout aufgelistet:

- **Sport:** Nach einem Arbeitstag kann es sehr entspannend sein, kardiovaskuläre Sportarten wie Walken, Schwimmen und Joggen zu treiben.
- **Nehmen Sie keine Arbeit mit nach Hause:** Wenn Sie unbedingt Arbeit mit nach Hause nehmen müssen, erledigen Sie sie so bald es geht, damit Ihnen noch Zeit zur Entspannung bleibt.
- **Verplanen Sie nicht Ihre gesamte Freizeit:** Da Sie schon bei der Arbeit ausgebucht sind, lassen Sie sich etwas Freiraum.
- **Schlafen Sie genug:** Ausgeschlafen kann man Probleme besser bewältigen.
- **Suchen Sie sich ein Projekt oder ein Hobby** das Ihnen dabei hilft, eine Zeit lang von der Arbeit abzuschalten.
- **Führen Sie eine To-do-Liste:** Prüfen Sie sie täglich und erledigen Sie mindestens ein bis zwei Dinge. Die Liste schrumpfen zu sehen, wird ein Erfolgserlebnis für Sie sein!

- **Erkennen und respektieren Sie Ihre Grenzen:** Bürden Sie sich keine unzumutbaren Aufgaben auf.
- **Lernen Sie zu planen:** Denken Sie voraus und entwickeln Sie Ihre eigene Methode, Ihre Aufgaben ordentlich zu erledigen.

Es kann auch überlegt werden, therapeutische Hilfe heranzuziehen, um Menschen mit Stress oder Burnout zu helfen. Eine therapeutische Beratung basiert auf der vertraulichen Zusammenarbeit mit dem/der Therapeuten(in) und unterstützt den Patienten dabei, Stress bei der Arbeit zu bewältigen und persönliche Entscheidungen darüber zu treffen, wie man mit Belastungen umgehen kann. Der Beratungsprozess kann auch dazu genutzt werden, Dinge zu besprechen, die Anlass zu Sorgen geben, wie zum Beispiel Mobbing oder das Risiko der Ansteckung mit HIV. Den Mitarbeiter(inne)n sollte fortwährend Beratung und Unterstützung zur Verfügung stehen. An manchen Arbeitsplätzen kann es für die Mitarbeiter(innen) schwierig sein, sich zu öffnen und über ihre Probleme zu sprechen, weil es eine Art „Macho-Kultur“ gibt, in der Justizvollzugsmitarbeiter(innen) als „starke“ Menschen angesehen werden, die mit Stress umgehen können.

Übung: Was ist Mobbing?

40 Minuten

➤ **PowerPoint: Folie 29**

Benötigtes Material:

Flipchart, Flipchart-Papier, Marker, Papier, Stifte, „Was ist Mobbing?“ (Anlage 21)

Vorgehensweise:

Teilen Sie die Teilnehmer(innen) in kleine Gruppen ein. Geben Sie jeder Gruppe ein Flipchart-Papier. Bitten Sie sie nun, zu diskutieren und zu definieren, was ihrer Meinung nach zu Mobbing zählt.

Geben Sie den Gruppen 10 Minuten Zeit zu diskutieren und bitten Sie sie anschließend, ihre Definition auf den Flipchart-Bogen zu schreiben. Kleben Sie alle Flipchart-Bögen an die Wand und bitten Sie die Gruppen, ihre Ergebnisse vorzustellen.

In einem nächsten Schritt sollen die Teilnehmer(innen), Strategien zum Umgang mit Mobbing am Arbeitsplatz aufzuschreiben. Geben Sie den Gruppen 10 Minuten Zeit zu diskutieren und bitten Sie sie anschließend, die wichtigsten Antworten auf die Flipchart-Bögen zu schreiben. Kleben Sie wieder alle Flipchart-Bögen an die Wand und bitten Sie die Gruppen, ihre Ergebnisse vorzustellen.

Stellen Sie sicher, dass auch auf die Antimobbingstrategie des Gefängnisses - sofern es eine gibt - eingegangen wird. Wenn es keine Antimobbingstrategie gibt, fragen Sie die Teilnehmer(innen), ob sie eine solche Strategie nützlich finden würden.

Gehen Sie nach der Übung auf alle Informationen des Blattes „Was ist Mobbing?“ (Anlage 21) ein, die nicht im Rahmen der Gruppendiskussion genannt wurden.

Schlussfolgerung (Fragen und Anmerkungen)

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

- Die Gruppenmitglieder sollten so viel wie möglich über den Schutz ihrer eigenen Gesundheit und Sicherheit und über Bewältigungsstrategien zum Umgang mit Stress und Mobbing lernen.
- Für ihre Gesundheit, die ihrer Familie und die der Gefangenen ist es wichtig, dass sie die allgemeinen Vorsichts- und Postexpositionsmaßnahmen kennen.
- Die Verbreitung von Infektionen wie HIV, Hepatitis und Tuberkulose ist unter Gefangenen wesentlich höher als in anderen Teilen der Gesellschaft. Justizvollzugsmitarbeiter(innen) sind für den Schutz dieser vulnerablen, oftmals aus marginalisierten Teilen der Gesellschaft stammenden Gefangenen verantwortlich und entscheidend. Eine gesunde Haftumgebung kann nur geschaffen werden, wenn alle Mitarbeiter(innen) gemeinsam auf dieses Ziel hinarbeiten. Um dies tun zu können, müssen sie verstehen und wissen, wie Infektionskrankheiten übertragen werden können und wie ihre eigene Sicherheit und die der Gefangenen erhalten werden kann.
- Burnout ist ein schrittweiser Prozess, bei dem Mitarbeiter(innen) Schwierigkeiten haben, zwischen ihren Verpflichtungen und ihrem Einsatz sowie den Belastungen ihrer Arbeit zu finden. Um Burnout vorzubeugen, sollten Mitarbeiter(innen) unter anderem angemessen entlohnt werden und Zugang zu angemessener Ausbildung und Fortbildung haben, um hohe Fehlzeiten und einen hohen Krankenstand zu vermeiden.

Evaluation

Insgesamt benötigte Zeit: 10 Minuten

Glossar

Dieses Glossar wurde ergänzend zur Abkürzungsliste erstellt, um einige im Trainingshandbuch verwendete Kernkonzepte und -begriffe zu definieren und kurz ihre Bedeutung zu erklären.

Schadensminderung	„Schadensminderung (englisch: harm reduction) umfasst Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Drogen von Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, deren Gebrauch einzustellen. Die Hauptmerkmale des Ansatzes sind mehr auf die Vermeidung gesundheitlicher Schäden des Drogenkonsums gerichtet als auf der Vermeidung des Drogenkonsums an sich, und der Fokus liegt auf Menschen, die weiterhin Drogen nehmen.“ (International Harm Reduction Association)
Injizierender Drogenkonsum	Die meisten injizierenden Drogenkonsument(inn)en spritzen ihre Drogen intravenös. Mit dem Begriff des intravenösen Drogenkonsums ist eine Art des Drogenkonsums gemeint, bei dem die Droge in die Vene gespritzt wird. Drogenkonsument(inn)en injizieren die Droge auch unter die Haut (subkutane Injektion), oder in den Muskel, zu letzterem kommt es oftmals versehentlich wenn eine Vene nicht getroffen wird oder die subkutane Injektion misslingt. Jede wasserlösliche Droge kann gespritzt werden. Die am häufigsten injizierten Drogen sind Heroin und andere Opiate, Kokain und Amphetamine.
Problematischer Drogenkonsum	Ein problematischer Drogenkonsum liegt vor bei „injizierendem Drogenkonsum oder beim langfristigen/regelmäßigen Konsum von Opiaten, Kokain bzw. Amphetaminen“ (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht).
Polyvalenter Drogenkonsum	Polyvalenter Drogenkonsum bezeichnet den gleichzeitigen oder nacheinander erfolgenden Konsum von mehr als einer Art von Drogen durch eine Person. Es gibt Unterschiede hinsichtlich der in der Definition des polyvalenten Drogenkonsums enthaltenen Substanzen - meist illegale Drogen, Alkohol und Medikamente.

Anlagen

Anlage	1	Evaluationsbogen für Fortbildungsteilnehmer(innen)
Anlage	2	Vorlage für die Teilnehmerliste
Anlage	3	Vordruck „Teilnahmebestätigung“
Anlage	4	Richtige und falsche Aussagen über Drogen: Antwortschlüssel für den (die) Fortbildungsleiter(in)
Anlage	5	Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung
Anlage	6	Kontinuum des Drogenkonsums – Fallbeispiele
Anlage	7	Richtige und falsche Aussagen zur HIV-Übertragung: Antwortschlüssel für den (die) Fortbildungsleiter(in)
Anlage	8	HIV-Übertragung
Anlage	9	Definitionen psychischer Gesundheit
Anlage	10	Arbeitsblatt: „Drogenkonsum: Risiko- und Schutzfaktoren“
Anlage	11	Infoblatt: „Drogenkonsum: Mögliche Risiko- und Schutzfaktoren“
Anlage	12	Fallbeispiel 1
Anlage	13	Fallbeispiel 2
Anlage	14	Verhandlungsgeschick bei der Kondombenutzung
Anlage	15	Kernkonzepte der Sexualität
Anlage	16	Erklärung der sexuellen Menschenrechte des Weltverbandes für Sexologie
Anlage	17	Kontroverse Aussagen zu Sexualität
Anlage	18	Spezifisches Vokabular zum Thema Sexualität
Anlage	19	Checkliste: Die zentrale Bedeutung von Bediensteten bei der Schadens- minderung
Anlage	20	Mögliche Stressfaktoren
Anlage	21	Was ist Mobbing?

Anlage 1

Evaluationsbogen für Fortbildungsteilnehmer(innen)

Evaluationsbogen - Teilnehmer(innen) -

Datum:

Ort (Veranstaltungsort, Stadt, Land):

Modul zum Thema



Bitte denken Sie noch einmal an die Fortbildungseinheit und beantworten Sie die folgenden Fragen:

	sehr zufrieden	zufrieden	neutral	unzufrieden	sehr unzu- frieden
1. Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation der Fortbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie zufrieden sind Sie mit der Qualität der durchgeführten Fortbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie zufrieden sind Sie mit dem bereitgestellten Material?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie zufrieden sind Sie mit der Fortbildung insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie den Grad Ihrer Übereinstimmung mit den folgenden Aussagen zur Fortbildung an:

	starke Zustimmung	Zustimmung	neutral	Widerspruch	starker Widerspruch
5. Die Fortbildungsumgebung war angemessen und dem Lernen förderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die im Rahmen der Fortbildung erhaltenen Informationen waren nützlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Der/die Fortbildungsleiter(in) war gut vorbereitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Der/die Fortbildungsleiter(in) kannte sich gut mit den vorgestellten Themen aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der/die Fortbildungsleiter(in) war offen für Fragen und hat sich genügend Zeit genommen, auf die Fragen zu antworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Der Kurs enthielt zu viel Theorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Der Kurs enthielt zu viele Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Der Kurs enthielt zu viele Diskussionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Fortbildung hat meine Erwartungen erfüllt oder übertroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich denke, dass diese Fortbildung meine tägliche Arbeit positiv beeinflussen wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich würde diese Fortbildung meinen Kollegen empfehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

- Männlich Weiblich

17. Bitte geben Sie an, in welchem Bereich sie arbeiten:

- Sicherheitspersonal Verwaltung der JVA
 Sozialarbeiter(in) Psychologe(in)
 Medizinisches Personal Arzt
 Andere, bitte angeben:

18. Welche Teile der Fortbildung haben Ihnen am meisten gefallen? Warum?

19. Welche Teile der Fortbildung haben Ihnen am wenigsten gefallen? Warum?

20. Gab es Informationen, die Sie als wichtig erachten und die in der Fortbildung fehlten?

21. Weitere Anmerkungen/Vorschläge zur Fortbildung:

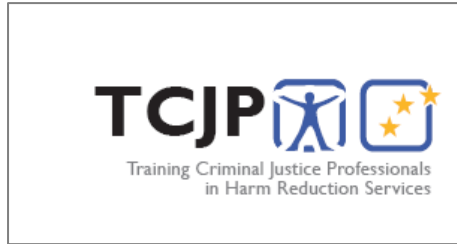
Vielen Dank für das Ausfüllen des Evaluationsbogens!

Anlage 2

Vorlage für die Teilnehmerliste

Anlage 3

Vordruck „Teilnahmebestätigung“



Teilnahmebestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass

.....

(Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin)

am Modul

.....

(Bezeichnung des Moduls/der Module)

der Fortbildung:

„Schadensminderung im Justizvollzug“

teilgenommen hat.

.....

Datum

.....

Stadt, Land

TCJP

**Training Criminal Justice Professionals
in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups**

gefördert von der

Europäischen Kommission, Bereich öffentliche Gesundheit





Anlage 4 Richtige und falsche Aussagen über Drogen:


Antwortschlüssel für den (die) Fortbildungsleiter(in)

Richtige und falsche Aussagen über Drogen: Antwortschlüssel für den (die) Fortbildungsleiter(in)

(z.T. basierend auf: „Life Skills Training Guide for Young People: HIV/AIDS und Substance Use Prevention“ (UNODC, 2003))

Von Alkohol kann man nicht abhängig werden	Falsch: Alkohol ist eine Droge wie jede andere; man kann physisch und psychisch von Alkohol abhängig werden.
Nach dem Konsum von Cannabis/Marihuana ein Fahrzeug zu fahren ist wesentlich sicherer als nach dem Konsum von Alkohol.	Falsch: Wie Alkohol wirkt sich auch Cannabis/Marihuana auf die Motorik aus, verlangsamt die Reflexe und beeinträchtigt die Wahrnehmung (die Art, wie wir Dinge um uns herum sehen und deuten). All diese Veränderungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls während der Fahrt.
Cannabis ist der erste Schritt zum Konsum anderer Drogen.	Richtig und falsch: Normalerweise beginnt der Drogenkonsum mit einer billigen und leicht verfügbaren Droge wie Cannabis/Marihuana oder Amphetaminen. Die meisten Menschen, die Cannabis konsumieren, hören jedoch nach einer bestimmten Zeit wieder damit auf.  Entscheiden Sie im Einzelfall, wie Sie diese Aussage bewerten. Entweder geben Sie dem Team einen Teil der Punkte, wenn Teile der Frage richtig beantwortet wurden, oder Sie erlauben dem Team, eine neue Aussagenkarte zu ziehen.
Man kann nicht von Mitteln abhängig werden, die man vom Arzt verschrieben bekommen hat, wie etwa Schmerz- oder Schlafmittel.	Falsch: Auch verschriebene Mittel können abhängig machen, wenn sie über einen längeren Zeitraum eingenommen werden.
Um mit dem Konsum von Drogen aufzuhören, muss man einfach nur genug Willenskraft haben.	Falsch: Drogenabhängigkeit ist eine sehr komplexe psychische Störung, die auch physische Reaktionen einschließt. Abhängig von der jeweiligen Situation kann es sehr schwierig sein, von den Drogen loszukommen. Drogenabhängige Menschen verlieren die Kontrolle über ihren Konsum. Nach dem Konsum von Drogen werden im Gehirn chemische Botenstoffe freigesetzt, die das Belohnungszentrum aktivieren und den Drogenkonsum angenehm machen. Langzeitiger Drogenkonsum beeinträchtigt Prozesse im Gehirn, die mit der Motivation, Aufmerksamkeit, Entscheidungsfindung und der Impulshemmung in Verbindung stehen.
Kaffee und Tee enthalten Stimulanzien, die Drogen ähneln.	Richtig: Kaffee, Tee und viele Softdrinks enthalten Koffein, ein Stimulanz. Koffein kann zu Kopfschmerzen führen, einem häufigen Anzeichen von Entzug.
Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit.	Richtig: Alkoholabhängigkeit kann als chronisch-rezidivierende Erkrankung angesehen werden, so wie Diabetes oder Epilepsie Krankheiten sind.
Drogenabhängigkeit ist eine Krankheit.	Richtig: Drogenabhängigkeit kann als chronisch-rezidivierende Erkrankung angesehen werden, so wie Diabetes oder Epilepsie Krankheiten sind.

<p>Alkohol kann sich positiv auf das koronare System (das heißt auf das Herz) auswirken.</p> <p style="text-align: right;"></p>	<p>Richtig und falsch: Bei manchen Menschen können geringe Mengen an Alkohol eine schützende Wirkung auf das Herz haben. Solche positiven Wirkungen wurden jedoch nicht für die Bevölkerung insgesamt belegt. Tatsächlich ist es so, dass Alkoholkonsum viele negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat. So steigt zum Beispiel das Krebsrisiko.</p> <p>Entscheiden Sie im Einzelfall, wie Sie diese Aussage bewerten. Entweder geben Sie dem Team einen Teil der Punkte, wenn Teile der Frage richtig beantwortet wurden, oder Sie erlauben dem Team, eine neue Aussagenkarte zu ziehen.</p>
<p>Ein großer Teil der Menschen mit problematischem Drogenkonsum war oder ist selbstmordgefährdet.</p>	<p>Richtig: Die Wahrscheinlichkeit von Selbstmordversuchen ist bei Menschen mit problematischem Drogenkonsum 6 bis 10 Mal höher als bei Menschen ohne problematischen Drogenkonsum.</p>
<p>Cannabis kann legal verschrieben werden.</p>	<p>Richtig: In den meisten Ländern verstößt der Konsum von Cannabis gegen das Gesetz. In manchen Ländern jedoch werden Cannabispräparate versuchsweise schwerkranken Patienten (zum Beispiel Krebspatienten) verschrieben. Cannabis lindert Schmerzen und Übelkeit und steigert den Appetit.</p>
<p>Heroin kann legal verschrieben werden.</p>	<p>Richtig: In manchen Ländern wie Großbritannien, den Niederlanden und Deutschland kann Heroin schwer heroinsüchtigen Menschen, die nicht auf opioidgestützte Substitutionstherapien (zum Beispiel mit Methadon) ansprechen, legal verschrieben werden, um problematische Drogenkonsument(inn)en von illegalen Aktivitäten abzubringen und ihre Lebensqualität zu verbessern.</p>
<p>Drogenabhängigkeit kann zu Obdachlosigkeit und zum Tod führen.</p>	<p>Richtig: Viele Drogenkonsument(inn)en verlieren ihren sozialen und ökonomischen Status und durch eine Überdosis oder andere Komplikationen vielleicht sogar ihr Leben.</p>
<p>Ein Mal Heroin und Kokain probieren und man ist abhängig.</p>	<p>Falsch: Es dauert einige Zeit, bis eine Person abhängig wird. Manche Menschen nehmen regelmäßig Heroin und Kokain und werden nicht abhängig.</p>
<p>Alkohol und Tabak sind die gefährlichsten Drogen in der Gesellschaft.</p>	<p>Richtig: In den Industrieländern ist das Rauchen von Tabak die häufigste Ursache für vermeidbare vorzeitige Todesfälle. Die Europäische Union ist die Region der Welt, in der am meisten Alkohol getrunken wird, und Alkohol wird mit den verschiedensten gesundheitlichen und gesellschaftlichen Problemen in Verbindung gebracht.</p>

<p>Drogentests sind eine gute Maßnahme, um den Drogenkonsum in Haftanstalten zu stoppen.</p> <p style="text-align: right;"></p>	<p>Richtig und Falsch: Richtig, wenn Drogentests mit einer Drogentherapie verknüpft sind. Falsch, wenn zufällige Drogentests aller Gefangenen durchgeführt werden. Gefangene können außerdem den Drogenkonsum anpassen, um den Test zu manipulieren (Heroin zum Beispiel ist im Urin nur drei bis vier Tage nach dem Konsum nachweisbar).</p> <p>Entscheiden Sie im Einzelfall, wie Sie diese Aussage bewerten. Entweder geben Sie dem Team einen Teil der Punkte, wenn Teile der Frage richtig beantwortet wurden, oder Sie erlauben dem Team, eine neue Aussagenkarte zu ziehen.</p>
<p>Coca Cola hat früher Kokain enthalten.</p>	<p>Richtig: Bis 1904 war Kokain in Coca Cola enthalten, dann wurde es jedoch durch Koffein ersetzt.</p>

Anlage 5 Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung

Häufige Bedenken hinsichtlich Schadensminderung

(z.T. basierend auf Bulmestre et al., 2009)

„Schadensminderung funktioniert nicht“

Jüngste Forschungen zeigen, dass Schadensminderung in vielen Situationen eine nützliche und zuverlässige Methode zur Verhinderung drogenbedingter Probleme ist. Es handelt sich um eine kosteneffektive Maßnahme mit einer großen Wirkung sowohl auf die Gesundheit des Einzelnen als auch auf die öffentliche Gesundheit.

„Schadensminderung animiert Drogenkonsument(inn)en dazu, den Drogenkonsum fortzuführen“

Viele problematische Drogenkonsument(inn)en konsumieren trotz größter Bemühungen weiter Drogen, weil sie nicht damit aufhören können. Obwohl Gefängnisse eine sichere Umgebung darstellen, sind Drogen für die Gefangenen leicht verfügbar. Sie können auf verschiedene Weise in die Haftanstalt geschmuggelt werden und es ist unwahrscheinlich, dass man dies jemals ganz verhindern kann.

Für diejenigen, die nicht aufhören können, nicht aufhören wollen oder die rückfällig werden, ist Schadensminderung ein effektives Mittel, Überdosierungen zu vermeiden und die Übertragung von Infektionskrankungen (wie HIV/AIDS und Hepatitis B und C) einzudämmen. Sie trägt damit zum Schutz sowohl der Gesundheit des Einzelnen als auch der der Öffentlichkeit bei.

Schadensminderung ist oftmals die einzige Verbindung zwischen problematischen Drogenkonsument(inn)en und verschiedensten Hilfsdiensten und stellt häufig den ersten Schritt hin zu einer Therapie dar. Durch Schadensminderung können problematische Drogenkonsument(inn)en wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden und ein produktives Leben führen.

„Durch Schadensminderung verharren die Leute in ihrem Drogenkonsummuster“

Schadensminderung ergänzt Präventionsmaßnahmen zum Drogenkonsum und Maßnahmen, die zur Reduktion des allgemeinen Niveaus des Konsums beitragen; darüber hinaus hilft sie denen, die mit dem Drogenkonsum aufhören möchten.

Verglichen mit einer Entgiftung oder anderen drogenfreien Therapien setzten die Klienten bei opioidgestützten Substitutionstherapien - zum Beispiel mit Methadon - häufiger die Therapie fort und diese Therapien trugen erfolgreicher zur Verringerung des Heroinkonsums bei; dadurch werden HIV-Infektionen und drogenbedingte Todesfälle vermieden.

Grundsätzlich ist jeder Drogenkonsum schädlich, doch durch Schadensminderung können die Gefahren des Drogenkonsums in einem gewissen Ausmaß begrenzt werden.

„Schadensminderung animiert Menschen, die keine Drogen konsumieren, zum Drogenkonsum“

Diesem Einwand liegt die Annahme zugrunde, dass die Unterstützung von Drogenkonsument(inn)en dabei, Probleme zu vermeiden und gesund und am Leben zu bleiben, bei Menschen, die derzeit keine Drogen konsumieren, den Eindruck erwecken könnte, Drogenkonsum sei eine erstrebenswerte und sichere Verhaltensweise.

Studien zufolge steigt der Drogenkonsum nach der Umsetzung von Maßnahmen zur Schadensminderung nicht an.

Die Sorge, dass Schadensminderung den Drogenkonsum fördern kann, berücksichtigt nicht die Komplexität der Entscheidung eines Menschen, Drogen zu konsumieren; wobei u.a. die soziale Umgebung, die Lebenserfahrungen und die Charaktereigenschaften eine Rolle spielen.

„Schadensminderung bedroht die öffentliche Sicherheit“

Diesem Einwand liegt die Annahme zugrunde, dass Schadensminderungsmaßnahmen Drogendealer anziehen und die öffentliche Sicherheit in der Umgebung gefährden könnten. Studien zeigen jedoch, dass das Gegenteil der Fall ist und die Umgebung sicherer wurde. Es gab zum Beispiel Bedenken hinsichtlich der Einführung von Spitzentauschprogrammen. In Gebieten, in denen Spritzentauschprogramme eingeführt wurden, hat die Kleinkriminalität, die oft mit Drogen in Verbindung gebracht wird (Einbrüche und Einbruchdiebstähle), abgenommen.

Studien zeigen, dass nach der Einführung von Spritzentauschprogrammen in Gefängnissen

- weder der allgemeine Drogenkonsum noch der intravenöse Drogenkonsum steigen,
- Spritzen nicht zweckentfremdet werden (zum Beispiel als Waffen),
- die Entsorgung der benutzten Spritzen unkompliziert ist,
- es sogar zu einer Verringerung des Drogenkonsums kommen kann, wenn der Spritzentausch in eine verbesserte Struktur der Drogenberatung und -behandlung integriert ist,
- die Verbreitung von Infektionserkrankungen eingedämmt wird.

„Die Ressourcen sollten besser für abstinenzorientierte Behandlungen als für opioidgestützte Substitutionstherapien genutzt werden“

Problematischer Drogenkonsum kann als chronisch-rezidivierende Erkrankung angesehen werden. Heroin zum Beispiel ist eine Droge, die vergleichsweise schnell zu einer starken Abhängigkeit und starken Entzugserscheinungen nach Absetzen der Droge führt. Langfristiger Drogenkonsum kann sich auf Prozesse im Gehirn auswirken, die mit der Motivation, Aufmerksamkeit, Entscheidungsfindung und Impulshemmung zusammenhängen. Das Prinzip der Schadensminderung will diesen Menschen dabei helfen, sich selbst vor weiteren Schäden wie Infektionserkrankungen (HIV/AIDS und Hepatitis B und C) und einer Überdosis zu schützen.

Anlage 6

**Kontinuum des Drogen-
konsums – Fallbeispiele**

Kontinuum des Drogenkonsums – Fallbeispiele

1. Der 30-jährige Julian hatte im Alter von 22 einen schweren Autounfall. Seitdem musste er starke Schmerzmittel nehmen. Nach einiger Zeit verlor er seinen Job und fing an, auch illegale Drogen wie Heroin zu konsumieren. Eines Tages wurde Julian wegen Kleinkriminalität verhaftet. Im Untersuchungsgefängnis zeigte er Symptome wie Schweißausbrüche, Schüttelfrost, Kopfschmerzen und andere grippeähnliche Symptome.
2. Karen ist 21 und arbeitslos. Durch ihren letzten Freund hat sie angefangen, Heroin zu konsumieren. Jetzt hat sie einen neuen Freund. Er hat ihr vorgeschlagen, dass sie Sex mit anderen Männern haben soll, um Geld zu verdienen, damit sie Heroin besorgen und das Leben gemeinsam genießen können.
3. Phillip geht zu einer Bürofete und trinkt zu viel. Auf seinem Heimweg wird er von der Polizei angehalten, einem Atemalkoholtest unterzogen und anschließend wird ihm ein Fahrverbot erteilt. Peter fährt jetzt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, aber das macht ihm nichts aus, weil er dadurch jetzt Alkohol trinken kann, bevor er sich von der Arbeit auf den Heimweg macht.
4. Niels geht mit seinen Freunden, alle unter 21, am Sonntagabend aus. Im Laufe des Abends trinkt er sechs große Gläser Bier und danach drei Shots. Dann gehen sie in einen anderen Club, wo sie Ecstasy nehmen. Am Montag sind alle um 9 Uhr auf der Arbeit.
5. Rebekka nimmt im Moment konsequent an einem Methadonprogramm Teil und ihr Partner passt auf ihre beiden Kinder auf. Ihr ältester Sohn, 17 Jahre alt, hat angefangen, am Wochenende Cannabis/Spice zu konsumieren.

Anlage 7

**Richtige und falsche Aussagen zur
HIV-Übertragung:**

**Antwortschlüssel für den (die)
Fortbildungsleiter(in)**

Richtige und falsche Aussagen zur HIV-Übertragung: Antwortschlüssel für den (die) Fortbildungsleiter(in)

Ungeschützter Geschlechtsverkehr	Wahr: Vaginal- und Analverkehr bergen ein hohes, Oralverkehr ein mittleres Risiko. Die Schleimhäute der Vagina und des Afters sind besonders empfindlich und zeigen häufig fast unmerkliche Verletzungen. Im Hinblick auf Oralverkehr können Entzündungen oder Infektionen im Mund mögliche Eintrittswege für die Übertragung darstellen. Kleinere Verletzungen zum Beispiel vom Zähneputzen stellen für die HIV-Übertragung jedoch kein besonderes Risiko dar.
Gemeinsame Benutzung von Spritzbesteck beim Drogenkonsum	Wahr: Die gemeinsame Benutzung von Nadeln beim Drogenkonsum birgt ein hohes Risiko, da das infizierte Blut in direkten Kontakt mit dem Blutkreislauf kommt. Blut kann eine gewisse Zeit lang in einer Spritze überleben, abhängig von bestimmten Umständen wie der Temperatur.
Direkter Kontakt zwischen einer offenen Wunde einer nicht infizierten Person und dem Blut einer mit HIV infizierten Person	Wahr: Doch nur frische oder eiternde Wunden stellen ein Risiko dar; Wunden, die sich bereits geschlossen haben, sowie kleinere Kratzer, die mit infiziertem Blut in Kontakt kommen, bergen kein Infektionsrisiko.
Gemeinsame Benutzung von Tätowier- und Piercingzubehör	Wahr: Tätowier- und Piercingnadeln kommt mit Blut in Kontakt.
Nicht überprüfte Bluttransfusionen	Wahr: Grundsätzlich kann es zu einer Übertragung kommen, aber das ist sehr sehr selten. In den 1980er und 1990er Jahren gab es Fälle von Übertragungen durch Bluttransfusionen. Heutzutage sorgt die bessere Überprüfung der Blutspenden dafür, dass die Übertragung in den meisten europäischen Ländern nicht mehr stattfindet.
Von der Mutter auf das ungeborene Kind während der Schwangerschaft	Wahr: Abhängig davon, wie der Gesundheitszustand der Mutter ist und ob eine vorbeugende Behandlung stattgefunden hat, kann es zu einer Infektion kommen.
Von der Mutter auf das Kind während der Geburt	Wahr: Wenn Kontakt mit Blut oder Vaginalsekret besteht, kann es zu einer Übertragung kommen.
Stillen	Wahr: Eine Übertragung ist möglich.

Verletzungen durch Nadelstiche	Wahr: Es besteht ein mittleres Risiko der Übertragung durch Nadelstiche, da das Blut nach dem Einstich aus der Wunde austritt. Eine hohe Viruskonzentration im Blut und eine größere Verletzung können zu einem höheren Übertragungsrisiko führen. Das Übertragungsrisiko durch einen Nadelstich ist besonders hoch für andere Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C.
Medizinisches Personal, das Nadeln und Spritzen wiederverwendet	Wahr
Zusammenleben mit einer HIV-infizierten Person	Falsch
Die gemeinsame Benutzung von Geschirr, Besteck oder Gläsern	Falsch
Händeschütteln	Falsch
Umarmen	Falsch
Küsse und Zungenküsse	Falsch
Petting und gegenseitige Befriedigung	Falsch: Hierbei handelt es sich um eine sichere Sexualpraktik, solange kein infiziertes Sperma oder Vaginalsekret mit den Schleimhäuten von Penis, Vagina, After oder Mund in Berührung kommt.
Tränen	Falsch
Schwimmen in einem öffentlichen Schwimmbad	Falsch
Niesen oder Husten	Falsch
Erbrochenes	Falsch
Urin	Falsch
Stuhl	Falsch
Mückenstiche	Falsch

Anlage 8

HIV-Übertragung

HIV-Übertragung

Hauptübertragungswege von HIV

- Geschlechtsverkehr (durch Genitalsekret, d.h. Sperma, Vaginalsekret)
- Blut
- Von der Mutter auf das Ungeborene/Kind

Handlungen mit einem hohen Risiko der HIV-Übertragung

- Ungeschützter Geschlechtsverkehr: Vaginal- und Analverkehr bergen ein hohes, Oralverkehr ein mittleres Risiko. Die Schleimhäute von Vagina und After sind besonders empfindlich und haben oft kleine, fast unsichtbare Verletzungen. Im Hinblick auf Oralverkehr können Entzündungen oder Infektionen im Mund mögliche Eintrittswege für die Übertragung darstellen. Kleinere Verletzungen zum Beispiel vom Zähneputzen stellen für die HIV-Übertragung jedoch kein besonderes Risiko dar.
- Gemeinsame Benutzung von Nadeln beim Drogenkonsum: Hohes Risiko, da infiziertes Blut in direkten Kontakt mit dem Blutkreislauf kommt; Blut kann - in Abhängigkeit von bestimmten Umständen wie der Temperatur - mehrere Tage lang in Spritzen überleben. Wenn Heroin oder eine andere injizierbare Droge für die Injektion vorbereitet wird, wird sie mit Wasser vermischt und in einem „Kocher“ (normalerweise ein Löffel) erhitzt; anschließend wird die Lösung durch ein Stück Baumwolle oder einen Zigarettenfilter gefiltert. Die gemeinsame Benutzung dieser Gegenstände geht auch mit einem erhöhten Übertragungsrisiko von HIV einher.
- Direkter Kontakt zwischen einer offenen Wunde einer nicht infizierten Person und dem Blut einer mit HIV infizierten Person: Nur frische oder eiternde Wunden stellen ein Risiko dar; Wunden, die sich bereits geschlossen haben, sowie kleinere Kratzer, die mit infiziertem Blut in Kontakt kommen, bergen kein Infektionsrisiko.
- Gemeinsame Benutzung von Tätowier- und Piercingzubehör: Infektionsrisiko, da Tätowier- und Piercingnadeln mit Blut in Kontakt kommen.
- Nicht überprüfte Bluttransfusionen: In den 1980er und 1990er Jahren gab es Fälle von HIV-Übertragungen durch Bluttransfusionen. Heutzutage sorgt die bessere Überprüfung der Blutspenden dafür, dass es in den meisten europäischen Ländern nicht mehr zu einer Übertragung durch Bluttransfusionen kommt.
- Von der Mutter auf das ungeborene Kind während der Schwangerschaft: Abhängig davon, wie der Gesundheitszustand der Mutter ist und ob eine vorbeugende Behandlung zum Schutz des Babys vor einer Übertragung stattgefunden hat, kann es zu einer Infektion kommen.
- Von der Mutter auf das Kind während der Geburt (eine Übertragung findet durch den Kontakt mit Blut oder Vaginalsekret statt)
- Stillen: Es kann zu einer Übertragung kommen, wenn die Viruskonzentration im Blut hoch genug ist.
- Verletzungen durch Nadelstiche: Es besteht ein mittleres Risiko der Übertragung durch Nadelstiche, da das Blut nach dem Einstich aus der Wunde austritt. Eine hohe Viruskonzentration im Blut und eine größere Verletzung können zu einem höheren Übertragungsrisiko führen. Das Übertragungsrisiko durch einen Nadelstich ist besonders hoch für andere Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C.

Aktivitäten ohne Risiko der HIV-Übertragung

- Zusammenleben mit einer HIV-positiven Person
- Gemeinsame Benutzung von Essbesteck, -geschirr und Trinkgläsern
- Händeschütteln

- Umarmen
- Küsse und Zungenküsse
- Petting und gegenseitige Befriedigung (Hierbei handelt es sich um eine sichere Sexualpraktik, solange kein infiziertes Sperma oder Vaginalsekret mit den Schleimhäuten von Penis, Vagina, After oder Mund in Berührung kommt.)
- Tränen
- Schwimmen in einem öffentlichen Schwimmbad
- Niesen, Husten
- Erbrochenes
- Urin
- Stuhl
- Mückenstiche

Anlage 9

**Definitionen psychischer
Gesundheit**

Definitionen psychischer Gesundheit

„Psychische Gesundheit wird definiert als “Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“

World Health Organization, Oktober 2009

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html

„Es gibt viele Definitionen des Begriffes der psychischen Gesundheit von Gelehrten und Wissenschaftlern verschiedener Kulturen. Die Konzepte psychischer Gesundheit beinhalten u.a. das **subjektive Wohlbefinden, die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, Selbstständigkeit, Kompetenz, Abhängigkeit zwischen Generationen und Selbstaktualisierung des eigenen intellektuellen und emotionalen Potenzials**. Es ist nahezu unmöglich, psychische Gesundheit kulturübergreifend und umfassend zu definieren. Einigkeit besteht jedoch darin, dass psychische Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit psychischer Störungen.“

World Health Organization (2001). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope.

<http://www.who.int/whr/2001/chapter1/en/index1.html>

„Psychisch gesund sein heißt nicht nur, dass man kein psychisches Problem hat. Wenn man psychisch gesund ist, kann man:

- sein Potenzial ausschöpfen
- das Leben bewältigen
- ein vollwertiges Mitglied der Familie, am Arbeitsplatz, in der Gemeinschaft und im Freundeskreis sein

Manche Menschen sagen zu psychischer Gesundheit auch „emotionale Gesundheit“ oder „Wohlbefinden“, und sie ist genauso wichtig wie die körperliche Gesundheit. ... Psychische Gesundheit äußert sich in der Fähigkeit eines Menschen, einige Kernfunktionen und -aktivitäten auszuführen, einschließlich:

- der Fähigkeit zu lernen
- der Fähigkeit, positive und negative Emotionen zu fühlen, auszudrücken und mit ihnen umzugehen
- die Fähigkeit, Beziehungen zu anderen einzugehen und sie fortzuführen
- die Fähigkeit, mit Veränderungen und Unsicherheit umzugehen“

Mental Health Foundation

<http://www.mentalhealth.org.uk/information/mental-health-overview/mental-health-introduction/>

Anlage 10

**Drogenkonsum:
Risiko- und Schutzfaktoren**

Drogenkonsum: Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren	Schutzfaktoren

Risikofaktoren	Schutzfaktoren

Anlage 11

Drogenkonsum:

**Mögliche Risiko- und Schutzfak-
toren**

Drogenkonsum: Mögliche Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren

Schutzfaktoren

Auf der Ebene des Individuums

<ul style="list-style-type: none"> • Geringe soziale Kompetenz • Geringes Selbstbewusstsein • Körperliche und psychische Probleme • Suche nach „Kicks“ • Frühe Konfrontation mit Drogenkonsum (zum Beispiel als Kind eines Drogenkonsumenten oder einer Drogenkonsumentin) • Schulprobleme, schlechte Schulleistungen • Schulabbruch • Positive Sicht auf Drogenkonsum 	<ul style="list-style-type: none"> • Gute soziale Kompetenz (Entscheidungsfindung, Problemlösung, Bewältigungsstrategien, zwischenmenschliche/soziale Fähigkeiten) • Hohes Selbstbewusstsein (Unabhängigkeit und Fähigkeit zum Umgang mit Belastungen) • Körperliches und psychisches Wohlergehen (Optimismus, Einfühlungsvermögen, Einsicht, intellektuelle Kompetenz) • Späte Konfrontation mit Drogenkonsum • Positive Einstellung zum Schulbesuch • Gute Leistungen in der Schule • Kritische Einstellung gegenüber Drogen
--	---

Auf der Ebene der Umwelt

<p>Familie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familienprobleme • Scheidung oder Tod der Eltern • Schlechte Erziehungsfähigkeit der Eltern • Drogenkonsum bei Eltern und Geschwistern • Gewalt und Ablehnung in der Familie <p>Finanzielle Mittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extreme Armut (führt zu inadäquater Wohnsituation, mangelnde Bildungschancen) <p>Gemeinschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Freizeitaktivitäten • Armut (hohe Arbeitslosenzahlen, unzureichende Unterkunft, hohe Kriminalitätsrate) • Schlechter Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten • Drogenkonsum wird vorgelebt, Freunde konsumieren Drogen • Mangelnde Durchsetzung von bestehenden Gesetzen und Vorschriften • Verfügbarkeit und einfacher Zugang zu Drogen • Geringe Kosten der Drogen • Keine Altersgrenze für den Kauf von Drogen 	<p>Familie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive Bindungen, die Fürsorge und Eingebundenheit fördern (Familien, soziale und religiöse Bindungen) • Wenige belastende Ereignisse im Leben • Kontrolle der Eltern, geordnete und Rückhalt gebende Familienverhältnisse, gute Erziehungsfähigkeit <p>Finanzielle Mittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenige materielle Probleme • Ausreichende(s) Einkommen und adäquate Wohnsituation <p>Gemeinschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit von Freizeitaktivitäten • Verfügbarkeit von Arbeitsmöglichkeiten und finanziellem Aufstieg • Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten • Gute Nachbarschaft und eine Umgebung, die einen gesunden Lebensstil fördert • Effektive Politiken und Umsetzung von Gesetzen, die die Verfügbarkeit von Drogen einschränken; kontrollierte Werbung; Besteuerung und Bereiche, in denen die Substanzen nicht konsumiert werden dürfen (zum Beispiel Nichtraucherbereiche)
---	---

Anlage 12

Fallstudie 1

Fallstudie 1

Milena ist eine 19-jährige Verkäuferin. Bei der Zugangsuntersuchung im Gefängnis bittet sie um einen Hepatitis-C-Test. Bei einem Gespräch über Risikofaktoren gibt sie zu, ab und zu Heroin zu konsumieren; außerdem vermutet sie, dass sie schwanger sein könnte.

Anlage 13

Fallstudie 2

Fallstudie 2

Kinder können bei ihrer Mutter im Gefängnis bleiben, bis sie drei Jahre alt sind. Ab dem Alter von sechs Monaten müssen Kinder tagsüber im Kindergarten bleiben, während die Mutter bei der Arbeit ist. Das kann für manche Mütter sehr belastend sein. Was kann man tun, um die Mütter zu beruhigen und die Situation zu verbessern?

Anlage 14 Verhandlungsgeschick bei der Kondombenutzung

Verhandlungsgeschick bei der Kondombenutzung

- Wir sind beide HIV-infiziert, warum brauchen wir da ein Kondom?
- Ich fühle nichts, wenn ich ein Kondom benutze.
- Ich habe kein Kondom dabei!
- Kondome sind mir zu klein!
- Nur dieses eine Mal ohne Kondom!
- Wenn du nicht schwanger werden willst, warum nimmst du dann nicht die Pille?
- Wenn du es mit dem Mund machst, wird nichts passieren!
- Kondome reißen doch nur!
- Du würdest mich nicht darum bitten, wenn du mich lieben würdest!
- Sehe ich etwa aus, als wäre ich infiziert?
- Ich werde ihn vorher rausziehen und nichts passiert!
- Vertraust du mir nicht?

Anlage 15 Kernkonzepte der Sexualität

Kernkonzepte der Sexualität

SEX

Mit Sex bzw. Geschlechtsverkehr sind sexuelle Handlungen oder Praktiken gemeint, die beim Geschlechtsakt vollzogen werden; dies schließt alle Arten von Handlungen ein - vaginal, oral und anal.

SEXUALITÄT

Der Begriff „Sexualität“ ist viel umfassender als der Begriff „Sex“ bzw. „Geschlechtsverkehr“. Viele Menschen verwechseln die beiden Begriffe.

Sexualität drückt aus, wer wir als Menschen sind. Sexualität ist ein grundlegender Teil der Persönlichkeit eines jeden Menschen. Sie beginnt bereits vor der Geburt und ist Teil unseres gesamten Lebens. Sexualität umfasst alle Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen, die uns als Frau und Mann ausmachen, Beziehungen und sexuelle Aktivität. Sexualität ist geprägt durch Werte, Einstellungen, Verhaltensweisen, Aussehen und Emotionen. Der Ausdruck von Sexualität wird von der Kultur, Moral und Religion beeinflusst. Die volle Entwicklung der Sexualität ist wichtig für das individuelle, zwischenmenschliche und gesellschaftliche Wohlergehen.

Eine einfache Möglichkeit, den komplexen Begriff der Sexualität zu erklären, ist, die drei Grundaspekte zu beschreiben, die Sexualität ausmachen: *biologische*, *psychologische* und *soziale* Aspekte.

Biologisch gesehen beginnt Sexualität mit den bereits bei der Geburt vorhandenen primären Geschlechtsmerkmalen. Hormone sind sehr wichtig für die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale während der Pubertät; sie prägen das äußere Erscheinungsbild als Mann oder Frau. Hormone spielen eine wichtige Rolle in unserer Reproduktivität und unserem Sexualleben. Auch unser Aussehen ist wichtig: Nicht nur unsere Genitalien, sondern auch die Haare, Haut und der Körper und damit die gesamte körperliche Erscheinung spiegelt unsere Sexualität.

Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bilden den *psychischen Aspekt der Sexualität*. Zum Beispiel: Wie sieht ein Mensch seinen Körper und wie denkt er darüber? Von den Antworten auf diese Fragen hängt ab, wie wohl sich jemand mit seiner Sexualität, seinem Verhalten fühlt. Wir drücken unsere Sexualität mit unseren Körperbewegungen aus, bewusst und unbewusst.

Beim Thema Sexualität geht es auch um Werte, Normen und Rollen; das ist die *soziale Komponente der Sexualität*. Was ist zu einer bestimmten Zeit und in einer bestimmten Kultur hinsichtlich der Sexualität in einer bestimmten Situation akzeptabel und was nicht? Wie sieht eine akzeptable Rolle eines Mannes oder einer Frau, einer Mutter oder eines Vaters aus? All diese Dinge lernen wir aus der Umgebung, in der wir leben. Die biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten sind miteinander verbunden; sie beeinflussen und ergänzen sich.

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

Reproduktive Gesundheit bezeichnet einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit, in allen mit dem Reproduktionssystem und seinen Funktionen und Prozessen zusammenhängenden Bereichen. Reproduktive Gesundheit impliziert also, dass Menschen ein verantwortungsbewusstes, befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. Dies impliziert das Recht von Mann und Frau auf Informationen und Zugang zu sicheren, wirksamen, bezahlbaren und akzeptablen Methoden der Familienplanung ihrer Wahl sowie das Recht auf Zugang zu angemessener medizinischer Versorgung, durch die Frauen sicher durch Schwangerschaft und Geburt begleitet werden und Paare die besten Chancen auf ein gesundes Kind haben.

Reproduktive Rechte beruhen auf der Anerkennung der Grundrechte aller Paare und Individuen, frei und verantwortungsbewusst über die Anzahl, den Altersabstand und den Geburtszeitpunkt ihrer Kinder zu entscheiden und die nötigen Informationen und Mittel dafür zu haben, sowie das Recht auf den bestmöglichen Standard von sexueller und reproduktiver Gesundheit. Dazu zählt auch das Recht, alle Entscheidungen hinsichtlich der Fortpflanzung frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt zu treffen. Die reproduktiven Rechte können auch die folgenden Rechte beinhalten: das Recht auf legalen bzw. sicheren Schwangerschaftsabbruch, das Recht, seine eigene Fortpflanzungsfähigkeit zu kontrollieren, das Recht auf Zugang zur bestmöglichen reproduktiven Versorgung sowie das Recht auf Informationen, um Entscheidungen hinsichtlich der Fortpflanzung frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt treffen zu können. Zu den reproduktiven Rechten können auch der Zugang zu Informationen über Empfängnisverhütung und sexuell übertragbare Krankheiten sowie der Schutz vor Zwangssterilisationen und Zwangsverhütung gezählt werden.

(World Health Organization und International Planned Parenthood Federation)

SEXUELLE GESUNDHEIT

Die sexuelle Gesundheit umfasst alle Aspekte von Sexualität, die nicht notwendigerweise mit der Reproduktion verknüpft sind. Sie berücksichtigt die Tatsache, dass Menschen Sex zum Vergnügen haben können und nicht nur zu Reproduktionszwecken, und dass Menschen Bedürfnisse in Verbindung mit der sexuellen Aktivität haben.

„Sexuelle Gesundheit meint, ein mündiges, befriedigendes und sicheres Sexleben zu haben“ (International Planned Parenthood Federation).

Zu den Kernelementen der sexuellen Gesundheit gehören:

- Ein Sexualleben ohne Krankheit, Verletzung, Gewalt, unnötige Schmerzen oder Lebensgefahr
- Ein Sexualleben ohne Angst, Scham, Schuld und falsche Vorstellungen über Sexualität
- Die Fähigkeit, die eigene Sexualität zu genießen und zu kontrollieren

(International Women's Health Coalition)

Die Begriffe der sexuellen und der reproduktiven Gesundheit überschneiden sich, und meist wird der Begriff der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verwendet, um alle gesundheitsbezogenen Aspekte aus den Bereichen Sexualität und Reproduktion einzuschließen.

Anlage 16

Erklärung der sexuellen Menschenrechte des Weltverbandes für Sexologie

Erklärung der sexuellen Menschenrechte des Weltverbandes für Sexologie

(Eingeführt in Hong Kong beim 14. Weltkongress für Sexologie, 26. August 1999)

- 1. Das Recht auf sexuelle Freiheit.** Sexuelle Freiheit umfasst die Freiheit eines jeden Individuums, alle seine sexuellen Möglichkeiten zum Ausdruck zu bringen. Dies schließt jedoch zu jeder Zeit und in jeder Lebenssituation alle Formen sexuellen Zwangs und sexueller Ausbeutung aus.
- 2. Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit.** Dieses Recht beinhaltet die Fähigkeit zu selbstständigen Entscheidungen über das eigene Sexualleben im Rahmen der eigenen persönlichen und sozialen Ethik. Es umfasst auch das Recht auf Verfügung über den eigenen Körper und Lust am eigenen Körper, frei von jeder Art von Folter, Verstümmelung und Gewalt.
- 3. Das Recht auf eine sexuelle Privatsphäre.** Dies umfasst das Recht auf eigenständige Entscheidungen und Verhaltensweisen im Intimleben, solange diese nicht die sexuellen Rechte anderer beeinträchtigen.
- 4. Das Recht auf sexuelle Gleichbehandlung.** Dies verlangt Freiheit von allen Formen der Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Geschlechterrolle, sexueller Orientierung, Alter, Ethnizität, sozialer Schicht, Religion oder körperlicher und seelischer Behinderung.
- 5. Das Recht auf sexuelle Lust.** Sexuelle Lust einschließlich Selbstbefriedigung ist eine Quelle von körperlichem, seelischem, geistigem und spirituellem Wohlbefinden.
- 6. Das Recht auf Ausdruck sexueller Empfindungen.** Das Ausdrücken der Sexualität beinhaltet mehr als erotische Lust oder sexuelle Handlungen. Menschen haben das Recht, ihre Sexualität durch Kommunikation, Berührungen, Gefühle und Liebe auszudrücken, solange dies nicht die sexuellen Rechte anderer beeinträchtigt.
- 7. Das Recht auf freie Partnerwahl.** Dies bedeutet das Recht zu heiraten oder auch nicht, sich scheiden zu lassen und andere Formen verantwortungsbewusster sexueller Beziehungen einzugehen.
- 8. Das Recht auf freie und verantwortungsbewusste Fortpflanzungsentscheidungen.** Dies schließt das Recht auf die Entscheidung ein, Kinder zu haben oder nicht, ihre Anzahl und die Abstände zwischen den Geburten zu bestimmen sowie das Recht auf ungehinderten Zugang zu Mitteln der Verhütung.
- 9. Das Recht auf wissenschaftlich fundierte Sexualaufklärung.** Dieses Recht beinhaltet, dass sexuelles Wissen in einem Prozess unbehinderter Forschung und wissenschaftlicher Ethik gewonnen und in angemessener Weise auf allen gesellschaftlichen Ebenen verbreitet wird.
- 10. Das Recht auf umfassende Sexualerziehung.** Dies ist ein lebenslanger Prozess von der Geburt durch alle Lebensphasen hindurch und sollte alle sozialen Institutionen einschließen.
- 11. Das Recht auf sexuelle Gesundheitsfürsorge.** Eine angemessene Gesundheitsfürsorge zur Verhütung und Behandlung von allen sexuellen Belangen, Problemen und Störungen sollte allen zur Verfügung stehen.

Sexuelle Rechte sind fundamentale und universelle Menschenrechte.

Anlage 17

**Kontroverse Aussagen zu
Sexualität**

Kontroverse Aussagen zu Sexualität

Jedes einvernehmliche sexuelle Verhalten zwischen zwei Erwachsenen ist in Ordnung.

Ein Mensch kann auch ohne Sex ein absolut befriedigendes Leben führen.

Sex ist gut, selbst im Gefängnis.

Analverkehr ist normal.

Sex in Frauengefängnissen ist leichter zu akzeptieren als Sex in Männergefängnissen.

Alle Gefangenen, die sexuelle Handlungen mit Personen des gleichen Geschlechts vollziehen, sind homosexuell.

Ich kann akzeptieren, dass es zwischen Gefängnisinsassen und -mitarbeiter(innen) Liebe und Sex geben kann.

Die Verteilung von Kondomen im Gefängnis kann zu vermehrten Sexualkontakten führen.

Ein echter Mann hat keinen Sex mit einem anderen Mann.

Jeder kann sich seine sexuellen Neigungen selbst aussuchen.

Homosexuelle haben sexuelle Neigungen bezüglich Minderjährigen.

Es wäre in Ordnung für mich, wenn mir ein Gefangener von sexuellen Handlungen mit Gleichgeschlechtlichen erzählt.

Es wäre nicht in Ordnung für mich, mit einem Kollegen zusammenzuarbeiten, der sexuelle Handlungen mit Gleichgeschlechtlichen vollzieht.

**Anlage 18 Spezifisches Vokabular zum
Thema Sexualität**

Spezifisches Vokabular zum Thema Sexualität

Vokabular zum Thema Sexualität, das auf die Karten geschrieben wird:

Sexuelle Identität

- *Biologisches Geschlecht*
- *Geschlechtsidentität*
- *Geschlechterrolle*
- *Sexuelle Orientierung*
 - *Heterosexualität*
 - *Homosexualität*
 - *Bisexualität*
- *Pädophilie*
- *Transvestit*
- *Transsexueller*
- *Homophobie*

Definitionen der Vokabeln zum Thema Sexualität und Sexualverhalten



Nutzen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen, um Wissenslücken zu füllen.

Sexuelle Identität bezieht sich darauf, wie sich die Menschen selbst in sexueller Hinsicht sehen; dies umfasst vier Hauptelemente:

- **Das biologische Geschlecht** hängt davon ab, ob wir körperlich gesehen männlich oder weiblich sind.
- **Die Geschlechtsidentität** sagt etwas darüber aus, ob wir uns als Mann oder Frau fühlen. Die Geschlechtsidentität beginnt im Alter von etwa zwei Jahren, wenn ein Kind den Unterschied zwischen den Geschlechtern erkennt.
- **Geschlechterrollen** sind sozial und kulturell definierte Einstellungen, Verhaltensweisen, Erwartungen und Verantwortlichkeiten von Männern und Frauen. Dazu zählen auch die Erwartungen, die die Gesellschaft aufgrund unseres biologischen Geschlechts an uns hat.



Zeichnen Sie eine Linie auf das Flipchart und schreiben Sie das Wort „Geschlechterrollen“ darüber. Die sexuelle Orientierung eines Menschen wird häufig mit Geschlechterrollen verwechselt. Schreiben Sie an das eine Ende der Linie das Wort „Männlichkeit“, an das andere Ende das Wort „Weiblichkeit“. Wenn ein Mann sich beispielsweise sehr weiblich verhält, wird er als homosexuell angesehen; das kann aber falsch sein, weil es einen Unterschied zwischen der sexuellen Orientierung und Geschlechterrollen gibt. Männer können weibliche Züge haben und Frauen können männliche Züge haben.

- **Sexuelle Orientierung** meint das biologische Geschlecht, zu dem wir uns sexuell hingezogen fühlen. Wir können heterosexuell (hingezogen zum anderen Geschlecht), bisexuell (hingezogen zu beiden Geschlechtern) und homosexuell (hingezogen zum gleichen Geschlecht) sein.



Sie können die folgende Methode verwenden, um die Begriffe zum Thema sexuelle Orientierung zu veranschaulichen. Häufig werden die sexuelle Orientierung und Geschlechterrollen oder sexuelles Verhalten verwechselt.

Zeichnen Sie eine Linie auf das Flipchart und schreiben Sie den Begriff „sexuelle Orientierung“ darüber. Schreiben Sie an das eine Ende „Heterosexualität“, an das andere Ende „Homosexualität“ und in die Mitte „Bisexualität“. Erklären Sie, dass die Spanne von der Heterosexualität zur Homosexualität ein Kontinuum ist. Bei den meisten Menschen lässt sich die sexuelle Orientierung irgendwo entlang dieses Kontinuums einordnen.

- **Heterosexualität** ist die erotische und romantische Bevorzugung von Mitgliedern des anderen Geschlechts.
- **Homosexualität** die erotische und romantische Bevorzugung von Mitgliedern des gleichen Geschlechts.
- **Bisexualität** ist die erotische und romantische Bevorzugung von Mitgliedern beider Geschlechter.



Zeichnen Sie eine dritte Linie und beschriften Sie sie mit „sexuelles Verhalten“. Erklären Sie, dass das sexuelle Verhalten einer Person nicht immer Aufschluss über deren sexuelle Orientierung gibt. Beschriften Sie das eine Ende der Linie mit „Sex mit Männern“ und das andere Ende mit „Sex mit Frauen“. Ein ein- oder mehrmaliger sexueller Kontakt mit Mitgliedern des eigenen Geschlechts bedeutet noch keine Homosexualität. Das nennt man „situationsabhängige Homosexualität“: In einer isolierten Umgebung können Menschen mit Angehörigen des eigenen Geschlechts Sex haben, ohne sich selbst als homosexuell anzusehen oder von anderen als homosexuell angesehen zu werden. Dies kann homosexuelles Verhalten in Haft teilweise erklären.

Homosexualität wird manchmal als Pädophilie fehlgedeutet. Es ist wichtig, diese beiden Begriffe klar voneinander zu unterscheiden. **Pädophilie** ist eine Form von Paraphilie, bei der Erwachsene eine sexuelle Vorliebe für Kinder haben; dies können sowohl Jungen oder Mädchen als auch beide Geschlechter, meist in der vor- oder frühpubertären Phase, sein.

Viele Menschen verwechseln den Begriff „homosexuell“ mit zwei anderen Begriffen: Transvestit und transsexuell. Als **Transvestiten** bezeichnet man Personen, die die Kleidung des anderen Geschlechts tragen. **Transsexualität** bedeutet, dass die „Geschlechtsidentität“ (Selbstidentifikation als Frau oder Mann) nicht mit dem „tatsächlichen Geschlecht“ (Identifikation durch Andere als Frau oder Mann anhand des körperlichen/genetischen Geschlechts) übereinstimmt. Keiner der beiden Begriffe bezieht sich auf die sexuelle Orientierung.

Homophobie wird definiert als eine „irrationale Angst vor, Aversion gegen oder Diskriminierung von Homosexualität und Homosexuellen“.

Anlage 19

Checkliste: Die zentrale Bedeutung von Bediensteten bei der Schadensminderung

Die zentrale Bedeutung von Bediensteten bei der Schadensminderung

(vgl. UNODC)

- Wurden Sie so ausgebildet, dass Sie Ihre Arbeit auf gesunde und sichere Weise leisten zu können?
- Wurden Sie in Erster Hilfe ausgebildet?
- Haben Sie Zugang zu Schutzausrüstungen wie Latexhandschuhen, Masken zur Mund-zu-Mund-Beatmung usw.?
- Beachten Sie die Vorschriften zur Arbeitssicherheit und insbesondere auch die Vorschriften zur sicheren Durchsuchung von Zellen etc.?
- Wissen Sie, was beim Kontakt mit Blut bzw. Körperflüssigkeiten zu beachten ist?
- Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?
- Unterstützen Sie die Arbeit von Nichtregierungsorganisationen und deren Mitarbeiter(innen)
- Unterstützen Sie aktiv die Bereitstellung von Kondomen für Gefangene, oder tolerieren Sie dies zumindest und lassen die Verteilung zu?
- Unterstützen Sie Maßnahmen gegen sexuellen Missbrauch in Ihrem Gefängnis, indem Sie sich aktiv für den Schutz vulnerabler Gefangener einsetzen und Missbrauch anzeigen, wenn Sie davon erfahren?
- Unterstützen Sie es aktiv, den Gefangenen den Zugang zu Nadeln und Spritzen zu ermöglichen, oder tolerieren Sie dies zumindest und lassen die Verteilung zu?
- Und schließlich: Schützen Sie sich selbst außerhalb Ihrer Arbeitszeiten gegen HIV und andere Infektionen?

Anlage 20

Mögliche Stressfaktoren

Mögliche Stressfaktoren

Beruflicher Stress

- Wenig Entscheidungsspielraum
- Mangelnde Unterstützung
- Ungünstige Arbeitszeiten
- Zeitdruck
- Rollenkonflikte (Sicherheit und Betreuung)
- Zu wenig Rücksprache
- Keine Abwechslung
- Mangelnde Anerkennung
- Mangelnde Kommunikation
- Streit mit Kollegen oder Vorgesetzten
- Arbeiten bleiben unerledigt
- Unzureichende Ausbildung
- Arbeit mit nach Hause nehmen
- Schwierige Gefangene
- Bedrohliche Situationen
- Schlechte Arbeitsbedingungen
- Unsicherheit im Hinblick auf die Zukunft
- Weg zur Arbeit
- Institutionelle Strategien und Richtlinien

Außerberuflicher Stress

- Laute Nachbarn
- Beziehungsprobleme
- Finanzielle Sorgen
- Krankheit
- Kinder
- Umzug

Anlage 21

Was ist Mobbing?

Was ist Mobbing?

- Mobbing umfasst angreifende, einschüchternde, böswillige oder beleidigende Handlungen, Kritik oder persönliche Angriffe in der Öffentlichkeit oder im privaten Raum.
- Mobbing kann es am Arbeitsplatz zwischen Mitarbeiter(inne)n des gleichen Geschlechts und unterschiedlicher Geschlechter, zwischen Gleichrangigen sowie zwischen einem/einer Vorgesetzten und seinem/seiner Untergebenen geben.
- Normalerweise handelt es sich um ein anhaltendes, systematisches Verhalten.
- Es handelt sich zum Beispiel um Mobbing, wenn eine Person durch aggressive und/oder obszöne Ausdrucksformen beim Sprechen unterbrochen wird, ständiges Unterbrechen, öffentliches Demütigen oder Lächerlichmachen; das Suchen nach Fehlern, das Verschweigen von Informationen und die Übertragung von bedeutungslosen Aufgaben.

Mobbing kann schwerwiegende Auswirkungen auf das Opfer haben. Es kann sich bedroht, traurig, gedemütigt und verletzbar fühlen. Mobbing kann außerdem das Selbstbewusstsein eines Menschen untergraben und seinen Stresslevel erhöhen.

Mobbing kann auch ernst zu nehmende Auswirkungen auf das gesamte Gefängnis haben, wenn es die Arbeitsmoral der Mitarbeiter(innen) senkt und es häufiger zu Fehlzeiten kommt.

Techniken beim Umgang mit Mobbing

- Lassen Sie sich nicht dazu hinreißen, den Mobber zurückzumobben oder aggressiv zu werden. Versuchen Sie, durchsetzungsstark zu sein. Sagen Sie der Person bestimmt, dass sie aufhören soll und dass Sie nicht mögen, wie die Person sich verhält. Gehen Sie dann einfach weg.
- Geben Sie zu verstehen, dass Sie es ablehnen, ein hilfloses Opfer zu sein.
- Sprechen Sie mit jemandem an Ihrem Arbeitsplatz, dem Sie vertrauen, über das Mobbing.
- Schauen Sie in die Antimobbingstrategie (sofern vorhanden) und handeln Sie gemäß den dortigen Empfehlungen.