Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

Mut zum Elchtest – Die Drogenarbeit der AIDS-Hilfen

Dokumentation der Präventionskonferenz

16. bis 18. April 1998

Frankfurt am Main

Impressum

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin

http:\\www.aidshilfe.de
E-mail: dah@aidshilfe.de

September 1998

Redaktion: Gundula Barsch, Annette Fink

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.:
Berliner Sparkasse. Konto-Nr. 220 220 220, BLZ 100 500 00
Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Inhaltsverzeichnis

Programm 5

Begrüßung durch den Vorstand 7

Jedem seins oder einem alles? 11
Die AIDS-Hilfen und ihr Verhältnis zum Drogenhilfesystem
Vortrag von Prof. Dr. Wolfgang Heckmann

UserInnen in die Vorstände! 26
Die Beziehungen zwischen AIDS-Hilfen und Drogenselbsthilfe
Vortrag von Dr. Urban Weber

Das Drogenhilfesystem 2015 und der Platz der AIDS-Hilfen 33
in den Angeboten für drogenkonsumierende Menschen
Vortrag von Thomas Kessler

Ergebnisse der Arbeitsgruppen:

Thesenpapier 51

AG I: Jedem seins oder einem alles? 53
Die AIDS-Hilfen und ihr Verhältnis zum Drogenhilfesystem

AG II: UserInnen in die Vorstände! 64
Die Beziehungen zwischen AIDS-Hilfen und Drogenselbsthilfe

AG III: Hilfe, die ExpertInnen kommen! 66
AIDS-Hilfen auf dem Weg der Professionalisierung

Berichte aus den Workshops:

Workshop I:
HIV-Prävention im Strafvollzug – Alte Probleme, neue Strategien 69

Workshop II:
Gesundheitsförderung als Leitidee – Kooperationsmodelle
als Antwort auf neue Herausforderungen 78

Workshop III:
Auf den Strich gekommen – Gesundheitsförderung für
drogenabhängige Frauen 85

Workshop IV:
Zu den Risiken der HIV-Infektion bei i.v. DrogenkonsumentInnen –
Bestandsaufnahme und Kritik des gängigen Risikofaktorenmodells 87

Symposium „Schwule und Drogen"

Wie safe sind schwule Partydrogenkonsumenten? 105
Vortrag von Dr. Michael Bochow

AG IV:
Sex and drugs – Lust und Verklemmung 115

Workshop V:
Lust und Last – Interventionen und ihre Ebenen im schwulen Leben –
Praxis und Perspektiven 118

Präventionskonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Mut zum Eichtest – Die Drogenarbeit der AIDS-Hilfen
Integrativer Bestandteil ist das Symposium „Schwule und Drogen"
16. bis 18. April im Hotel Novotel Frankfurt am Main

Programm:

Donnerstag, 16. April

Anreise im Novotel	
20.00 – 21.00 Uhr	come together

Freitag, 17. April

10.00 – 13.30 Uhr	Eröffnungsplenum mit Vorträgen Begrüßung durch den Vorstand
10.30 – 11.00 Uhr	Jedem seins oder einem alles? Die AIDS-Hilfen und ihr Verhältnis zum Drogenhilfesystem Prof. Dr. Wolfgang Heckmann
11.00 – 11.30 Uhr	UserInnen in die Vorstände! Die Beziehungen zwischen AIDS-Hilfen und Drogenselbsthilfe Dr. Urban Weber
11.30 – 12.00 Uhr	Das Drogenhilfesystem 2015 und der Platz der AIDS-Hilfen in den Angeboten für drogenkonsumierende Menschen Thomas Kessler
12.00 – 12.30 Uhr	Wie safe sind schwule Partydrogenkonsumenten? Dr. Michael Bochow
14.00 – 17.00 Uhr	Konzeptionelle Arbeit in Arbeitsgruppen
AG I:	Jedem seins oder einem alles? Die AIDS-Hilfen und ihr Verhältnis zum Drogenhilfesystem Moderation: Dr. Ilja Michels, Fredi Lang
AG II:	UserInnen in die Vorstände! Die Beziehungen zwischen AIDS-Hilfen und Drogenselbsthilfe Moderation: Martin Hasenkamp, Dirk Meyer
AG III:	Hilfe, die ExpertInnen kommen! AIDS-Hilfen auf dem Weg der Professionalisierung Moderation: Peter Gallus, Mischa Hübner

AG IV:	Sex and drugs – Lust und Verklemmung – Warum nehmen schwule Männer Drogen? – Was könnte helfen? Moderation: Helmut Ahrens, Hans-Peter Hauschild
ab 20.00 Uhr	Diskussionsforum zur bundesweiten Aktion Druckraum Dr. Stefan Etgeton, Dr. Gundula Barsch

Samstag, 18. April

10.00 – 13.00 Uhr	„Auf der Suche nach dem Profil von AIDS-Hilfearbeit im Drogenbereich – AIDS-Hilfen als Billiganbieter oder als Anbieter innovativer Kooperationsmodelle?" Praxisorientierte Workshops zu den Themen:
Workshop I:	HIV-Prävention im Strafvollzug – Alte Probleme, neue Strategien! ReferentInnen: Veronika Otte, Karin Graefe
Workshop II:	Gesundheitsförderung als Leitidee – Kooperationsmodelle als Antwort auf neue Herausforderungen ReferentInnen: Franz-Josef Schumacher-Stark, Bernd Lemke
Workshop III:	Auf den Strich gekommen – Gesundheitsförderung für drogenabhängige Frauen ReferentInnen: Cori Tigges, Mara Seibert
Workshop IV:	Zu den Risiken der HIV-Infektion bei i.v. DrogenkonsumentInnen – Bestandsaufnahme und Kritik des gängigen Risikofaktorenmodells ReferentInnen: Anand Pant, Jürgen Klee
Workshop V:	Lust und Last – Interventionen und ihre Ebenen im schwulen Leben – Praxis und Perspektiven ReferentInnen: Reiner Domes, Bernd Aretz
14.00 – 16.00 Uhr	Abschlußplenum – Berichte aus den Arbeitsgruppen – Auswerten und Zusammenfassen der Ergebnisse – Abschluß der Veranstaltung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Gäste,

ich heiße Sie beziehungsweise euch herzlich willkommen zur vierten Präventionskonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe. Das Thema der diesjährigen Versammlung lautet: „Wir stellen uns dem Elchtest". Mancher mag bei diesem Stichwort zunächst an Umfallen denken oder – in bezug auf AIDS-Hilfe – daran, sich aus einem durchaus komplizierten, konflikthaften Arbeitsbereich herausstehlen zu wollen. Hier steht der Elchtest aber als Symbol für einen Qualitäts- oder Gütetest, auch für Standfestigkeit im Sinne, wie unter Belastung und „kurvenreicher Fahrt" der Finanztöpfe von Bund, Ländern und Gemeinden ein Arbeitsbereich der AIDS-Hilfe festen Boden unter den Füßen behält und wie Fliehkräfte aussehen, denen man begegnen muß, um nicht aus der Spur zu geraten. Gewidmet ist diese Tagung einem Thema mit besonderem Stellenwert in der AIDS-Hilfe-Arbeit: dem Drogenkonsum.

Warum ist dieses Thema ein besonderes?

Während Angebote für schwule Männer weder auf der Verbandsebene noch in den Angeboten der regionalen AIDS-Hilfen in Frage gestellt werden, wird dem Engagement für illegalisierte DrogengebraucherInnen ein sehr unterschiedlicher Stellenwert eingeräumt: Auf Bundesebene ist die Notwendigkeit von Angeboten für diese Zielgruppe unbestritten, in den regionalen AIDS-Hilfen ist jedoch die Sichtweise auf den Bedarf und die Angemessenheit von Angeboten für drogenkonsumierende Menschen sehr unterschiedlich; die einen setzen dort einen Schwerpunkt, andere wieder verschließen die Augen vor den Erfordernissen, sich für diese Menschen zu engagieren.

Angebote an drogengebrauchende Männer und Frauen haben in der AIDS-Hilfe zugleich eine besondere Geschichte: AIDS-Hilfen waren maßgeblich an der Konzeptionalisierung und praktischen Durchsetzung akzeptierender Drogenarbeit beteiligt, sie haben sich drogenpolitisch engagiert und können für sich verbuchen, wichtige Impulse für die Modernisierung des Drogenhilfesystems gegeben zu haben – vor diesem Hintergrund kommt es aber auch zu einer Verklärung der Geschichte: AIDS-Hilfe als Motor oder als unverzichtbares Zahnrad in einem Getriebe? Eine möglichst realitätsnahe Geschichtsschreibung kann, wie zu jeder anderen Fragestellung auch, sehr hilfreich sein. Hier, auf dieser Präventionskonferenz, ist dazu durchaus ein Ort!

Schließlich: 1999 feiert JES seinen zehnten Gründungstag. Für den Bereich der akzeptierend arbeitenden Drogenselbsthilfe war die AIDS-Hilfe nicht nur entscheidende Geburtshelferin. Auch die Tatsache, daß JES heute als ein relativ stabil arbeitendes bundesweites Netzwerk mit mehr als 40 regionalen Gruppen existiert, ist wesentlich auch der jahrelangen intensiven Unterstützung sowohl durch den Gesamtverband als auch durch die regionalen AIDS-Hilfen zu verdanken, die für diese Arbeit diverse Ressourcen zur Verfügung stellen.

Aber: Es gibt viele Veränderungen!

Gegenwärtig ist zu registrieren, daß vor Ort manches in Veränderung begriffen ist; einige Veränderungen sind bereits vollzogen.

- Akzeptierende Drogenarbeit wird zunehmend gesellschaftsfähig und damit ein Etikett, mit dem sich viele Drogeneinrichtungen schmücken und mit dem es heute möglich ist, Gelder für die Arbeit einzuwerben.
- Einige Drogenhilfeeinrichtungen haben jedoch nicht nur nach außen ihre Losungen geändert, sondern arbeiten tatsächlich konzeptionell und praktisch mit akzeptierenden Ansätzen, und dies so konsequent, wie es eine Reihe von AIDS-Hilfen nicht schafft.

Die einstigen Verbitterungen in der politischen Auseinandersetzung sind einer eher sachbezogenen Debatte gewichen, in der sich plötzlich frühere GegnerInnen als BündnispartnerInnen erweisen.

Einsparungen auch in der Drogenarbeit sind im Zuge der Ökonomisierung kein Tabu mehr, auch hier werden die vor Ort existierenden Angebote auf ihre Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit und in bezug auf die fachliche Aufgabenzuordnung hinterfragt.

Die Drogenselbsthilfe leistet nicht nur wichtige Arbeit in den Bereichen der Gesundheitsförderung für Junkies, Ehemalige und Substituierte, sondern hat es gelernt, emanzipiert und selbstbewußt ihre politischen Interessen zu artikulieren und sich in die Aushandlung von Politik einzubringen.

Die Folgerungen:

AIDS-Hilfen können nicht mehr behaupten, sie allein seien in der Lage und imstande, die wirklich akzeptierende Drogenarbeit anzubieten. Vielleicht ist dies auch schon immer nur ein Mythos gewesen. Manche Institutionen der Drogenhilfe, vor allem aber die Einrichtungen der Drogenselbsthilfe, arbeiten längst weitergehend akzeptierend als bestimmte kommunale Aids-Hilfen! Wenn lebensweltliche Akzeptanz, Niedrigschwelligkeit und der Paradigmenwechsel in den Angeboten an DrogenkonsumentInnen nicht mehr den Unterschied zwischen akzeptierender Drogenhilfe und Drogenarbeit der AIDS-Hilfe ausmachen – was sind dann die Besonderheiten der jeweiligen Hilfesysteme? Oder erübrigt sich – angesichts der Entwicklungen im Drogenhilfe- Bereich für AIDS-Hilfen Stück für Stück die Notwendigkeit, eigene Angebote für drogengebrauchende Menschen zu entwickeln? Oberflächlich mag es so aussehen, diese Präventionskonferenz soll aber genügend Raum bieten, einfache Antworten zu hinterfragen und gründlicher nachzudenken.

Es ist wahrzunehmen, daß die Modernisierungen, die die AIDS-Hilfen seit Jahren vom Drogenhilfesystem eingefordert haben, vollzogen werden, wenn auch regional mit unterschiedlicher Intensität. Die Funktion von AIDS-Hilfen als Lückenfüller

erübrigt sich mit den entstandenen Angeboten der akzeptierenden Drogenarbeit zunehmend. Von manchen oft auch schmerzhaft und mit Verletzlichkeit wahrgenommen – warum sollte man etwas abgeben, das man selbst gegen Widerstände in jahrelanger mühsamer Arbeit erfolgreich etabliert hat – ergibt sich daraus aber die Chance für AIDS-Hilfen, über die Besonderheit ihrer Angebote im Drogenbereich nachzudenken und zu einem konzeptionell schlüssigen Profil auf diesem Gebiet zu kommen. Das Festhalten an Projekten, die modellhaft von den AIDS-Hilfen entwickelt und umgesetzt wurden, hat zur Folge:

- daß die Entwicklungschancen dieser Situation verpaßt werden und AIDS-Hilfen sich in einer Konkurrenzsituation zu den bestehenden Drogenhilfeeinrichtungen wiederfinden, die Kräfte und Ressourcen unproduktiv bindet;
- es beinhaltet die Gefahr, daß sich AIDS-Hilfen zu einem Hilfesystem entwickeln, das – wie es der Auftrag von Drogenhilfen explizit ist – sehr stark durch therapeutische Ansätze geprägt ist
- und damit auch die Gefahr, daß Ansätze einer effizienten Art und Weise der Gesundheitsförderung für drogengebrauchende Männer und Frauen nicht mehr weiterentwickelt werden.

Auf dieser Konferenz gilt es also nicht nur, die konkreten konzeptionellen Grundideen der Drogenarbeit von AIDS-Hilfen zu präzisieren, wir sollten in der Konsequenz auch darüber diskutieren, welche praktischen Ansätze aktiv an moderne andere Hilfesysteme abzugeben sind und für welche Angebote angesichts der dadurch freiwerdenden Kapazitäten nunmehr die Chance ihrer Etablierung besteht. Denn „aktive Abgabe und Profilierung" bedeutet ja keinesfalls, sich endgültig aus einem Arbeitsfeld zurückzuziehen.

Die Drogenselbsthilfe ist den Kinderschuhen entwachsen. Vielerorts offeriert sie Hilfe- und Unterstützungsangebote, die die Zielgruppe besonders gut erreichen und durch ihre hohe Akzeptanz bei den Betroffenen auf eine bestimmte Art und Weise auch den Offerten der AIDS-Hilfen Konkurrenz bieten. Dort wo die Angebote die kommunalen Entscheidungsträger überzeugen, werden mehr oder weniger offen nunmehr Grabenkämpfe um Kompetenzen, Zuständigkeiten usw. geführt.

Selbst wenn nicht überall schon diese Prozesse zu beobachten sind, stellt sich doch die Frage: Ist das Kind nunmehr flügge und nabelt sich ab, oder entwickelt es sich zu einem Nesthocker? Das Phänomen der Nesthocker wird gegenwärtig ja mit großem Interesse in der Jugendforschung registriert. Anders als andere Generationen hat die Jugend heute das Elternhaus mit seinen Versorgungsservice wertschätzen gelernt: Frische Wäsche im Schrank, ein ständig gefüllter Kühlschrank und die Toleranz und der Langmut von Vater und Mutter sorgen dafür, daß die Jugend ihren eigenen Weg geht, aber selbstverständlich auf die Ressourcen der Eltern zurückgreift. Dies führt dazu, daß – sehr zu deren Leidwesen – die „Alten" selbst von ihren längst erwachsenen Kindern nicht aus der alltäglichen Versorgungsverantwortung entlassen werden.

Hat dieses Bild etwas mit dem Verhältnis zwischen AIDS-Hilfe und Drogenselbsthilfe zu tun? Oder sind die Wurzeln dieses Verhältnisses in ganz anderen Gemeinsam-

keiten und Prinzipien zu suchen, die schließlich eine selbstverständliche Integration der Drogenselbsthilfen in AIDS-Hilfen begründen? Wohl gemerkt, in dieser Debatte soll es nicht darum gehen, Argumente und Hinweise zu liefern, wie ein „zusätzlicher Esser" abzuschütteln ist – schließlich stand es den AIDS-Hilfen bisher auch sehr gut, sich mit der Betroffenenkompetenz der Drogenselbsthilfe schmücken zu können. Ein Abnabeln der Drogenselbsthilfe wäre also auch für die AIDS-Hilfen durchaus schmerzhaft und verlustreich.

Aber auch die Drogenselbsthilfe muß sich zu ihren eigenen Entwicklungsprozessen positionieren: Viele Gruppen sind auf dem Weg, ihre Angebote für DrogengebraucherInnen sehr professionell auszugestalten und so zu einem wichtigen Bestandteil des Drogenhilfesystems zu werden. Die daran beteiligten MitarbeiterInnen gehen mit großem Enthusiasmus an die Sache – immerhin finden sie in dieser Arbeit nicht nur Selbstbestätigung, Selbstbewußtsein, Sinnhaftigkeit und manchmal sogar einen bezahlten Job – alles zusammen wird unverzichtbar, um Halt und Stabilität zu entwickeln und die Ablösung aus einem drogenbezogenen Leben zu bewältigen. Dort wo für die Arbeit der Drogenselbsthilfe sogar kommunale Gelder zur Verfügung gestellt werden, stellen sich aber auch gewisse Vorbehalte und eine Vorsicht ein, sich offensiv und lautstark in drogenpolitische Prozesse einzubringen – zu wertvoll ist das bereits Erreichte und zu abhängig die Weiterexistenz vom guten Willen der politisch Verantwortlichen. Und schließlich funktioniert die finanzpolitische Zähmung bei den professionellen Einrichtungen ja auch! Denkt man diese Entwicklung aber zu Ende, dann wäre die Integration der Drogenselbsthilfe in das Drogenhilfesystem der beste Weg, ihr drogenpolitisch die Zähne zu ziehen – oder gibt es auch einen Weg dazwischen? Hilfe für die ExpertInnen im Strudel der Professionalisierung – sicherlich werden auch hierzu heftige Debatten geführt!

Zum Schluß dieser Ausführungen möchte ich meine Freude darüber äußern, daß das Thema Drogenkonsum nicht allein verkürzt wurde auf die DrogenkonsumentInnen, die sich für die Identität eines Junkies, Ehemaligen oder Substituierten entschieden haben. Die Normalität von illegalisiertem und legalem Drogenkonsum auch in anderen Bevölkerungsgruppen am Beispiel des Drogengebrauchs von Schwulen wird in dieser Präventionsveranstaltung auch aufgegriffen. Dies ist hoffentlich ein Signal für die AIDS-Hilfen, die Integration von Drogen in sehr verschiedene Lebensweisen mehr als bisher wahrzunehmen und damit auch den hier verbreiteten Tendenzen der Exotisierung und Fokussierung auf eine spezielle Gruppe entgegenzutreten.

Das Symposium wird hoffentlich bei der genaueren Debatte zum Thema Sexualität und Drogen auch den Mut haben, bisher ausgesparte, weil schwierige Auseinandersetzungen zu suchen.

Für die beiden nächsten Tage wünsche ich uns viel Mut, eine ausreichende Kondition für die ohne Zweifel anstrengende Arbeit, die auf uns zukommt, viele Anregungen und Denkanstösse und schließlich: daß auch Raum für Spaß und Freude bleibt.

Mischa Hübner

Jedem seins oder einem alles? Die AIDS-Hilfen und ihr Verhältnis zum Drogenhilfesystem

Vortrag von Prof. Dr. Wolfgang Heckmann

Das Thema dieses Vortrags ist mir von der Vorbereitungsgruppe dieser Veranstaltung gestellt worden. Vielleicht ging es manchem im Saale genauso wie mir: Ich bin ein bißchen dem Charme dieses Obertitels, „Jedem seins oder einem alles? (Jeder ihrs oder einer alles?)" erlegen und habe darüber nachgedacht, was das wohl alles bedeuten könnte.

Man kann diese Frage ganz unterschiedlich interpretieren:

- Zum Beispiel auf der Folie der *ökonomischen Zusammenhänge* des Drogenelends: In der Tat sind die Ressourcen, die Anteile am Bruttosozialprodukt sehr unterschiedlich verteilt; und das hat etwas mit dem zu tun, worüber heute und morgen hier gesprochen werden soll. Allerdings wird in der Drogendebatte kaum noch thematisiert, daß es ökonomisches Elend gibt. In Wahlkampfzeiten ist das gelegentlich noch ein Thema, zur Zeit macht, wenn ich es richtig sehe, die PDS Wahlkampf mit der Frage der Umverteilung des Bruttosozialproduktes, sonst niemand. Das wäre in Hinsicht auf die Notlagen in der Bevölkerung – und Sucht nimmt einen der ersten Ränge bei den Notlagen ein – diskutierbar.
- Man kann den Titel aber auch auslegen auf der Folie der *Aktivitäten der AIDS-Hilfen* und sich dann fragen: Soll die AIDS-Hilfe alles machen, soll sie damit fortfahren, Aufgaben an sich zu ziehen, nur weil sie an anderer Stelle und von anderen vielleicht nicht gut genug bearbeitet werden? Oder soll die AIDS-Hilfe sich stärker auf Arbeitsteilung einlassen und nur noch einen bestimmten Anteil dessen, was insgesamt zu tun ist, leisten?
- Man kann aber auch den Schwerpunkt umkehren und den Titel auf der Folie der *Aktivitäten der Suchthilfe* interpretieren. Da sieht man ja sehr oft unter den TherapeutInnen und BeraterInnen den Anspruch, allen helfen zu wollen; und ganz mühsam ist es für mich als Hochschullehrer zu vermitteln, daß das nicht möglich ist, daß man ein bißchen auch die eigenen Ressourcen und die eigenen Möglichkeiten einteilen – und als zweites Kapitel, jedenfalls bei der Therapieausbildung – lernen muß, daß man ein Schild über seiner Couch anzubringen hat mit der Aufschrift: Ich kann nicht jedem helfen.
- Man kann den Titel gewiß auch interpretieren auf der Folie der Methoden im *Umgang mit DrogenkonsumentInnen.* Da wird ja sehr viel falsch gemacht aus meiner Sicht – überall und von allen Beteiligten. Es gibt in der Schweiz den Fachbegriff „Triage"; er ist in Deutschland nicht mehr gebräuchlich, weil er ursprünglich nur

im militärischen Bereich benutzt wurde. „Triage" bedeutet, man muß erst einmal nachsehen, ob jemand überhaupt ein Problem hat und welcher Art das Problem ist; dann erst kann man entscheiden, welche Maßnahme die richtige ist. Meistens gibt es jedoch keine individuelle Prüfung der Situation, insbesondere aus dem administrativen Bereich kommt die Tendenz zur Vereinheitlichung der Maßnahmen für alle. Aber mancher von uns denkt auch administrativ: Da wird rein planerisch an die Frage herangegangen, was denn nun in einer Region passieren soll. So kommt es zu eindimensionalen Maßnahmen, zur Methode der Wahl, die pauschal auf alle angewandt wird.

- Man kann den Titel auch auf der Folie der *politischen Dynamik* interpretieren, der wir im Feld begegnen: Wir sehen oftmals, daß die ethische Forderung, jedem seins zu geben, bei jedem und jeder dahin zu schauen, was denn eigentlich in diesem Fall notwendig und sinnvoll wäre, vernachlässigt wird aufgrund der politischen Dynamik. Man muß offensichtlich plakativ sein, wenn man politisch agieren will – und plakativ zu sein bedeutet immer das Gegenteil des eigentlich Notwendigen, nämlich differenziert zu sein, der regionalen Situation und dem individuellen Bedarf gerecht zu werden. Das sehen wir in der drogenpolitischen Debatte, die auch den Wahlkampf ergriffen hat, zuerst in Hamburg und wahrscheinlich im kommenden Bundestagswahlkampf. In Sachsen-Anhalt, wo wir derzeit Wahlkampf haben, sind wir von dem Thema noch verschont. Ich sehe aber immer, wenn Drogenpolitik zum parteipolitischen Thema wird, daß die Überlegung „jeder/jedem seins", das heißt differenziertere Angebote zu entwickeln, aufgegeben wird und stattdessen „allen eins", nämlich eine eindimensionale Lösung angedient werden soll.
- Und ich könnte den Titel natürlich auch noch diskutieren auf der von Gundula Barsch bereits angesprochenen eigenen *beruflichen Biographie*: Ich habe mich aus biographischen Gründen sehr früh, genau gesagt: schon als Student mit Leuten beschäftigt, die Probleme mit Drogen hatten. Ich habe mich dann entschieden, und das unterscheidet mich auch wahrscheinlich von manchem hier im Raum, mich in meinem Beruf ausschließlich auf die Beschäftigung mit diesen Menschen zu konzentrieren. Es gibt eine Menge Leute, die Drogen konsumieren und keine Probleme damit haben, die interessieren mich nicht besonders, die mag ich oder mag ich nicht, wie ich andere Leute auch mag oder nicht mag, aber die gehen mich gar nichts an. Mich gehen nur die an, die Probleme mit Drogen haben. Es gibt natürlich eine Menge Leute, die Probleme mit Drogen haben und das nicht für sich realisieren, um die müßte ich mich vielleicht auch noch kümmern, aber leichter ist es erst einmal, sich mit denen zu beschäftigen, die bereits verstanden haben oder eine Ahnung oder ein Gefühl davon haben, daß sie vielleicht doch ein paar Probleme haben mit dem Konsum und mit den Folgen des Konsums.

Der disziplinierende Untertitel meines Themas lautet: Die AIDS-Hilfen und ihr Verhältnis zum Drogenhilfesystem. Das stellt mir eine etwas andere oder eine präzisere Frage als der Obertitel. Meinrad Koch, mein alter Chef im AIDS-Zentrum des damaligen Bundesgesundheitsamts, hätte jetzt gesagt: „Da muß ich ja reden wie der Blinde von der Farbe." Und wirklich habe ich die AIDS-Hilfen von innen nicht so arg häu-

fig gesehen. Seit Mitte der achtziger Jahre beobachte ich die Tätigkeit von AIDS-HelferInnen von außen, und ich habe in beiden Bereichen gearbeitet: sowohl in der AIDS- als auch in der Sucht-Prävention. Deshalb kann ich vielleicht etwas zum gestellten Thema aussagen, aber ich tue hier nicht so, als ob ich einer von euch wäre, sondern ich bin schon eher einer aus dem Drogenhilfe-System als aus dem AIDS-Hilfe-System.

Ich gelte u.a. als jemand oder ich habe zumindest hier und da den Ruf erworben, daß ich Dinge und Verhältnisse grob vereinfache. Vielleicht bin ich ja deshalb eingeladen worden, damit ich hier einmal grob vereinfache, auf daß die Diskussion vielleicht ein bißchen schärfer, pointierter wird.

Deshalb also: *grobe Vereinfachung, erster Teil:*
Welche *Stolpersteine* lagen und liegen den AIDS-HelferInnen im Weg, wenn sie eine effektive Drogenarbeit oder Drogenpolitik machen wollen?

- Der erste Stolperstein, den ich Mitte der 80er Jahre schon bemerkt habe, war einer, den es auch vorher schon oft zu sehen gab. Es war wie ein Déjà-vu für mich: Die AIDS-HelferInnen waren Newcomer im Drogenhilfegeschäft – und wie alle Newcomer mußten sie erst einmal alles neu erfinden. Wie zuvor schon: Wenn ein neuer Jahrgang von Studierenden ausgebildet war, fielen sie über die Praxis her und sagten, bisher sei alles ganz falsch gemacht worden. Ganz typisch ist dieser Vorgang im Drogenhilfesystem, wo fast jeder und jede, auch wenn sie gestern noch Chemielehrerin war und heute ABM-Kraft für Suchtprävention ist, verkündet, früher sei ja nur Abschreckung die Methode im Bereich der Suchtprävention gewesen, aber heute mache man das ganz anders. Und das sagt nach meiner Beobachtung seit Anfang der 70er Jahre jede Generation wieder und wieder. Man muß auch gar nicht mehr genau hinsehen, was die Generation zuvor gemacht hat, sondern es reicht aus, sich selbst ganz besonders wichtig zu nehmen und davon auszugehen, daß alle anderen bisher alles falsch gemacht haben. Diesem Trend konnten auch die AIDS-HelferInnen nicht widerstehen, diesem Gefühl, daß man von einer anderen Ecke herkommt und deshalb auch das Recht hat zu sagen: Ihr habt alle nicht tief genug geforscht, ihr wart alle auf dem falschen Weg und verkürzt in eurem Ansatz, wir hingegen machen es jetzt richtig.
- Ein zweiter Stolperstein war und ist, daß die AIDS-Hilfe im wesentlichen noch eine Bewegung ist – und eine Bewegung spürt sich selbst am besten an ihren Erfolgen. Das ist gut und richtig so, sonst würde eine Bewegung auch nicht vorwärts gehen. Aber es gibt das kleine Problem, daß man über dem Feiern von kleinen Erfolgen auch Inhalte vergessen kann. Ich stehe z.B. immer ganz erstaunt davor, wenn in irgendeinem Stadtteil von Berlin ein einzelner Spritzenautomat mit öffentlichkeitswirksamem Getöse eingeweiht wird – oder wenn, das wird ja vielleicht bei dieser Veranstaltung auch wieder passieren, ein einzelnes kleines Projekt zur Spritzenverteilung in Haftanstalten gefeiert wird als der große Durchbruch. Das sieht mir ein bißchen aus wie plakative, symbolische Politik. Aber man muß als AktivistIn einer Bewegung auch überlegen, was denn eigentlich die Ziele sind, was denn eigentlich erreicht werden soll und ob das bißchen, was gefeiert wird, wirklich das ist, worum

es geht. Wir haben ja auch einen Schweizer Gast heute hier, vielleicht kann er etwas darüber erzählen, wie das im vergangenen Jahr gefeiert wurde, als nach dem Volksentscheid für die Fortsetzung der Heroin-Experimente ein Riesenjubel ausbrach. Ich bin nicht sicher, ob es so berechtigt ist, zu feiern, wenn man nur einfach einmal einen dumm formulierten und ungeschickt vertretenen Antrag hat abweisen können. Die nächsten Angriffe gegen die gesamte Drogenhilfe und deren hohe Kosten sind bereits vorbereitet. Ich bin nicht ganz sicher, ob man so plakativ und symbolisch Politik abfeiern kann und sollte, aber in Bewegungen auch auf sozialem oder gesundheitspolitischem Gebiet lassen sich solche Tendenzen scheinbar nur schwer vermeiden.

- Der Stolperstein der eigenen Betroffenheit ist schon sehr früh in die Auseinandersetzungen zwischen AIDS- und Drogenhilfen hineingetragen und ausargumentiert worden. Roswitha Soltau beispielsweise von der Arbeitsgruppe „Frauen und Sucht" empfahl den Aktivisten der AIDS-Hilfe- und Schwulen-Bewegung schon 1986, doch nicht von den eigenen Konsum-Gewohnheiten (Alkohol, Poppers, Kokain) zu abstrahieren, wenn sie über Maßnahmen in der Drogenhilfe räsonnieren, sondern im Gegenteil: zunächst einmal das eigene Verhalten zu reflektieren. Und Michael Bochow wird heute ja noch Daten über Konsumverhalten und safe use/safe sex liefern.
- Ein weiterer Stolperstein, den ich für die AktivistInnen der AIDS-Hilfen sehe, liegt in dem nur ganz selten artikulierten Schuldgefühl. Das wird öffentlich eigentlich gar nicht, sondern nur im privaten Zirkel diskutiert. Immerhin ist es so, daß in ganz Nordamerika und in fast allen europäischen Staaten das Virus zunächst in der homosexuellen Subkultur und erst später in der Drogensubkultur angekommen ist. Da muß es Zusammenhänge geben, die auch etwas mit Verantwortung, mit Schuld zu tun haben. Das wird nicht diskutiert, aber immerhin ist es denkbar, daß ein solches kollektives oder auch ein individuelles Schuldgefühl dazu führt, daß man überfürsorglich, überidentifiziert ist mit der „anderen" Gruppe, mit der es Überschneidungen von der eigenen Subkultur her gibt. Das würde ich gerne einmal gründlich und öffentlich diskutieren. Ich glaube nicht, daß die Zeit dazu schon reif ist, aber privat haben wir es ja alle schon diskutiert.

  Der Amsterdamer Epidemiologe Roul Coutinho hat in seinen allerjüngsten Vorträgen allerdings mitteilen können, daß es – zumindest in China – unterschiedliche Virentypen in beiden (drogengebrauchenden und schwulen) Subkulturen gibt; das heißt, es wird womöglich noch einmal eine kollektive und individuelle Entlastung geben können – aber das nur als erste aktuelle Mitteilung am Rande. Für die beiden letztgenannten Aspekte – eigene Suchtgefährdung und Schuldgefühle – dürfte es dennoch wichtig sein, die mögliche Reaktanz selbstkritisch zu reflektieren.
- Dann gibt es den Stolperstein der Vernetzung. Besonders am Anfang der AIDS-Hilfe-Bewegung war sie relativ gering, und auf nationaler Ebene ist sie es geblieben; insbesondere die für unser Thema besonders bedeutsame Vernetzung zwischen AIDS- und Drogen-Hilfe-System besteht so gut wie gar nicht. Auf lokaler Ebene funktioniert die Zusammenarbeit in manchen Regionen ganz großartig, aber auf der öffentlich wirksameren Ebene findet sie nicht statt. Die nationale De-

batte zwischen den Protagonisten beider Bereiche kann nur als richtig mißlungen bezeichnet werden. Gespräche über eine Kooperation der beiden Systeme sind gescheitert; dadurch können wechselseitige Vorurteile natürlich weiter gepflegt werden. Das Scheitern hat aber auch dazu geführt, daß z.B. fachliche Positionen, die auf der jeweils anderen Seite längst entwickelt sind, gar nicht mehr wahrgenommen werden. Das schönste Beispiel dafür ist der Begriff der akzeptierenden Drogenarbeit. Die hat es lange vor der Gründung von AIDS-Hilfen oder lange vor einer Debatte um HIV in der Drogenszene natürlich schon gegeben. Sie hatte einen anderen Namen, nach einem Blick in die Literatur läßt sich akzeptierendes Denken aber schon sehr früh nachweisen: Günther Krauß hat den Begriff der „nicht bevormundenden Drogenarbeit" (Krauß 1984 und Krauß/Steffan 1985) und Walter Kindermann den Begriff der „Suchtbegleitung" (Projektgruppe Tudrop 1984) entwickelt. Schon vor deren Veröffentlichung war Anfang der 80er Jahre damit ein ganz wesentlicher Durchbruch erreicht innerhalb der Fachdebatte und auch innerhalb der Praxis der Suchtkrankenhilfe. „Akzeptierend" ist zunächst einmal nur ein anderer Begriff.

- Und damit komme ich zum vorletzten Stolperstein: Akzeptanz. Wir haben vor Jahren einmal eine Debatte geführt, wenn ich recht erinnere, zwischen BZgA, DAH, AIDS-Zentrum und Deutscher Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Bei dieser Debatte hat ein Vertreter der Berliner AIDS-Hilfe einen sehr klugen Gedanken formuliert, der besagte, daß unter „akzeptierend" offensichtlich Unterschiedliches verstanden werden kann. Die beiden Systeme sprechen zwar von akzeptierender Drogenarbeit, aber beide meinen etwas anderes: Die Drogenhilfe-Seite versteht unter akzeptierend: „Ich akzeptiere dich als Mensch, aber ich versuche dir klarzumachen, daß es meiner Meinung nach nicht gesund ist, was du da mit Drogen treibst." Und die AIDS-Hilfe im anderen Fall akzeptiert ohne Wenn und Aber auch den Drogenkonsum. Das ist etwas anderes. Man darf hier einmal kritisch unterscheiden zwischen den Begriffen Philantropie und Politik oder zwischen den Begriffen Menschenliebe oder Nächstenliebe und Politik. Ich fürchte, daß der Begriff Akzeptanz schon viel zu sehr verbraucht ist als politischer Kampf- und Schimpf-Begriff. Darüber sollte man noch einmal nachdenken.
- Schließlich sollte ein letzter Stolperstein nicht übersehen werden: die Selbst-Überforderung. Wer für HIV-Betroffene und -Gefährdete etwas an Veränderungen im Sozial- und Gesundheits-System erreichen will, braucht Bündnispartner. Die brachiale Strategie vieler AIDS-Hilfe-Aktionen, von einer einmal gewonnenen Überzeugung um kein Jota abzuweichen und Bündnisse eher zu riskieren als auf dem Weg des Kompromisses zu suchen, muß langfristig scheitern. Denn die Aufregung über HIV/AIDS findet bereits keine Mehrheiten mehr, und auf Dauer ist nicht mit dem schlechten Gewissen und der unbedingten Hilfsbereitschaft der nicht Infizierten oder weniger Gefährdeten zu rechnen. Das Drogenhilfe-System ist immer noch ein System, das an Innovationen interessiert und auf sie angewiesen ist. Es sollte deshalb mit viel Diplomatie und dem nötigen Entgegenkommen gewonnen werden – nicht zuletzt auch deshalb, weil es einfach größer und vielfältiger ist als das AIDS-Hilfe-System.

Zu einem zweiten Aspekt, also: *grobe Vereinfachung, zweiter Teil*, habe ich mir die Frage gestellt, wie denn der Zusammenhang zwischen *Drogen und HIV-Risiko* überhaupt aussieht. Da gibt es den Nadeltausch der FixerInnen, das wissen wir natürlich alle. Aber ich denke, man muß durchaus noch einmal daran erinnern, daß das nicht alles ist, daß man immer wieder einige Bereiche vergißt und nicht so wichtig nimmt.

- Ein wichtiger Aspekt zum Zusammenhang von Drogen und HIV-Risiko ist, daß die Risikobereitschaft unter Drogeneinfluß wächst, manchmal auch unter Drogenentzug. Das heißt, Drogenkonsum, egal ob legaler oder illegaler, und Risiko haben etwas miteinander zu tun: Drogenkonsum und Verkehrsrisiko, Drogenkonsum und die Bereitschaft, im sexuellen Verkehr mehr Risiken einzugehen, Drogenkonsum und die Bereitschaft, im Hygienebereich nachlässiger zu sein, haben etwas miteinander zu tun. Nun gibt es einen Streit zwischen amerikanischen und europäischen ForscherInnen über die Frage: Steigt die Bereitschaft, Risiken im sexuellen Bereich auf sich zu nehmen, wenn man Drogen konsumiert, oder – so die europäische Sicht – ist die Bereitschaft zum Risiko bereits vorher vorhanden und dient der Drogenkonsum als Entschuldigung für riskantes Verhalten? Das ist eine hochinteressante Forschungsthematik, aber für die Praxis eigentlich unerheblich. Praktisch kommt das gleiche dabei heraus: Drogenkonsum und eine höhere Risikobereitschaft haben im Straßenverkehr wie im sexuellen Verkehr fatale Folgen.
- Der Zusamenhang erschließt sich auch aus der Tatsache, daß es nun einmal manche Drogen gibt, die direkt etwas zu tun haben mit exzessiver Sexualität – und manche haben auch etwas zu tun mit besonderen Formen von Sexualität. Zu diesen Drogen gehören vor allem gefäßerweiternde Stoffe oder Drogen, die die körperliche Sensitivität oder das Schmerzempfinden herabsetzen. Das wird in der fachlichen Diskussion ebenfalls selten thematisiert, und weder die AIDS-Hilfen noch die Drogenhilfe-Organisationen haben es bisher geschafft, diese Thematik der Boulevard-Presse und ihren Spekulationen zu entreißen.
- Ferner ist natürlich das Thema Beschaffungsprostitution zu benennen und zu differenzieren. Da wird immer nur die primäre Beschaffungsprostitution oder die aus der Drogenabhängigkeit enstehende Beschaffungsprostitution der KonsumentInnen illegaler Drogen bedacht. Ich gehe davon aus, daß weitaus häufiger Prostitution als Beschaffungsprostitution bei denen vorkommt, die legale Drogen konsumieren – und das sind dann in erster Linie Menschen, die sich zuerst prostituieren und dann anfangen, sich zu betäuben. Das müßte einmal als ein ganz großer eigener Bereich aufgearbeitet werden, der in der Praxis völlig vernachlässigt wird und wie ich fürchte auch in dieser Tagung keine Beachtung finden wird.
- Und schließlich gibt es noch einen Aspekt, der bedeutsam ist für die Einschätzung des Risikopotentials von Drogenkonsum für eine HIV-Infektion. Das ist der Unterschied zwischen der heterosexuellen und der homosexuellen Anmache. Heterosexuelles Baggern ist fast überall möglich, homosexuelles Baggern ist mehr oder weniger konzentriert auf nur ein paar Bereiche und Treffpunkte. Besonders klar ist mir das geworden, seit ich im Osten der Republik lebe. Da gibt es eine ganz andere Tradition von homosexueller Subkultur als im Westen. Im Westen ist homosexuelle Subkultur immer oder zumindest seit vielen Jahren gebunden an Kommerzialisierung.

Das heißt, es gibt kommerzielle Anbieter, die Treffen organisieren, in welcher Form auch immer. Sie wollen oder müssen etwas verdienen an diesen Treffen, also verkaufen sie Drogen – als Kneipen-, Club- oder Sauna-Betreiber. Im Osten des Landes ist das deutlich anders gewesen. Die homosexuelle Subkultur war sehr viel informeller, sehr viel weniger gebunden an öffentliche Treffpunkte, meistens im Schatten und im Schutz der Kirche oder von anderen Institutionen, jedenfalls nicht verbunden mit Alkohol oder anderen Drogen. Das macht einen Unterschied, und das macht unterschiedliche Risikogewichte aus.

Wenn man sich das alles noch einmal vergegenwärtigt, könnte man die Frage, welches die wesentlichen Risikobereiche sind in der Überschneidung des Drogen- und des HIV-Risikos, auch so diskutieren, daß eine denkbare Arbeitsteilung sich fast naturwüchsig ergibt. Dabei könnten sich AIDS-Hilfen vielleicht auf diese Überschneidungsbereiche konzentrieren und andere Bereiche auslassen. Für die Auseinandersetzung mit der Suchtkrankenhilfe ist die einseitige Konzentration auf safer use und safer sex und damit im wesentlichen die Propagierung von Spritzentausch, harm reduction und Kondom-Benutzung kontraproduktiv. Die Einbeziehung der Diskussion der Risiko-Dimension jeglichen (legalen wie illegalen) Drogenmißbrauchs wäre hingegen, auch wenn er die eigene Haupt-Klientel mit in Frage stellt, hilfreich. Das aber dürfte sehr wahrscheinlich eine Diskussion mit offenem Ende werden. Sie hier dennoch noch einmal anzustoßen, ist mein Anliegen als Grenzgänger zwischen beiden professionellen Welten.

Damit komme ich zur *groben Vereinfachung, dritter Teil*: Wie sieht eigentlich der Zusammenhang von *Maßnahmen* gegen HIV-Infektionen *und* der tatsächlichen *Epidemie* aus? Da muß man zunächst natürlich einräumen, daß dies bisher nirgendwo ordentlich untersucht ist. Alles was wir an Evaluation haben, selbst die Evaluation der Schweizer AIDS-Politik, an der ich beteiligt war, hat nicht deutlich genug gezeigt, wie Ursache und Wirkung im Gefolge von Maßnahmen unterscheidbar sind und ob es Wirkung überhaupt gibt. Wir können uns das an ein paar Aspekten noch einmal deutlich machen:

- Das eine ist der epidemische Verlauf in Europa. In Nord-, West, Süd- und Osteuropa gibt es einen völlig unterschiedlichen epidemischen Verlauf der Verbreitung von HIV. Man kann daraus keine Systematik erkennen, daß eine bestimmte AIDS-Politik oder eine bestimmte Drogenpolitik in diesen Ländern diese Unterschiede hervorruft. Am ehesten noch ist die rapide Entwicklung der HIV-Gefährdung der Drogen-KonsumentInnen in Spanien, Italien, Irland und Polen durch die Virulenz des Katholizismus in allen diesen Ländern zu erklären – aber bietet das irgendeine Plausibilität?
- Relativ gut können wir dieses Begründungs-Dilemma am Beispiel von zwei sehr stark gegensätzlichen nationalen politischen Programmen und Maßnahmen-Paketen sehen: in Schweden und den Niederlanden. In der hiesigen öffentlichen Debatte werden die Positionen der beiden Staaten meist so dargestellt: Die Niederländer wollen erklärtermaßen, daß jede/r nach ihrer/seiner Verfassung, nach ihrer/seiner Fasson selig werden solle, und die Schweden erstreben eine drogenfreie Gesellschaft,

die sie notfalls mit Zwangstherapie durchzusetzen bereit sind. Nun ist die schwedische Haltung bei genauerem Hinsehen nicht so platt wie hier zitiert, und die dortigen Politiker hängen nicht der Illusion nach, eine drogenfreie Gesellschaft sei möglich, sondern sie sagen und schreiben: Wir wollen eine drogenfreie Gesellschaft, in der illegaler Konsum nur marginal vorkommt. Das ist schon eine ganz andere Aussage, und die wird von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen – nicht zuletzt aufgrund der langen, 150 Jahre alten Abstinenzler- und Templerenzler-Tradition in Schweden. Auf der anderen Seite gelten die Niederlande als das drogenpolitisch liberalste Land Europas, und sie stellen sich auch gern so dar: Es gibt für Cannabis-Produkte regelrechte Freihandelszonen und Methadon fast für alle, die danach fragen. Erstaunlicherweise muß man, wenn man zu den Fakten und den Zahlen kommt, feststellen, daß Schweden weit weniger repressiv ist als die Niederlande, zumindest gegenüber „harten" Drogen-KonsumentInnen (vgl. Leuw/Marshall 1995, Heckmann 1996, Heckmann 1997).

Deutschland liegt drogenpolitisch irgendwo in der Mitte zwischen den Extremen Schweden und Niederlande. Und das allererstaunlichste ist: In Schweden, Deutschland und den Niederlanden findet man ungefähr die gleiche sogenannte Durchseuchung, das heißt trotz massiver drogenpolitischer Divergenzen die gleiche Verbreitung von HIV unter Drogenkonsumenten und insgesamt auch in der Gesellschaft. Die Verbreitung von HIV folgt also in jedem Fall dem nordeuropäischen Muster, das heißt, im Vergleich zu Gesamt-Europa ist die Prävalenz hier relativ niedrig.

- Vollends in Verwirrung gerät man, wenn man sich die Infektionszahlen in der Schweiz ansieht, deren Drogenpolitik in den letzten zwei, drei Jahren den größten öffentlichen Bonus bekommt. Obwohl sie nach verbreiteter Meinung die richtigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Epidemie trifft, gehört die Schweiz zu den von HIV am meisten betroffenen Ländern und ist damit kaum ein gutes Beispiel, zumindest nicht für die Propagierung einzelner drogenpolitischer Maßnahmen.
- Kritisch hat diese politisch brisanten Zahlen Roul Coutinho vom Amsterdamer Gesundheitsamt beobachtet; er ist nicht besonders beliebt bei den lokalen PolitikerInnen, weil er immer wieder seinen Zahlen folgend hat sagen müssen, daß z.B. die Methadonvergabe, auch die großzügige Methadonvergabe gemäß der Drogenpolitik der Stadt Amsterdam, keinen Einfluß auf die HIV-Verbreitung unter Drogenabhängigen hat, zumindest läßt sich kein positiver Einfluß nachweisen.

Ich bitte also zu bedenken, daß es keinen linearen Zusammenhang zwischen irgendeiner Maßnahme und der Entwicklung der Epidemie gibt. Das gilt für viele andere Bereiche der Drogenpolitik auch. Ich habe eine große Untersuchung über Drogentodesfälle und deren Ursachen durchgeführt und bin nach wie vor negativ davon fasziniert, wie es PolitikerInnen gelingt, zu sagen, man habe in diesem Februar weniger Drogentote als im letzten Februar, weil man dieses oder jenes unternommen habe. Das ist grober Unfug, das ist, was PolitikerInnen vielleicht brauchen, es hat aber mit objektiver Wissenschaft und mit tatsächlicher Entwicklung leider nichts zu tun.

Damit komme ich zum Thema zurück und vielleicht zu einer Schlußfolgerung, die ich zu bedenken bitte: ob nicht besser die AIDS-Hilfe-PolitikerInnen bei den Lösungsstrategien, die sie diskutieren, nicht so sehr auf andere Komplettmodelle

schauen sollten (Wie machen sie es in der Schweiz, in Umbrien, in den Niederlanden oder in Schweden?), sondern auf Details, die assimilierbar sind in unserem System. Es sind keine kompletten alternativen Modelle, die wir übernehmen können, sondern es muß mehr nachgeschaut werden, was wir denn hier vor Ort, was wir auf regionaler Ebene machen können, welche Bedingungen wir hier vorfinden und welche Antworten und Lösungsansätze wir hier entwickeln können. Das setzt ein Stück Bescheidenheit voraus, das setzt voraus, daß man sich nicht vornimmt, das Problem zu lösen, sondern daß man sagt, wir können mildern, mindern, moderieren. Und wir fallen nicht mehr herein auf Propagandisten, ob sie aus Schweden kommen oder aus den Niederlanden oder anderswoher.

Es bleibt noch der vierte Abschnitt: *grobe Vereinfachung, vierter Teil.* Eigentlich ist dies aber in der Anlage von vornherein mehr eine Differenzierung als eine Vereinfachung. Ich habe mich gefragt, was man eigentlich noch tun kann oder was die AIDS-Hilfen im Zusammenhang und in Zusammenarbeit mit den Drogenhilfen tun sollten.

- Zuerst möchte ich gerne kommentieren, was heute nachmittag passieren wird. Stefan Etgeton und Gundula Barsch haben zusammen ein Papier ausgearbeitet, das zurecht ausgeht von der Überlegung, daß Druckräume national diskutiert werden sollten. Auf nationaler und möglichst breiter Ebene muß man Einverständnis für ungewöhnliche Maßnahmen gewinnen, wenn sie eine Chance haben sollen. Diese Überlegung ist eine Reaktion auf die Erfahrung, daß es dort, wo Druckräume entstehen, genau wie dort, wo Programme zur Verteilung von Methadon oder Heroin besonders großzügig gestaltet werden, Wanderungsgewinne, Zulauf durch DrogenkonsumentInnen von außerhalb gibt; und das hält die betreffende Kommune dann manchmal nicht aus. Das führte im Fall von Amsterdam zu der berüchtigten Jo-Jo-Politik: Einmal ist man mehr liberal, dann wieder mehr repressiv, es geht immer auf und ab. Deshalb ist es sinnvoll, derartige in der Bevölkerung tendenziell unpopuläre Maßnahmen auf nationaler Ebene anzuschieben.

  Die AutorInnen des Diskussionspapiers für eine nationale Druckraum-Kampagne sind recht optimistisch in dieser Hinsicht. Ich bin da ganz anderer Ansicht. Wer in diesen Tagen die Nachrichten verfolgt hat, weiß, daß auf nationaler Ebene derzeit zwei angstbesetzte Themen große Aufmerksamkeit finden: die lebensgefährliche Raserei auf den Autobahnen und die Wiederholungstaten von Kindermördern und -mißbrauchern. In beiden Fällen werden Präventionsstrategien in ihrer rein repressiven Variante diskutiert: erhöhte Strafen und die Anlegung einer Gendatenbank beim Bundeskriminalamt. Das deutet auf schlechte Zeiten für liberale Präventionsstrategien auch in anderen Bereichen.
- Aber nicht überall, wo das Einverständnis für derartige Maßnahmen herzustellen ist, sind sie auch angemessen. Man muß nämlich auch überlegen, was in jeder einzelnen lokalen Situation, in jeder einzelnen Region zu tun ist. Das heißt, man braucht zunächst einmal, bevor man so eine Frage debattiert, eine Situationsanalyse. Ist die Gruppe, für die man Druckräume oder Gesundheitsräume anbieten will, überhaupt vorhanden? Ich kenne da viele Beispiele aus dem Osten Europas und leider auch aus dem Osten Deutschlands, wo so diskutiert wird, daß die derzeit fort-

schrittlichste aus dem Westen bekannte Methode (von der erst neulich auf einem Kongreß in Frankfurt am Main die Rede war) jetzt hier auch für diese – womöglich ganz anders geartete – Situation Anwendung finden muß. Ein besonders dramatisches Beispiel ist mir vorhin im Gespräch vor der Veranstaltung wieder eingefallen:

In der lettischen Hauptstadt Riga gibt es nach Aussagen aller dortigen Fachleute offiziell etwa 1.500 Opiatabhängige. Alle diese Abhängigen sind schwer zu erreichen. Ich habe Nächte damit verbracht, mit den Experten in Riga irgendwo eine Szene zu finden, wo irgendetwas Auffälliges passiert. Obwohl ich auch mit ehemaligen Abhängigen unterwegs war, war weder in den Klubs noch in den Abrißhäusern noch in irgendeinem privaten Bereich etwas szeneartiges zu finden. Das heißt, es gibt keine öffentliche Szene, gar kein Stückchen eines offenkundigen Skandals. Gleichzeitig gibt es dort Westgeld, genauer gesagt amerikanisches Geld von der Soros Foundation; die spendiert von diesem Geld Fixen in einem Land, in dem für die Diabetiker nicht genügend Einmal-Spritzen vorhanden sind. Man verteilt reichlich und wundert sich, daß diese Fixen nicht angenommen werden; und man sagt sich, daß da mehr getan werden muß. Dabei ist des Rätsels Lösung ganz einfach: Die meisten ehemaligen Opiatabhängigen, die ich dort in Therapie angetroffen habe, erzählen, daß die Opiate überhaupt nicht injiziert, sondern nur geraucht werden. Die genannten 1.500 Abhängigen sind alle während des Afghanistankrieges an den Stoff geraten und haben sich daran gewöhnt, Opium zu rauchen. Sie gehören fast alle zur russischen Minderheit in Lettland, sind allein deshalb schwer zu finden – und sie alle rauchen, sie fixen nicht. Die Idee, aus dem Westen die dort entwickelten Spritzenaustauschprogramme auch hier zu initiieren, ist in dieser Region also zunächst einmal völlig unangemessen.

Vor kurzem gab es einen Drogentodesfall in einer ostdeutschen Stadt. Die ganze Stadt diskutiert deshalb zur Zeit darüber, ob man jetzt nicht einen Spritzenraum braucht – in einem Ort, in der fast keine/keiner der jungen KonsumentInnen fixt! Es gibt Opiatkonsum, im Einzelfall auch schon verfestigte Heroin- oder Politox-Karrieren, aber noch kaum intravenösen Gebrauch.

Ein drittes Beispiel aus Makedonien, dann soll es mit den exotischen Bildern reichen: Dort gibt es Mütter, die mit ihren Kindern zum Arzt kommen und die Befürchtung äußern, ihr Kind nehme Drogen – und der Doktor verschreibt Methadon, weil er weiß, das ist das richtige, das hat er erst kürzlich gelernt auf einem Kongreß im Westen. Nicht selten stellt sich danach heraus, daß das Kind Cannabis konsumiert hat.

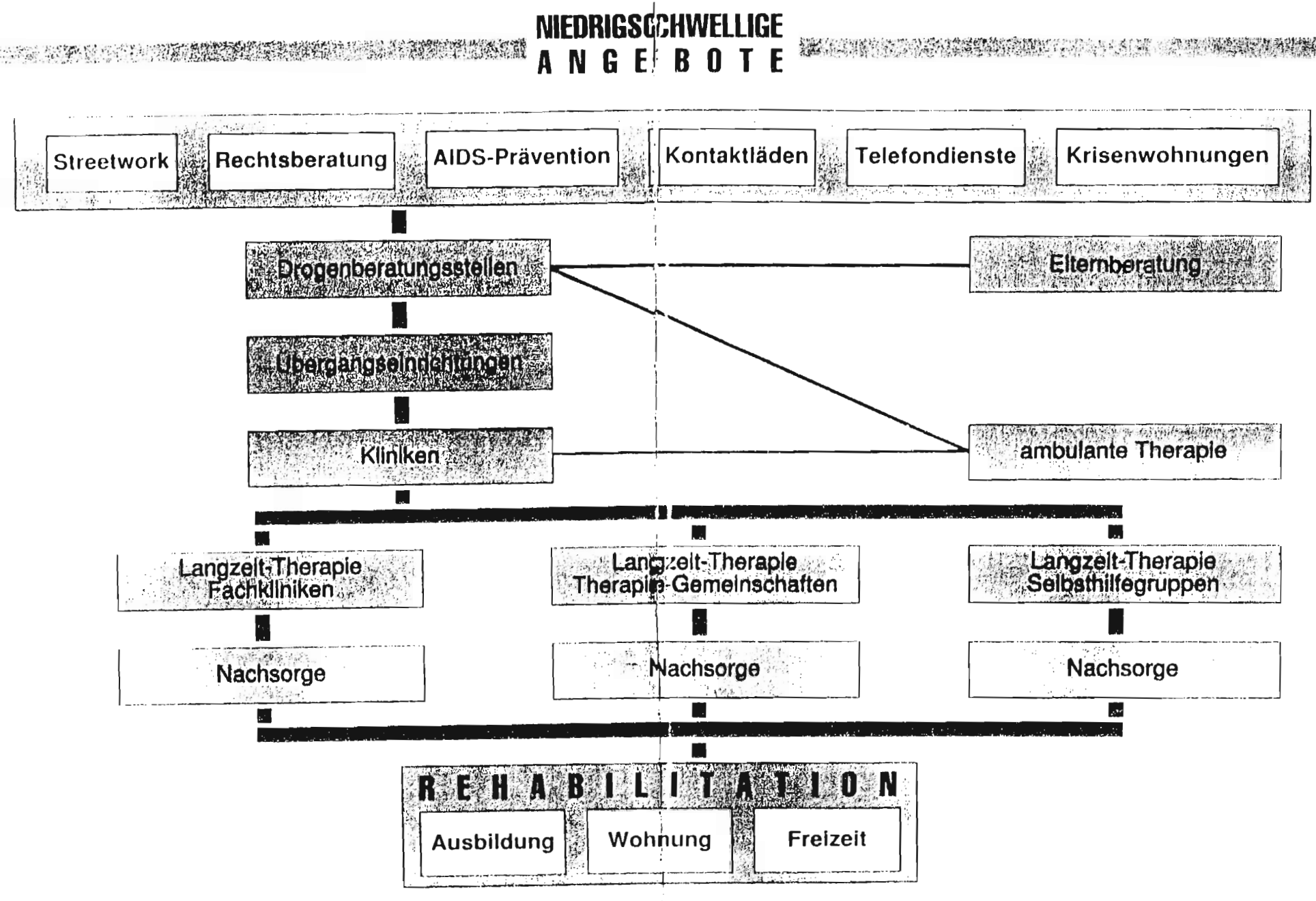
Als exotische Beispiele kennen wir womöglich alle in einer gewissen Anzahl derartige fehlerhafte und der individuellen bzw. sozialen Situation nicht angemessene Reaktionen. Aber diese Fehler können, vielleicht auf niedrigerem Niveau und weniger drastisch, überall passieren. Man kann sie nur durch eine ordentliche Situationsanalyse – Welchen Entwicklungsstand hat die Szene? Was wird gebraucht? Wo wird was gebraucht? – vermeiden. Wer bei diesem schwierigen Prozeß der Implementation wenig populärer Maßnahmen nicht selbstkritisch bleibt, wird Fehler machen.

- Das dritte, was man bei dieser Diskussion beachten muß: Man muß die Compliance des Gemeinwesens haben. Man braucht einfach die Unterstützung von allen

von möglichst vielen Institutionen und Personen. Man kann einer Gemeinde nicht unvorbereitet einen Druckraum zumuten, sonst geschieht das, was in manchen Städten in der Schweiz passiert ist, wo die Spritzenhüsli geöffnet und alsbald wieder geschlossen wurden, weil sie in der Region, in der sie zuerst angesiedelt waren, nicht ausgehalten, nicht toleriert wurden. Da rebelliert das Gemeinwesen. Deshalb muß man sehr sorgfältig überlegen und vorab klären, ob man die Zustimmung hat und wie man sie gegebenenfalls erreichen kann. Gleichzeitig muß man natürlich die Zielgruppen, für die das Angebot geplant ist, sorgfältig definieren und damit der Nachbarschaft (und der Szene) auch verdeutlichen, daß man nicht für jeden und für jede diese Art von Angebot macht.

- Ein vierter Punkt sollte meiner Meinung nach in die Überlegungen zukünftiger AIDS-Hilfe-Politik im Drogenbereich einfließen: eine Strategie, mit der man Teil des gesamtes Netzwerkes werden kann. Teil des Netzes zu werden bedeutet eine Anstrengung, der sich die AIDS-Hilfen bisher nicht unterziehen mußten oder wollten. Nach meiner Beobachtung ist es immer noch im wesentlichen so, daß die AIDS-Hilfen versuchen, von ihrem exzeptionellen Blickwinkel aus die gesamte Gesellschaft neu zu definieren und zu organisieren. Für die Zukunft wird man sich aber überlegen müssen, wo man sich in dem Netz sozialer Sicherung und gesundheitlicher Versorgung ansiedeln will – und wollen muß man es, wenn es funktionieren soll.

Für den Drogenbereich möchte ich das bestehende und auch ohne die AIDS-Hilfen im Prinzip funktionsfähige Netzwerk darstellen:


NIEDRIGSCHWELLIGE
ANGEBOTE
Streetwork
Rechtsberatung
AIDS-Prävention
Kontaktläden
Telefondienste
Krisenwohnungen
Drogenberatungsstellen
Elternberatung
Übergangseinrichtungen
Kliniken
ambulante Therapie
Langzeit-Therapie
Fachkliniken
Langzeit-Therapie
Therapie-Gemeinschaften
Langzeit-Therapie
Selbsthilfegruppen
Nachsorge
Nachsorge
Nachsorge
REHABILITATION
Ausbildung
Wohnung
Freizeit

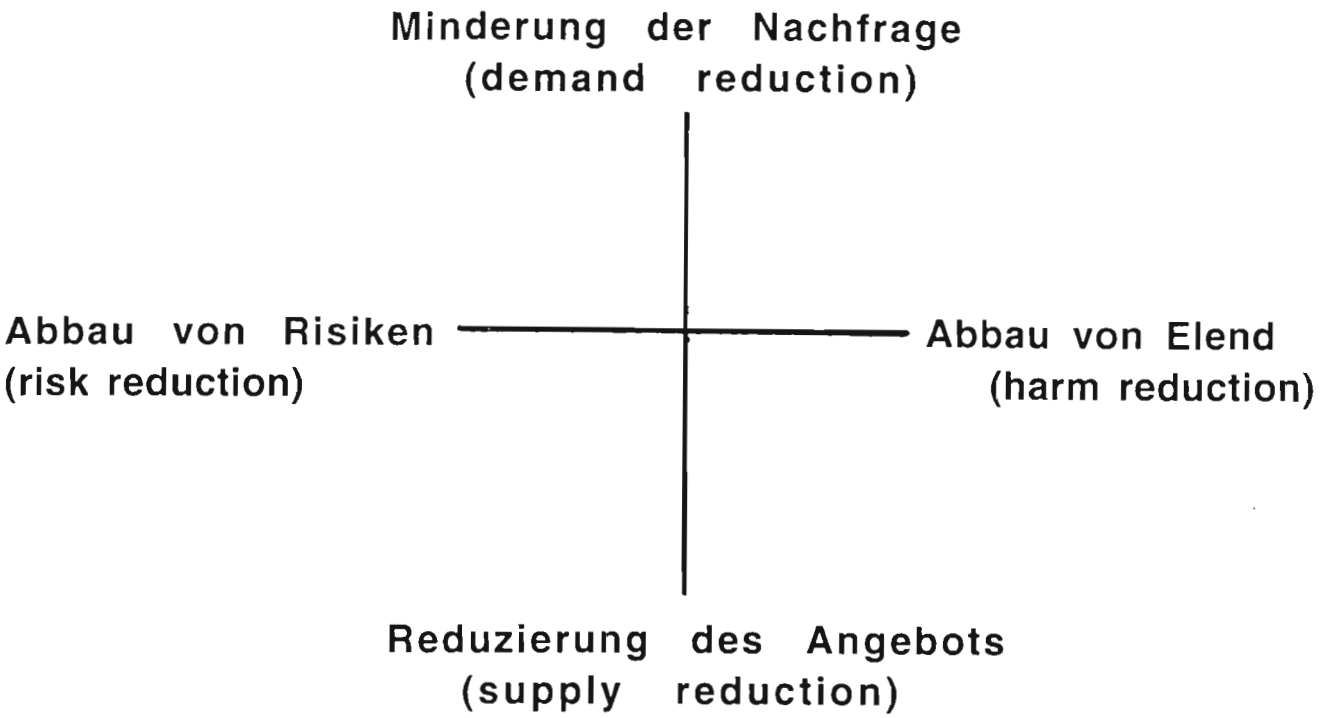
Das ist ein von der Bundesregierung verbreitetes Schema, das ist aber nicht untypisch, auch den von den Verbänden oder regionalen Organisationen verbreiteten Schemata des Drogenhilfesystems ganz ähnlich. Diese Darstellungen sind nie ganz komplett, irgendwas wird einem immer fehlen. In dieser Graphik fehlen z.B. die primäre Prävention und die Repression bzw. der Übergang vom repressiven System in die Rehabilitation.

Bei den niedrigschwelligen Angeboten auf der ersten Ebene wird u.a. die AIDS-Prävention genannt, damit also eine genuine Aufgabe der AIDS-HelferInnen definiert. Aber es gibt gar keinen Grund, nicht auch zu überlegen, ob nicht im ambulanten oder stationären Bereich, in der Nachsorge oder sonstwo noch Anteile sein können, wo man sich mit den spezifischen Angeboten der AIDS-Prävention und der Betreuung Infizierter einbringen sollte. Aber das muß man bewußt tun – und auch unter Respektierung der Arbeitsweisen dieser Bereiche.

Was aus den Arbeitspapieren und Vordiskussionen für diese Tagung mehr oder weniger deutlich herauskommt, ist folgende Unklarheit, die eine Entscheidung braucht: Wollen wir uns als AIDS-Hilfen auf unseren Arbeitsbereich zurückziehen und da stärker engagieren, oder wollen wir Maßnahmen, die im Bereich der Drogenhilfe fehlen, komplementär hinzufügen, oder wollen wir vorhandene Maßnahmen, die wir – zumindest unter dem Gesichtspunkt der HIV/AIDS-Prävention – als falsch einschätzen, ersetzen durch andere, von uns gepushte Maßnahmen?

Ich glaube, man sollte der Verführung entgehen, alles können und machen zu wollen. Aber es gibt sicher auch andere Ansichten, und man kann sich am hier dargestellten Gesamtsystem ein bißchen orientieren, in welchem Bereich denn sinnvolle Aufgaben liegen. Und man muß sich natürlich grundsätzlich entscheiden, ob man daran interessiert ist, ein derartiges System zu stützen, zu differenzieren und zu ergänzen, oder ob man mehr daran interessiert ist, das System von außerhalb zu kritisieren, dadurch womöglich intern zu verbessern, und nur durch provokante Aktionen oder kurzfristig angelegte Maßnahmen immer einmal wieder Teile dieses Systems ins Wanken zu bringen, um neue Entwicklungen zu ermöglichen. Aber einer der Stolpersteine, von denen bereits die Rede war, ist auch, daß man sich dabei verheben kann. Das System der Drogenhilfe ist bereits relativ stabil und vielfältig – vieles von dem, was die Graphik darstellt, ist in jeder Region vorhanden. Die AIDS-Hilfe steht daneben singulär, als eine Organisation womöglich in Konkurrenz oder als Anbieter im gleichen Bereich, als eine Organisation unter vielen. Manche von den AIDS-Hilfen im Drogenbereich angestrengte Provokation wurde schon als Erfolg gefeiert, weil sie plakativ und mit hoher öffentlicher Aufmerksamkeit bedacht war, ist aber danach auch wieder vergessen, weil das Drogenhilfe-System einfach schon relativ stabil ist.

Zum letzten von der groben Vereinfachung zur Differenzierung: Ich möchte gerne darauf aufmerksam machen, daß es eine internationale Diskussion gibt über die Strategien im Drogenhilfebereich, die nicht von der Seite der AIDS-Hilfe, sondern von der Seite der Drogenhilfe geführt wird. Diese Debatte wird hierzulande nicht genügend zur Kenntnis genommen. Welche Probleme da erörtert werden, läßt sich an folgendem einfachen Schema erläutern:



Vor kaum mehr als zehn Jahren war es noch äußerst schwierig, überhaupt den Bereich der demand reduction, der Minderung der Nachfrage, international zu diskutieren. Die fachlich zuständigen Unter-Organisationen der UNO, also die eigentlich stärksten internationalen Gremien waren in Wien an einer langdauernden Konferenz beteiligt, bei der es zunächst ausschließlich um supply reduction, die Reduzierung des Angebotes, ging, also um mehr Helicopter und um mehr Schnellboote für Miami Vice usw. Das ist die stärkste internationale Strömung, ganz ohne Frage. Sie wird angeführt von den USA, aber auch ganz stark unterstützt von Staaten der Dritten Welt und von Staaten, die auch relativ stark auf das Weltgeschehen einwirken, wie Libyen, Saudi-Arabien oder Iran. Das also ist, nüchtern betrachtet, die Hauptseite der Weltpolitik Drogen gegenüber: über Reduzierung des Angebots, Kontrolle des Marktes. Dagegen demand reduction, Minderung der Nachfrage, als einen zweiten Pol zu setzen, war eine Riesenaufgabe, die von den nicht-staatlichen Organisationen in Wien am Ende auch sehr gut erfüllt wurde.

Seither ist international die Diskussion um Strategien erweitert worden, und es wird bereits seit Mitte der 90er Jahre von der Weltgesundheitsorganisation und vom Internationalen Rat gegen Alkohol und Drogen (ICAA) das Konzept mit getragen, daß man die anderen beiden Aspekte, risk reduction, den Abbau von Risiken, und harm reduction, den Abbau von Elend, mit zu erwägen hat. Wichtigste Aussage beider Fachorganisationen ist dabei, daß man auf allen vier Ebenen gleichzeitig und mit gleicher Kraft arbeiten muß. Wir werden alle immer wieder verführt sein zu sagen, die eine oder andere Teilstrategie sei am wichtigsten.

Es sollte auch darauf aufmerksam gemacht werden, daß man bei den beiden neueren Aspekten manches oft auch ein bißchen falsch und einäugig sieht:

Beim Abbau von Risiken denken die meisten daran, daß es Hepatitis und HIV gibt, die bei mangelnder Nadel-Hygiene übertragen werden können, und daß deshalb Spritzen verteilt werden müssen. Das zahlenmäßig größte Risiko aber, das Menschen, die mit Suchtstoffen umgehen, haben, ist immer noch der Verkehrstod, der Verkehrsunfall, gefolgt von Gewalttätigkeit (in der Täter- wie in der Opferrolle). Dies sind deshalb die eigentlichen Hauptaufgaben beim Abbau von Risiken.

Und beim Abbau von Elend denken fast alle zunächst an das Elend, das durch falsch angelegte oder falsch angewandtete Gesetze entsteht. Das meiste Elend aber, das im Zusammenhang mit Drogenkonsum, legalem wie illegalem, in aller Welt und auch in Deutschland entsteht, ist immer noch die Obdach- oder Wohnungslosigkeit. Daran denkt offensichtlich niemand. Die meisten Obdachlosen in Deutschland haben Probleme mit Suchtstoffen und werden in Obdachlosenasyle und sonstwo hineingepfercht, jedenfalls nicht adäquat betreut.

Ich plädiere also dafür, daß wir nicht eindimensional, sondern wenigstens vierdimensional denken bei dem, was wir hier weiter bewegen wollen – und daß wir alle vier Teilstrategien präzise an den tatsächlichen Problemen orientieren und zu einer zusammenfassen.

In den kommenden Jahren ist weiter mit erheblicher Dynamik in der drogenpolitischen Landschaft zu rechnen. Daran werden sowohl die DrogenhelferInnen als auch die AIDS-HelferInnen beteiligt sein. Die Kommunikation zwischen beiden Seiten ist deshalb unabdingbar. Ich meinerseits biete sie auch für die Zukunft an.

Prof. Dr. Wolfgang Heckmann lehrt am Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen der Fachhochschule Magdeburg.

Literatur

Heckmann, W.: Drug users paradise: A'dam misperceived, in: Addiction Research 1996, Vol. 4, No 3

Heckmann, W.: „Schwedische Gardinen": Zur Tradition der Zwangsbehandlung Suchtkranker und -gefährdeter in Schweden, in: Sucht 43 (3) 1997

Krauß, G.M.: Konfliktberatung mit Drogenkonsumenten, Weinheim/Basel 1984

Krauß, G.M./Steffan, W. (Hrsg.): ...nichts mehr reindrücken – Drogenarbeit, die nicht bevormundet, Weinheim/Basel 1985

Leuw, E./Marshall, I.H. (Eds.): Between Prohibition and Legalisation: The Dutch Experiment in Drug Policy, Amsterdam 1995

Projektgruppe Tudrop: Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher, Weinheim/Basel 1984

UserInnen in die Vorstände! Die Beziehungen zwischen Aids-Hilfen und Drogenselbsthilfe

Vortrag von Dr. Urban Weber

Bestandsaufnahme

Selbsthilfe im Drogenbereich beschränkt sich nicht auf JES, auch wenn manche Aktivisten dieser Gruppe dies manchmal nicht wahrhaben wollen. Wollte ich heute einen Vortrag über die Gesamtheit der Selbsthilfe im Bereich illegaler Drogen halten, so müßte ich mit *Release* starten und erhielte dafür wohl Applaus von seiten der anwesenden JES-Vertreter, gleich darauf käme jedoch die Rede auf Synanon, das 1971 von Mitgliedern der Heidelberger *Release*-Gruppe gegründet wurde, und dafür wäre mir allseitiger Beifall weniger sicher.

JES und Synanon also unter dem begrifflichen Dach der Selbsthilfe – dies zeigt die Bandbreite dessen an, worüber man sprechen könnte. Selbsthilfe hat, wie schon anhand dieser beiden sehr gegensätzlichen Beispiele deutlich wird, sehr unterschiedliche Funktionen.

Dennoch möchte ich mich heute auf die Auseinandersetzung mit der Selbsthilfe-Organisation JES beschränken, und zwar aus ganz pragmatischen Gründen. Erstens nämlich handelt es sich bei JES um die Organisation, die als einzige aus dem Spektrum der Selbsthilfe mit der DAH zusammenarbeitet, und zweitens handelt es sich bei JES um die einzig verbliebene Organisation aus dem Selbsthilfespektrum, die mit einem dezidiert emanzipatorischen Ansatz auftritt und damit in relativer Nähe zur Deutschen Aids-Hilfe steht, ja sehr ähnliche Wurzeln hat.

Gleichzeitig sollte jedoch beide Organisationen nicht vergessen, daß ihre organisationssoziologische Einordnung immer noch möglich ist und sich daraus Überlegungen ergeben können, die auch andere Koalitionen wenigstens theoretisch denkbar erscheinen lassen. Oder andersherum: Die Kooperation zwischen DAH und JES ist nicht die einzig denkbare Möglichkeit, auch wenn die Zusammenarbeit als quasi naturwüchsig erscheinen mag. – Daß hierüber Zweifel bestehen, zeigt übrigens die Tatsache, daß während dieser Konferenz darüber verhandelt wird.

Deshalb zunächst einige grundsätzliche Worte zur Einordnung von Selbsthilfe auf genereller Ebene:

Grundsätzlich kann man Selbsthilfeinitiativen im Drogenbereich (wie übrigens auch in allen anderen Bereichen) auf verschiedene Weisen unterscheiden: zum einen aufgrund ihrer relativen Nähe bzw. Entfernung zu professionellen (Hilfe-) Institutionen, zum anderen aufgrund ihrer vorrangigen Interventionen und zum dritten nach dem Grad ihrer eigenen Institutionalisierung bzw. Professionalisierung.

Die relative Nähe zu professionellen Hilfeinstitutionen ist hauptsächlich für den Bereich der Arbeitsteilung von Bedeutung. Nahe an professioneller Hilfe liegende Selbsthilfegruppen übernehmen solche Aufgaben im Gesamtprozeß, von denen alle Beteiligten annehmen, sie könnten von Laien besser gelöst werden. Ein Beispiel dafür sind die Anonymen Alkoholiker, denen der Bereich der Nachsorge nach einer Therapie gerne überlassen wird. Generell gilt, daß eine größere Nähe zum professionellen Hilfesystem immer auch einer weitergehenden Übereinstimmung in der Zielsetzung entspricht. Andersherum: Die Selbsthilfegruppen mit der größten Entfernung zum Hilfesystem sind generell diejenigen, deren politische Zielsetzung in der Veränderung des gesamten Systems liegt und die damit zuvörderst einen politisch-emanzipatorischen Charakter haben. JES liegt, definitorisch nicht leicht eingrenzbar, am von der professionellen Drogenhilfe eher entfernten Ende der Skala (dies zeigt sich beispielsweise an der Forderung nach der Abschaffung des BtMG, eine Forderung, für die es bei der institutionellen Drogenhilfe kaum irgendwelche Verbündete gibt).

Die vorrangigen Interventionen sind inhaltlich bestimmt: So gibt es Interventionen im therapeutischen Bereich mit dem Ziel der Abstinenz, solche mit dem Ziel der Überlebenshilfe, solche mit dem Ziel der sozialen und medizinischen Re-Integration und solche mit dem eher auf einer Meta-Ebene angesiedelten Ziel der politischen Teilhabe bzw. der politischen Veränderung des gesamten Systems. Dieses letzte Ziel ist oft gleichbedeutend mit einer grundsätzlichen Opposition zu etablierten Ansätzen, und entsprechend viele Gegner hat man.

Der Grad der Professionalisierung bzw. der Institutionalisierung schließlich bezeichnet, wo auf einer Achse mit den beiden Polen des lockeren Zusammenschlusses bis zur etablierten, arbeitsteiligen und juristisch definierten Organisation sich eine Selbsthilfegruppe befindet. Ein höherer Institutionalisierungsgrad ist gemeinhin gleichbedeutend mit einer stärkeren Teilhabe am gesamten Prozeß des gesellschaftlichen Teilbereichs, während lockere Zusammenschlüsse meist nicht die notwendige Kontinuität garantieren, um überhaupt als Gesprächs- und Verhandlungspartner anerkannt zu werden.

JES ist generell weit entfernt von der professionellen Drogenhilfe, weist einen geringen Grad an Institutionalisierung auf und interveniert eher im politischen denn im praktischen Bereich. All dies sind Eigenschaften, die es für JES schwierig machen, Freunde (d. h. Unterstützer) zu gewinnen und zu behalten. Zusätzlich übernehmen andere Einrichtungen der Drogenhilfe Aufgaben, für die JES eigentlich prädestiniert wäre, darunter besonders den Bereich der Vermittlung von Safer Use-Botschaften. – Wenn das eben Gesagte zutrifft, so stellt sich zwangsläufig die Frage:

Wozu brauchen wir also noch JES?

Die Antwort lautet: Wir brauchen JES, aber JES muß sich verändern.

JES muß seine Organisation verbessern, muß qualitativ sauberer arbeiten, und JES muß sich auf einige Gebiete spezialisieren, die dieser Organisation „liegen".

JES versteht sich – und das ist legitim und sinnvoll – als politische Interessenvertretung für Menschen im Umfeld illegaler Drogen (allerdings nicht aller Drogen, denn sowohl zu Cannabisgebrauchern wie auch zu Konsumenten „neuer" Drogen wie Ecstasy bestehen kaum Kontakte).

Nun ist es zwar so, daß Selbstorganisation zum Zwecke des politischen Lobbyismus ein übliches Verfahren ist, die Interessen bestimmter gesellschaftlicher Gruppen durchzusetzen, aber es reicht selbstverständlich nicht aus, diesen Anspruch lediglich für sich zu reklamieren. Die Professionalität, mit der dies geschehen sollte, hat JES bislang bei weitem nicht gezeigt. JES als Zusammenschluß aktivistischer Drogengebraucher, angetreten, um den Grundsatz durchzusetzen, Drogengebraucher müßten sich ihre Würde nicht durch angepaßtes Verhalten erst verdienen, dieser Organisation JES ist es bislang nicht gelungen, in der Öffentlichkeit als legitimer Ansprechpartner für die Gesamtheit der Drogengebraucher wahrgenommern zu werden. Und sie bemühen sich auch nicht besonders, möchte man hinzufügen: Im Lauf der letzten beiden Jahre kam es beispielsweise nicht einmal vor, daß JES ein Dokument aus eigener Feder in der *Junkfurter Ballergazette* veröffentlicht sehen wollte. Und die wenigen JES-Demonstrationen der letzten Jahre erwecken eher den traurig-komischen Eindruck, ein Häufchen Aufrechter hielte sich an längst vergangenen Idealen fest.

Der Themenkomplex des Drogenrechts verstärkt diesen Eindruck. Moderne Gesellschaften zeichnen sich durch einen hohen Grad an Verrechtlichung aus. Die zentrale Bedeutung der Drogengesetzgebung ist allen in diesem Bereich Tätigen bewußt, wobei gerade Drogengebraucher in den zweifelhaften Genuß kamen, die repressiven Elemente dieses Gesetzes aus eigener Erfahrung zu kennen. Dennoch wird die juristische Debatte keineswegs durch eine auffällige Teilhabe von JES-Vetretern geprägt, im Gegenteil.

Man könnte einwenden, es fänden sich keine Juristen bei JES, dieser Einwand ist jedoch nicht stichhaltig: Juristisches Wissen kann eingekauft werden oder steht kostenlos zur Verfügung. Im Umfeld der akzeptanzorientierten Drogenhilfe stehen mit Sicherheit einige Juristen bereit, die ihre Gutachten unter dem Logo JES gerne verbreitet sehen würden.

Von der von emanzipatorischen Hoffnungen getragenen Aufbruchstimmung zu Beginn der 90er Jahre ist jedenfalls nicht viel übrig. – Dabei haben sich die grundlegenden Parameter der bundesdeutschen Drogenpolitik seither nicht gewandelt, und insbesondere eine zentrale Einsicht hat nichts von ihrer Aktualität eingebüßt: daß nämlich die gegenwärtige Politik und das gegenwärtige Recht im Bereich illegaler Drogen mehr Schaden anrichten als Nutzen stiften.

Die Aufzählung der Themengebiete, die für JES geradezu prädestiniert wären, wo JES jedoch kaum Flagge zeigt, ist damit jedoch noch nicht beendet. Die Vermittlung von Safer Use-Botschaften beispielsweise kann nur gelingen, wenn erstens riskante Verhaltensweisen bekannt sind und zweitens, wenn die Adressaten der Botschaften auch erreicht werden. JES verfügt über den umfangreichsten Pool an Kontakten zu Drogengebrauchern, die ansonsten keinerlei Verbindung zur Drogenhilfe haben, und das bei JES als Gruppe vorhandene gesammelte Wissen zu risikoträchtigem Verhalten

dürfte in der Bundesrepublik ohne Vergleich sein. Allein, dieses Wissen wird von JES weder systematisch zusammengetragen noch in irgendeiner Weise ausgewertet.

Und auch ganz praktische, am Prinzip der Schadensbegrenzung, Infektionsprophylaxe und Überlebenshilfe ausgerichtete Tätigkeiten könnten von JES ausgeübt werden. Ein solches Beispiel wäre Spritzentausch und die gleichzeitige Vermittlung von Safer Use-Botschaften. Besonders in versteckten Szenen kleinerer bis mittelgroßer Städte könnte die Erreichbarkeit von iv-Gebrauchern dadurch möglicherweise deutlich gesteigert werden. JES könnte diese Arbeit – und dies ist ein wichtiger Wettbewerbsvorteil – sogar vergleichsweise deutlich billiger anbieten als die professionelle Drogenhilfe, da für diese Tätigkeit eine Ausbildung zum Sozialarbeiter keineswegs erforderlich ist.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Der emanzipatorische Slogan „Leben mit Drogen" fordert die generelle Möglichkeit, den Gebrauch von bewußtseinsverändernden Substanzen als einen möglichen Lebensstil führen zu können. Heute jedoch fordert die Drogenhilfe (auf jeden Fall als akzeptanzorientierte) ein „Mit Drogenabhängigen leben" und damit weit weniger als ursprünglich JES, und gleichzeitig ist die Drogenhilfe mit der Durchsetzung dieser Forderung weiter gekommen als die Selbsthilfe mit ihrem radikaleren Anspruch.

Ursachen

Es stellt sich also die Frage, wo die Ursachen für die mangelnden Erfolge der Selbsthilfe liegen und ob dies zwangsläufig ist oder nicht.

Ein Grund für die mangelhafte Organisationsfähigkeit ist in den soziodemographischen Daten der Gebraucher illegaler Drogen zu suchen. Die Schul- und Berufsausbildung ist in der Regel deutlich unter den Vergleichswerten entsprechender Altersgruppen ohne Drogengebrauch angesiedelt. Dies gilt besonders für jene Drogengebraucher, die öffentlich zu ihrem Konsum stehen und in der Regel polizeibekannt sind. Es fehlen daher, vereinfacht gesagt, die Kenntnisse und Fertigkeiten, die zu einer erfolgreichen politischen Lobbyarbeit nötig sind.

Dies heißt nicht, der Konsum illegaler Drogen sei auf unterdurchschnittlich ausgebildete Bevölkerungsschichten beschränkt, ABER: Öffentlich seinen Konsum zu bekennen folgt einem rationalen Abwägungsprozeß, der schlicht die Frage stellt, ob ein solches Bekenntnis mehr Schaden anrichtet als Nutzen bringt, und diese Frage ist derzeit einfach zu beantworten: Polizeiliche Ermittlungen, fast zwangsläufiger Jobverlust und sozialer Abstieg werden die vage Hoffnung, Drogenkonsum als sozial anerkanntes Verhalten durchzusetzen, kaum aufwiegen. Deshalb werden sich sozial integrierte Drogengebraucher mit durchschnittlichem Bildungs- und Einkommensgrad nicht öffentlich zu ihrem Konsum bekennen und fallen daher als Verbündete für JES aus.

Es scheint also so zu sein, als führe der Weg zur Selbsthilfebewegung über den sozialen Abstieg ihrer einzelnen Mitglieder, oder andersherum: Die Selbsthilfe rekrutiert sich aus einem Pool von Personen mit unterdurchschnittlichem Bildungs- und Ausbildungsgrad, die darüberhinaus kriminalisiert und marginalisiert werden. (Und seien

wir ehrlich: Die von JES veranstalteten Seminare spiegeln diese Verhältnisse geradeso wider: Ein Häufchen Aufrechter trifft sich regelmäßig, um über nicht gewährte Chancen in dieser Gesellschaft zu lamentieren. Der Suche nach Auswegen aus dieser Situation wird regelmäßig wenig – wenn überhaupt – Aufmerksamkeit gewidmet.)

Das Verhältnis von Aids-Hilfe und Drogenselbsthilfe (jedenfalls idealiter)

Die eben dargelegten Umstände zeigen: Die Drogenselbsthilfe kann aus sich selbst heraus nur schlecht bestehen und wachsen, und jedenfalls zeigt sie wenig Einfluß. – Sie bedarf also eines schützenden Rahmens bzw. eines geschützten Raumes, von dem aus sie operieren kann. Diesen Raum hat bislang die Deutsche Aids-Hilfe gewährt.

Dabei ist das Verhältnis zwischen Aids- und Selbsthilfe im Idealfall durchaus symbiotisch, d. h. beide Seiten können von dieser Zusammenarbeit profitieren. – Die zentralen Elemente dieser Zusammenarbeit können für beide Seiten benannt werden:

JES profitiert durch:

- den fördernden institutionellen Rahmen: Die bundesweite JES-Koordination erfolgt durch eine Vollzeitstelle, die bei der DAH eingerichtet ist. Ehrenamtliches Engagement der Selbsthilfe ist also an dieser zentralen Stelle nicht notwendig, sondern diese Funktion kann durch einen Mitarbeiter besetzt werden, dessen Lebensunterhalt gesichert ist. Gleichzeitig kann von dieser Stelle das Organisationswissen und die Beziehungen der DAH genutzt und die Arbeit damit effektiver gestaltet werden. Der institutionelle Rahmen gewährleistet auch die Kontinuität der JES-Koordination, da bei einem Personalwechsel die zur Weiterführung der Arbeit erforderlichen Unterlagen weiterhin zur Verfügung stehen.
- die Schutzschildfunktion: Das Organisationsinteresse der DAH wird es in der Regel sein, die eigenen Geschäftsfelder aufrechtzuerhalten, auszuweiten und gegen Angriffe von außen zu verteidigen. Ohne diese vergleichsweise starke Partnerin, also aus eigener Kraft, wäre es JES wohl über die Jahre nicht gelungen, die bundesweite Koordination verschiedener Aktivistengruppen über die vergangenen Jahre hinweg (mehr schlecht als recht, aber immerhin) zu gewährleisten.

Damit sind die beiden zentralen Vorteile einer Verankerung bei der DAH für JES benannt. Aber auch die DAH profitiert davon , daß JES unter ihrem Dach sitzt:

- durch die Erweiterung der Aufgabenfelder: Für die DAH muß es reizvoll sein, nicht nur den Bereich der Infektionsprophylaxe unter Homosexuellen zu bearbeiten, sondern ihre Aktivitäten auch auf den Bereich des Drogenkonsums auszudehnen (Wachstum als Organisationsinteresse).

Das ist selbstverständlich nicht allein auf einem Organisationsinteresse, sondern gleichzeitig auch fachlich begründet (die zahlenmäßig größten Risikogruppen und gleichzeitig die mit der höchsten Infektionswahrscheinlichkeit sind in Deutschland

homosexuelle Männer und intravenös Drogen gebrauchende Menschen). Eine unter dem Dach der DAH angesiedelte professionalisierte Selbsthilfebewegung würde es für die DAH als Verband erleichtern, einen anerkannten Vertretungsanspruch im Bereich illegaler Drogen zu behaupten. Daß die DAH mit der Durchsetzung dieses Vertretungsanspruches ihre Schwierigkeiten hat, zeigt sich – so nehme ich an – in ihren jährlichen Haushaltsverhandlungen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

- durch die Selbstvergewisserung: Die DAH ist, so sie denn an der Drogenarbeit interessiert ist, darauf angewiesen, diesen Bereich permanent weiterzuentwickeln. Der am meisten Erfolg versprechende Weg ist es, diese Weiterentwicklung in einer steten Auseinandersetzung (bzw. einem permanenten Diskurs) mit Vertretern der Drogenselbsthilfe zu führen, d. h. für eine dauerhaft angelegte intelektuelle Rückkopplung jeweiliger Aktivitäten im Bereich der Aufklärung/Prävention mit Vertretern der Zielgruppe zu sorgen.

Wie geht es weiter?

Die Selbsthilfebewegung JES muß in nächster Zeit eine kritische Bestandsaufnahme ihrer Tätigkeit leisten, und JES muß konzeptionelle Richtungsentscheidungen treffen.

Die grundlegende Entscheidung wird es sein, ob sich JES dem professionalisierten Drogenhilfesystem (bzw. den akzeptanzorientierten Teilen davon) annähert und tendenziell ein Bestandteil davon wird oder ob JES zur radikalen drogenpolitischen Fundamentalopposition werden will. Für beide Entscheidungen könnten ausreichend viele Argumente gefunden werden.

So spricht für die Radikalisierung von JES die Beobachtung, daß es mit der Veränderung des deutschen Betäubungsmittelrechtes nicht vorangeht und daß auch nur sehr wenige Impulse von der Drogenhilfe ausgehen, dieses nachweisbar schädliche Recht zu verändern. Und wer, wenn nicht die am unmittelbarsten Betroffenen, sollte am lautesten schreien?

Andererseits spricht für ein Integrationsmodell, daß zwar das Fernziel nur langsam (wenn überhaupt) erreicht werden kann, aber kleinere Erfolge sehr wohl recht schnell erzielt werden könnten. Gleichzeitig ergibt sich die Chance, daß das Drogenhilfesystem durch Einbeziehung einer Gebraucher-Perspektive modernisiert werden kann.

Mehr Erfolg scheint mir das Integrationsmodell zu versprechen, und zwar im wesentlichen aus zwei Gründen: Zum einen haben es die deutsche Drogenpolitik und das deutsche Drogenrecht wirkungsvoll fertiggebracht, die Drogengebraucher zu marginalisieren und zu kriminalisieren. Eine Subkultur, die öffentlich wirksam emanzipatorische Gedanken zur Schau stellt und als anerkannten Lebensstil durchzusetzen vermag oder zumindest in die Diskussion einbringt, gibt es in Deutschland nicht mehr (die einzige Ausnahme ist vielleicht die *Junkfurter Ballergazette*, die allerdings ohne ihre Verankerung in einem Drogenhilfeverein auch längst nicht mehr bestehen würde). Was Drogengebraucher heute zur Schau stellen, ist ein zu frühes und zu öf-

fentliches Sterben, und damit kann man keine Punkte machen. Und zweitens ist JES ja gar nicht mehr die Speerspitze der Revolution. Längst verkünden Vertreter der Drogenhilfe, Vertreter von Justiz, Politik und sogar der Polizei, daß Repression und Abstinenz als alleinige Antworten auf das Drogenproblem gescheitert seien. Zwar sind die entsprechenden Äußerungen meist nicht so radikal wie die von JES (sie fordern insbesondere meist nicht die Legalisierung von Heroin), aber dennoch gibt es Bereiche, wo sich JES-Forderungen kaum von Mahnungen der Polizei oder der Staatsanwaltschaft unterscheiden: Der Stuttgarter Polizeipräsident Haas fordert beispielsweise die gesamte Palette schadensbegrenzender Drogenhilfe ein, und der Frankfurter Oberstaatsanwalt Körner ermöglicht durch seine Gutachten das Betreiben von Druckräumen.

Diese „Modernisierung" von Personen und Institutionen im Umfeld der Gebraucher illegaler Drogen macht es für JES wesentlich schwieriger, einen Anspruch auf ein Alleinvertretungsrecht für die Interessen der Drogengebraucher aufrechzuerhalten.

Und beide Entwicklungen zusammen, die Marginalisierung der Drogengebraucher und die Modernisierung der Institutionen um die Gebraucher herum, lassen es als recht unwahrscheinlich erscheinen, daß JES anders als durch die Zusammenarbeit mit den fortschrittlichen Bereichen der Drogenhilfe und der Drogenpolitik noch lange als eigenständig wahrnehmbare Organisation weiterbestehen kann.

JES braucht also Verbündete, und es ist höchste Zeit, sich aktiv auf die Suche nach ihnen zu begeben. Dabei gibt es durchaus einige Thesen, die JES in die Debatte einbringen und vor allem: auch beweisen könnte. Sie lauten:

- Selbsthilfe reagiert flexibler, engagierter, schneller und bedürfnisorientierter als Fremdhilfe
- Selbsthilfe ist billig und wirkungsvoll
- Selbsthilfe ergänzt andere soziale Unterstützungssysteme
- Selbsthilfe fordert das institutionelle Hilfesystem heraus

Daß bislang die Organisationsfähigkeit der Selbsthilfe im Bereich illegaler Drogen noch unterentwickelt ist, ist ein Mangel, der behoben werden kann, aber selbst dazu bedarf es meiner Einschätzung nach fremder und gleichzeitig wohlwollender Unterstützung. Die DAH wäre ein solcher Kandidat, aber sie wird aus ihrem eigenen Organisationsinteresse heraus immer fragen, was ihr eine solche Kooperation nützen kann. Für die Vertreter von JES gilt es, zunächst jedenfalls und zuallererst, anzuerkennen, daß solche Fragen berechtigt sind.

Dr. Urban Weber leitet das Projekt „Arbeit, Technik und Kultur" der integrativen Drogenhilfe an der AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

Das Drogenhilfesystem 2015 und der Platz der AIDS-Hilfen in den Angeboten für drogenkonsumierende Menschen

Vortrag von Thomas Kessler

Die Gegenwart in der Schweiz: Die Basler Drogenpolitik

1. Gesamtkonzeption der Suchtpolitik des Kantons BS

Die Gesamtkonzeption der Suchtpolitik Basel-Stadt ist nicht ein fixfertiges Stück Papier; sie ist in ständiger Entwicklung und beruht auf einem breiten Konsens zwischen der Regierung, den suchtpolitischen Koordinationsgremien, der Fachwelt und der Politik, sprich Großrat und engagierte Kreise.

Die Gesamtkonzeption geht von der Gesamtheit der Suchtpolitik aus, das heißt, daß die sehr komplexe Suchtproblematik unserer Gesellschaft mit einer umfassenden, in sich einheitlichen und aktuellen Politik angegangen werden muß. Im Zentrum dieser Politik steht die Koordination, die eine einheitliche Planung und Abstimmung aller Maßnahmen zu gewährleisten hat und sicherstellt, daß insbesondere im illegalen Bereich die vier Säulen unserer Politik – die Prävention, Überlebenshilfe, Repression und Rehabilitation – in einem inneren Gleichgewicht bleiben und sich gegenseitig ergänzen.

Dieses Vier-Säulen-Modell der Sucht- und Drogenpolitik Basels kann man sich auch als waagrecht hängendes Spinnennetz vorstellen, das an verschiedenen Punkten fixiert ist und in seinem Zentrum, der Koordination, zusammenläuft. Wenn die einzelnen Fäden reißen oder Teile des Netzes einseitig beladen werden, verliert das Netz die innere Stabilität und büßt viel von seiner Funktion ein. Für ein stabiles Netz sind aber auch solide Fixierpunkte wichtig; deshalb muß eine gut funktionierende Drogenpolitik optimal in die übrige Politik und in die gesamtgesellschaftliche Entwicklung eingebettet sein. Es gilt, die Drogenpolitik, die sich mit den illegalen Drogen befaßt, in eine übergeordnete Suchtpolitik einzufügen, die alle Suchtformen und auch destruktives Verhalten vom Drogenkonsum über die Trinksucht bis hin zur Magersucht und Gewalt umfaßt, und diese Suchtpolitik ist wiederum in eine Gesellschaftspolitik einzubetten, welche Voraussetzungen schafft, um das Netz der Suchtpolitik tragfähig anzubinden.

Die Einsicht in diese Zusammenhänge hat 1990/91 dazu geführt, daß der Regierungsrat die „Drogenpolitischen Leitsätze des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt" ausarbeiten ließ, die seither die Grundlage bilden für die Basler Drogenpolitik.

2. Drogenpolitische Leitsätze des Regierungsrates

Die Leitsätze legen die Grundhaltung, die Ziele und die Maßnahmen der kantonalen Drogenpolitik fest. Die Beschreibung der Grundhaltung umfaßt:

2.1 Die Bewältigung des Drogenproblems ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Durch integrierende Anstrengungen, insbesondere im Zusammenhang mit der AIDS-Prophylaxe, sollen Widersprüchlichkeiten soweit als möglich vermieden werden, auch wenn dies aufgrund der gesellschaftlichen Normenvielfalt nie ganz gelingen dürfte, denn die suchtfreie Gesellschaft ist eine Utopie.

2.2 Der Drogenabhängigkeit liegt ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren zugrunde, wie etwa Persönlichkeitsstruktur, das soziale, kulturelle und wirtschaftliche Umfeld sowie die Verfügbarkeit und Wirkung von Drogen. Daraus ist zu ersehen, daß man Drogenfragen nicht losgelöst von der Sozial-, Wirtschafts-, Kultur- und Ausländerpolitik diskutieren kann.

2.3 Drogenabhängige haben Anspruch auf mitmenschliche Achtung. Soziale Ausgrenzung ist zu vermeiden. Alle Bemühungen der präventiven und therapeutischen Hilfen sind auf deren gesellschaftliche (Wieder-) Eingliederung gerichtet.

2.4 Vorrangige Ziele der Drogenpolitik sind das Vermeiden des Erstkonsums und das Verhüten neuer Drogenabhängigkeiten sowie die individuelle Suchtverminderung und Suchtfreiheit. Zur Erreichung dieser Ziele sind alle vier Säulen Prävention, Überlebenshilfe, Repression und Rehabilitiation sowie eine straffe Koordination notwendig.

Exkurs 1

Mittelverteilung der Drogenpolitik:

Die aktuelle Situation der Mittelverteilung sieht folgendermaßen aus: Die Prävention als drogenpolitische Säule hat ihren Rückstand gegenüber den anderen drei Säulen trotz guter Vorsätze und erhöhter Aufwendungen weder in Basel noch in der übrigen Schweiz aufgeholt. Noch immer werden lediglich drei Prozent der drogenpolitischen Kosten für die Prävention eingesetzt; die übrigen 97 Prozent gehen in die Schadensbegrenzung, Heilung und vor allem in die Repression.

In absoluten Geldbeträgen heißt das: Vom geschätzten Gesamtbetrag werden für die Erforschung des Problems jährlich rund 16 Mio. Franken ausgegeben, für die Verhinderung des Problems, also für die Prävention, rund 30 bis 35 Mio. Franken, für die Schadensverminderung und Überlebenshilfe an bereits Süchtige rund 120 bis 200 Mio. Franken, für die Therapie rund 220 bis 260 Mio. Franken und schließlich für die Repression, die Polizei und Strafjustiz, gut 500 Mio. Franken, also die Hälfte des gesamten Aufwands. Daß bei solchen Zahlen eine Umlagerung not tut, versteht sich wahrscheinlich von selbst.

Für die nächste Zukunft gilt es, weiter in die Prävention zu investieren, um durch eine bessere Suchtvorbeugung und Früherkennung von Problemen die (teuren) Säulen Überlebenshilfe, Therapie und Repression überproportional entlasten zu können.

2.5 Prohibition und Strafverfolgung alleine sind keine geeigneten Mittel zur Suchtbekämpfung. Um der Drogensucht zu begegnen, bedarf es einer wirkungsvollen Suchtprävention, was vielfältige und intensive Maßnahmen sowohl auf individueller und sozialpädagogischer als auch auf gesellschaftlicher Ebene verlangt. Diesbezüglich kann auf das neue Präventionskonzept Basel-Stadt verwiesen werden, das von allen involvierten Stellen zusammen ausgearbeitet wurde und nun die Grundlage bildet für die Arbeit der vier Präventionsbeauftragten, die in der neuen Abteilung Koordination Drogenfragen im Justizdepartement die Prävention koordinieren und für den ganzen Kanton weiterentwickeln.

Exkurs 2

Prävention:

Nach mehrjährigen interdepartementalen Vorarbeiten hat der Regierungsrat am 14. Februar 1995 die Grundlage für die Verstärkung der drogenpolitischen Säule „Prävention" genehmigt: das „Rahmenkonzept zur koordinierten Vorbeugung von Suchtproblemen und zur psychosozialen Gesundheitsförderung im Kanton Basel-Stadt" (Präventionskonzept). In der Fachwelt wurde das Präventionskonzept gut aufgenommen; die Stadt Hannover hat es gar 1:1 übernommen. Alle Konzepte sind aber gerade soviel wert, wie sie konkret umgesetzt werden. Deshalb ist die 1994 geschaffene Abteilung Koordination Drogenfragen (AKOD) des Justizdepartements beauftragt, die systematische Umsetzung des Präventionskonzepts sicherzustellen und alljährlich einen aktualisierten Maßnahmenplan vorzulegen. Unter Leitung des Drogendelegierten arbeiten in der AKOD neben einem Ökonomen vier Beauftragte für Suchtprävention mit einem je 70%-Arbeitspensum. Dies ist wenig, doch immerhin ist es gelungen, durch interne Umverteilungen das Sachbudget 1996 für konkrete Präventionsmaßnahmen auf ein Niveau anzuheben, das in der Nähe des gesamtschweizerischen Durchschnitts liegt (rund 400.000 Franken). Damit wird es möglich sein, die notwendigen Projekte und Maßnahmen, vorab in den Bereichen Migration (jugendliche Ausländer der zweiten und dritten Generation), Schule, Öffentlichkeit und geschlechtsspezifische Prävention umzusetzen. Dabei arbeitet die AKOD eng mit den Bundesbehörden, dem Kanton Basel-Landschaft und den Präventionsstellen der Städte Hamburg und Zürich zusammen. Durch diese Kooperation können Projekt-Entwicklungskosten geteilt und ein hoher Wissensstand gesichert werden.

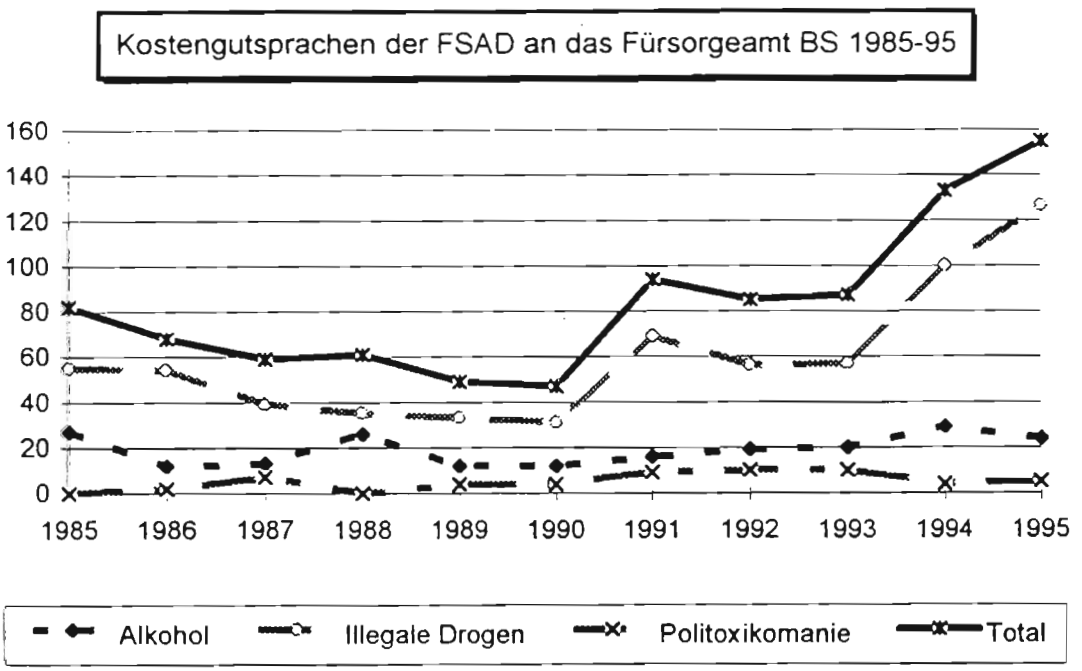
2.6 Es gilt, suchtkranke Menschen für eine Therapie zu motivieren sowie durch ein breites Angebot an differenzierten Maßnahmen und sozialen Hilfen aus der Abhängigkeit heraus zu führen. Eine erfolgreiche Therapie der Drogensucht setzt das Moment der Freiwilligkeit voraus. Therapeutische Maßnahmen unter Zwang sind ultima ratio. Mit dem massiven Ausbau der Überlebenshilfe und auch der Therapie in den letzten Jahren wurde diese Grundhaltung ziemlich konsequent umgesetzt.

Exkurs 3

Ausbau der Überlebenshilfe und Nachfrage nach Therapieplätzen:

Die ausgebaute Überlebenshilfe erreicht die Drogenkranken sehr früh, Hilfe und Beratung können rasch greifen, die Substitution führt die Abhängigen in eine Behandlung, bevor sie schwer delinquieren und sozial auffallen. Der vom Gesundheitsamt Basel-Stadt verfaßte Methadon-Bericht Basel weist die Erfolge auf: Ende 1995 standen rund 1400 Abhängige in einem der vier bestehenden Substitutionsprogramme in Betreuung (PUK, PUP, JANUS, BADAL). Das Durchschnittsalter des Substituierten steigt (31 Jahre), dem größten Teil wird die soziale Integration ermöglicht, viele arbeiten, und durch systematisch intensivierte psychosoziale Begleitbetreuung wird der definitive Ausstieg wirksam beschleunigt.

Die konkrete Nachfrage nach Entzugs- und Therapiebehandlung (abgelesen an den effektiv bewilligten Therapieeintritten) ist in Basel in den letzten drei Jahrn kontinuierlich gestiegen! Wie anhand untenstehender Graphik ersichtlich, beginnt die Nachfrage nach Therapieplätzen ab 1991 zeitgleich mit dem verstärkten Ausbau und der Etablierung der Überlebenshilfe zu steigen.



2.7 Die berechtigten Interessen der von den Auswirkungen des Betäubungsmittelmißbrauchs betroffenen Bevölkerung sind zu schützen. Die Regierung nimmt den Schutz der betroffenen Bevölkerung sehr ernst. Damit dieser Schutz jedoch langfristig gewährleistet werden kann, muß sehr genau der Frage nachgegangen werden, ob die durch Repression von der Gasse vertriebenen Suchtkranken genügend Alternativen vorfinden und richtig betreut werden. Ohne ein genügendes Suchthilfeangebot wird das Problem nur verlagert.

Basel konnte früher als andere Städte die offene Szene eindämmen und schließlich ganz auflösen. Die Polizei trägt die kohärente Politik uneingeschränkt mit, weil sich Ruhe, Ordnung und Sicherheit sowie die Bekämpfung des Handels durch eine ausreichende Übelebenshilfe und Substitution wesentlich gezielter angehen lassen. Nur eine kohärente Drogenpolitik erlaubt den fachgerechten und effizienten Einsatz staatlicher Mittel über alle betroffenen Departemente.

2.8 AIDS-Prävention und drogenpolitische Maßnahmen müssen aufeinander abgestimmt sein. Die Basler Gassenzimmer sind ein Paradebeispiel für diese Grundhaltung. Gerade im Zusammenhang mit Repressionsmaßnahmen werden immer wieder Fragen aufgeworfen, die von den zuständigen Koordinationsgremien genau überprüft werden müssen. Das Interesse am Funktionieren der Gassenzimmer einerseits (Säule Überlebenshilfe/Therapie) und an der Durchsetzung des Betäubungsmittelgesetzes andererseits (Säule Repression) muß ständig neu ausgelotet werden.

2.9 Das Bekenntnis der Abhängigen zur Suchtfreiheit ist keine Vorbedingung für staatliche oder private Hilfe. Die meisten Institutionen arbeiten bereits nach dieser Grundhaltung. Es ist selbstverständlich, daß jedem Suchtkranken individuell bestmöglich aus dem Elend geholfen wird, ohne daß irgendwelche Bekenntnisse verlangt werden, die sich nicht aus fachlichen Gründen zwingend aufdrängen.

2.10 Die vorliegenden drogenpolitischen Leitsätze sind neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und veränderten Bedürfnissen periodisch anzupassen. Diese Aufgabe ist den suchtpolitischen Koordinationsgremien und dem kantonalen Koordinator für Drogenfragen übertragen. Ein großer Anpassungsbedarf ist allerdings noch nicht vorhanden.

3. Koordinationsgremien in der Suchtpolitik von BS

Im Rahmen der fortdauernden Entwicklung der Suchtpolitik hat die Regierung vor bald zwei Jahren vier suchtpolitische Koordinationsgremien geschaffen, um die Koordination weiter zu verbessern und die Informations- und Entscheidungswege innerhalb der Behörden und mit der Fachwelt massiv zu verkürzen.

3.1 Auf Regierungsstufe

wurde die Regierungsrätliche Delegation für Suchtfragen gebildet, bestehend aus:
- der Vorsteherin des Sanitätsdepartements
- dem Vorsteher des PMD und
- dem Vorsteher des Justizdepartements.

Dieses Gremium diskutiert abschließend suchtpolitische Fragen, die nicht unbedingt einen Beschluß der Gesamtregierung verlangen.

3.2 Auf strategischer Ebene

besteht das Gremium der Fachkommission für Suchtfragen, die aus gut einem Dutzend Personen aus Fachwelt, Politik und Verwaltung zusammengesetzt ist und etwa viermal jährlich grundsätzliche Fragen der Duchtpolitik diskutiert. Die Fachkommission wird durch ein regierungsrätliches Co-Präsidium geleitet (Vorsteher des Justizdepartements, Vorsteherin des Sanitätsdepartements). Die Präsidenten der beiden Stäbe auf operationeller Ebene sowie Vertreter des Gewerbes und betroffener Quartiere sind in diesem Gremium Beisitzer.

3.3 Auf der operationellen Ebene,

auf der kurzfristige und taktische Fragen diskutiert werden, sind für den illegalen Bereich der Kantonale Drogenstab und für den legalen Bereich die Arbeitsgruppe Legale Suchtmittel eingerichtet worden.

Im Drogenstab sind vertreten:
- die Staatsanwaltschaft (Betäubungsmitteldezernat)
- das Polizeikommando (Sicherheitsabteilung)
- das Gesundheitsamt (AIDS-Delegierter) und
- die Wissenschaft/PUK (Suchtabteilung)
- kantonaler Koordinator für Drogenfragen

Dieses Gremium unter dem Präsidium des kant. Koordinators für Drogenfragen (Drogendelegierter) tagt häufig; es bearbeitet alle aktuellen Fragen der Drogenpolitik und überwacht beispielsweise auch die Auswirkungen der Entlassungsmaßnahmen.

Das Parallelgremium für den legalen Bereich, die Arbeitsgruppe Legale Suchtmittel, ist sechsköpfig und wird vom Leiter der Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen (FSAD) geleitet. Es besteht aus:

- Gesundheitsamt (Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen FSAD)
- Wissenschaft (PUK, ISPM)
- Medizinischer Bereich (Ärzte)
- Erziehungsdepartement (Schularztamt)
- Kantonspolizei (Sozialdienst)

3.4 Als Stabsstelle

ergänzt die Abteilung Koordination Drogenfragen beim Justizdepartement diese vier Koordinationsgremien. Diese Abteilung hat den Auftrag, die gesamte Drogenpolitik zu planen und zu koordinieren, das Präventionskonzept kantonsweit umzusetzen und die gesamte Suchthilfe zu optimieren. Das heißt, daß die 20 bis 30 Mio. Franken, die in die Suchthilfe fließen, ständig auf ihre Effektivität hin überprüft werden und allfällige Lücken im Suchthilfesystem sofort benannt werden können.

Zudem hat die Abteilung den Auftrag, die Öffentlichkeitsarbeit der Drogenpolitik weiterzuführen. Diese Abteilung untersteht dem kantonalen Koordinator für Drogenfragen.

3.5 Auf internationaler Ebene

existiert die trinationale Arbeitsgruppe Drogen. Sie soll im Rahmen der Oberrheinkonferenz die für Basel sehr wichtige Koordination mit Frankreich und Deutschland sicherstellen. Es wird Aufgabe dieser Arbeitsgruppe sein, über die Grenzen hinweg jene Gesamtheit herzustellen, um auch trinational mit konkreten Alternativen und nicht mit bloßen Problemverschiebungen über die Grenzen arbeiten zu können.

Exkurs 4

Internationaler Drogentourismus:

Die Stadt Basel ist durch den grenzüberschreitenden Drogentourismus seit Jahren besonders betroffen. Hintergrund dieses Drogentourismus' sind einerseits die Zentrumsfunktion der Stadt Basel per se, andererseits aber vor allem das gut ausgebaute Suchthilfeangebot. Dies im eklatanten Gegensatz zum bisher fehlenden Angebot im grenznahen Frankreich und dem bescheidenen Angebot im südbadischen Raum. Die direkten und indireken Auswirkungen des Drogentourismus sind substantiell, finanzieller, politischer und sozialer Art und betreffen die Arbeit von Behörden und Privaten gleichermaßen. Speziell die Einrichtungen der niedrigschwelligen Überlebenshilfe, aber auch höherschwellige Betreuungsangebote sowie die Polizei tragen sich seit Jahren schwer mit Drogentouristen aus dem grenznahen Ausland.

In diesem Zusammenhang seien zur Veranschaulichung ein paar Beispiele aufgezeigt:

- Zum Beispiel die AIDS-Prävention/Überlebenshilfe, die bei unseren Nachbarn einen deutlich tieferen Standard hat als bei uns: Elsässische und süddeutsche Drogenabhängige besuchen die Basler Gassenzimmer, um sich – neben dem Kauf von Drogen – unentgeltlich mit sauberem Injektionsmaterial (Spritzen, Nadeln, Tupfer, Ascorbinsäure) einzudecken.
- Zum Beispiel unterschiedliche Handhabung der Medikamentenverschreibung und -abgabe in den drei Ländern: Elsässische Drogenabhängige dealen in Basel in großem Ausmaß das in Frankreich leicht erhältliche Benzodiazepin Rohypnol.
- Zum Beispiel das ungenügende Angebot an Entzugsplätzen im südbadischen Raum: Während für Entzugswillige aus Lörrach bei max. einem Dutzend zur Verfügung stehenden Entzugsplätzen in der Region Wartezeiten bis zu einem halben Jahr bestehen, haben wir in Basel mit Unterbelegung unserer Entzugseinrichtungen zu kämpfen.
- Zum Beispiel die noch fehlenden Auffangstationen und Notschlafstellen für Drogensüchtige jenseits der Grenzen sowohl in Lörrach als auch in St. Louis: Die von der Polizei auf der Basler Szene aufgegriffenen deutschen und französischen Drogenabhängigen werden konsequent mit Einreisesperre belegt und an die Landesgrenze gestellt. Dort bleibt ihnen mangels geeigneter Betreuung bis heute meist nicht viel anderes übrig, als auf dem schnellsten Weg wieder über die grüne Grenze nach Basel zurückzukehren.

Der Suchthilfetourismus kann erst unterbunden werden, wenn beidseitig der Grenzen genügend Angebote in der AIDS- und Überlebenshilfe existieren. Nach jahrelangem Druck der Basler in den trinationalen Gremien der Region, insbesondere in der Oberrheinkonferenz, werden derzeit (1996) konkrete Projekte für die Einrichtung von Empfangs- und Suchtberatungsstellen sowohl in Lörrach wie auch in St. Louis vorbereitet. Mit finanzieller Unterstützung des INTERREG-Programms wird deren Realisierung hoffentlich bald möglich. Erstmals wird im Rahmen der Arbeitsgruppe Drogen der ORK auch die Zusammenarbeit der schweizerischen und französischen Zoll- und Polizeiorgane systematisch aufgebaut. Hier bestanden ebenfalls enorme Lücken.

---

4. Stabilitiät der Drogenpolitik und Zukunftsperspektiven

Die bewährte und weitherum beachtete Suchtpolitik wird weiterhin in enger Zusammenarbeit mit den involvierten Departmenten konsequent weitergeführt und weiterentwickelt.

Es würde zu weit führen, hier alle geplanten Schritte für die weitere drogenpolitische Entwicklung darzulegen. Wesentlich ist das Fernziel: Eine Drogenpolitik, die gestützt auf eine moderne nationale und kantonale Gesetzgebung optimale Maßnahmen zur Suchtbewältigung ermöglicht. Was bei anderen Krankheiten selbstverständ-

lich ist, sollte auch für die Drogensucht gelten. Die heutige Drogen-Gesetzgebung hat beinahe historischen Wert; sie sieht die Drogenfrage als exotische Problematik, die quasi mit einer Sondergesetzgebung angegangen weden muß. Diese Sicht ist überholt, für die Zukunft brauchen wir vorab in der Prävention und in der Suchthilfe einen möglichst großen Handlungsspielraum, um primär vorbeugend und früherkennend wirken zu können. Zudem braucht es zeitgemäße Finanzierungs- und Controlling-Systeme, die einen effizienten Mitteleinsatz sicherstellen. Die Schweiz steht diesbezüglich noch mitten im 19. Jahrhundert – mit einer kommunalen Zuständigkeit für die Finanzierung der Suchttherapien. Hier besteht noch ein großer Handlungsbedarf auf nationaler Ebene, und auch hier wird sich der Kanton Basel-Stadt weiterhin für moderne Lösungen auf menschlicher und rationaler Basis engagieren.

Der Regierung von Basel-Stadt liegt daran, die gesamtgesellschaftlichen Bezüge der Drogenpolitik noch deutlicher hervorzuheben und diese Verknüpfungspunkte zur Gesamtpolitik zu verstärken, die das drogenpolitische Netz tragen. Basel wird weiter die bewährte, pragmatische Politik der kleinen Schritte (und kleinen, aber realisierten Erfolge) fortführen und sich entsprechend klar gegen Extremlösungen und weltfremde „Patentrezepte", wie sie die Volksinitiative „Jugend ohne Drogen" vorgibt, äußern.

Als Konsequenz einer Annahme dieser Initiative durch das Volk würde wesentliche Elemente unserer kohärenten Politik, nämlich die Metahdonsubstitution, die Spritzenabgabe, die Gassenzimmer und das wissenschaftliche Opiat-Verschreibungsprojekt „Janus" auf Verfassungsstufe verboten und damit die ganze Basler Drogenpolitik unterminiert. Abgesehen davon würde die Drogenpolitik geschätzt doppelt so teuer wie heute: zwei Milliarden Franken. Statt einer Umlagerung der Gelder auf die Prävention und Früherkennung gäbe es eine massive Verteuerung der Therapie und Repression, weil die HIV-Prävention nicht mehr gewährleistet wäre, die Suchtkranken nicht mehr niedrigschwellig aufgefangen und über 14 000 Methadonsubstituierte auf die Gasse geschickt würden. Auf Lösungsrezepte dieser Art kann Basel gerne verzichten!

Als alternativ begehbare Wege in der Drogenpolitik unterstützt Basel die im sogenannten „Bericht Schild" aufgezeigten Möglichkeiten, die jedoch eine Revision des bestehenden Betäubungsmitttel- sowie Heilmittelgesetzes bedingen. Gleichzeitig müßte mit einem nationalen Suchthilfegesetz der Umsetzung der nationalen Drogenpolitik auf Kantonsebene verfassungsmäßig Nachdruck verliehen werden können. Sowohl die erwähnten Gesetzesrevisionen wie auch die Schaffung eines nationalen Suchthilfegesetzes sind langfristige Ziele, die kaum vor der Jahrtausendwende befriedigend umgesetzt werden können. Basel wird also unterdessen, wie oben schon gesagt, die bewährte, pragmatische Politik der kleinen Schritte (und kleinen, aber realisierten Erfolge) fortführen.

Exkurs 5

Bericht der Expertenkommission für die Revision des BtmG:

Der Bericht einer auf Bundesebene eingesetzten interdisziplinären „Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes" hat zu Beginn 1996 realisierbare Vorschläge für eine vernünftige Weiterentwicklung der Drogenpolitik aufgezeichnet. Erstellt unter der Leitung meines Kollegen Regierungsrat Jörg Schild, ehemals oberster Drogenfahnder des Bundes und ausgewiesener Fachmann der Materie, gilt der Bericht bezüglich der notwendigen zukünftigen Ausrichtung der Drogenpolitik als wegweisend. Die Kommission ist der Auffassung, daß sich die Strategie der vier gleichberechtigten Säulen (Repression/Kontrolle, Prävention, Therapie und Schadensverminderung/Überlebenshilfe) zur Weiterentwicklung einer zukunftsweisenden Drogenpolitik eignet. Die Strategie kann ihre beabsichtigte Wirkung jedoch nur entfalten, wenn sowohl Änderungen an der bestehenden Gesetzgebung als auch Verbesserungen auf der Ebene von Maßnahmen und Programmen vorgenommen werden.

So verlangt sie als Hauptpostulate im Zusammenhang mit der anstehenden Revision des Betäubungsmittelgesetzes zusammengefaßt folgendes:

1. Ausbau und Förderung der Prävention

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist der Konsum von Drogen ein unerwünschtes Phänomenund die Anzahl von Neueinsteigern deshalb möglichst gering zu halten. Dies bedingt eine effiziente Prävention auf verschiedenen Stufen: Bund, Kantone und Gemeinden sind zu verpflichten, Präventionsmaßnahmen zu ergreifen.

2. Flächendeckende Überlebenshilfe zur Schadensbegrenzung

Da selbst mit ausgebauten Präventionsmaßnahmen und Therapieangeboten nicht jeglicher Drogenmißbrauch unterbunden werden kann, ist dafür zu sorgen, daß für die Suchtphase genügend Hilfsangebote zur Schadensverminderung und Überlebenshilfe zur Verfügung stehen, um so die gesundheitliche und soziale Lage der Drogenkonsumierenden und damit auch ihre Aussichten auf erfolgreichen Ausstieg verbessern zu können. Dazu sind entsprechende Gesetzesgrundlagen und Kompetenzregelungen auf Bundes- und Kantonsebene zu schaffen, um die Koordination und Finanzierung der Maßnahmen zu gewährleisten.

3. Vermehrte nationale Koordination und Führung

Ein besonderes Augenmerk ist der vermehrten nationalen Koordination zu schenken. Der schweizerische Föderalismus treibt gerade in der Drogenpolitik und Suchthilfe vielfältige und oft unerwünschte Blüten. Gerade bei der Finanzierung von Präventi-

onsmaßnahmen sowie Angeboten im Überlebenshilfe- und Therapeibereich muß die Rechtsgrundlage geschaffen werden, um die Kantone und Gemeinden zu Leistungen verpflichten zu können und dadurch eine neue Verteilung der finanziellen Lasten zwischen Bund und Kantonen zu finden.

4. Differenzierung und Ausbau der stationären Therapieeinrichtungen

Das heutige Angebot der Einrichtungen für stationäre und ambulante Behandlung von Drogensüchtigen weist noch weitreichende Schwächen auf: So ist etwa das Angebot vielfältiger auszugestalten (möglichst breite Palette, um für alle Süchtigen geeignete Ausstiegsmöglichkeiten zu schaffen), in einzelnen Bereichen ist ein gezielter Ausbau notwendig (Frauen, speziell Frauen mit Kindern, unmündige Jugendliche), in anderen ist eine Flurbereinigung angezeigt (traditionelle undifferenzierte Langzeittherapie). Auch muß die Zusammenarbeit und die sogenannte Bearbeitung der Schnittstellen zwischen den einzelnen Säulen verbessert werden.

5. Qualität und Kontrolle in der Suchthilfe

Der Bund soll mit den Kantonen dafür sorgen, daß klare Qualitätskriterien für die verschiedenen Formen der Hilfsangebote im Drogenbereich formuliert, angewendet und auch kontrolliert werden.

6. Förderung der Forschung

Angesichts der schnellen fachlichen Entwicklung im Drogebereich und immer neu auftauchender Fragestellungen ist die Forschung massiv zu fördern. Auch hier braucht es klare gesetzliche Bestimmungen und genügend finanzielle Mittel.

7. Ausbau der Fort- und Weiterbildung im Suchtbereich

Das Angebot der Fort- und Weiterbildung im Suchtbereich muß sowohl für die spezialisierten Fachleute wie auch für punktuell betroffene Berufsgruppen ausgebaut werden. Die Kompetenzen des Bundes sind dabei auszuweiten.

8. Ausbau des Jugendschutzes

Der Jugendschutz ist angemessen auszubauen.

9. Straffreiheit des Konsums

Die Bestrafung von Konsumierenden ist nicht weiter zu rechtfertigen. Außer in der Schweiz wird der Konsum europaweit nur noch in Frankreich, Luxemburg und Belgien strafrechtlich verfolgt. Die generalpräventive Wirkung ist nicht nachgewiesen (Deutschland ohne Bestrafung zwei Süchtige pro 1000 Einwohner, Schweiz mit Be-

strfung fünf pro 1000), sie eignet sich kaum für einen besseren Zugriff auf Drogenhändlerkreise und wirkt sich aus gesundheitspolitischer Sicht negativ aus. Die strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes sind entsprechend zu bereinigen. Diese Empfehlung bezieht sich auf alle Betäubungsmittel, eine Sonderbehandlung von Cannabisprodukten wird nicht befürwortet.

10. Integration arzneimittelrechtlich relevanter Bestimmungen des Betäubungsmittelgesezes ins Heilmittelgesetz

Die arzneimittelrechtlich relevanten Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes können in das im Entstehen begriffene nationale Heilmittelgesetz integriert weden. Weite Teile des Betäubungsmittelgesetzes würden damit überflüssig.

In diesem Zusammenhang ist auch die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln zu Therapiezwecken zu erwähnen. Sie soll bei positivem Ausgang der laufenden Versuche in die bestehende Palette von Therapieangeboten aufgenommen werden können. Dazu ist das Betäubungsmittelgesetz geringfügig anzupassen.

Weitere Postulate und Empfehlungen der Kommission, die nicht direkt mit der anstehenden Revision des Betäubungsmittelgesetzes zusammenhängen:

1. Der Erlaß eines eidgenössischen Suchthilfegesetzes ist voranzutreiben. Darin müßten umfassend für alle psychoaktiven Substanzen sämtliche Bereiche von der Prävention über Schadensminderung und Therapie bis hin zu Wiedereingliederungsmaßnahmen geregelt sein.

2. Die Bekämpfung der organisierten Kriminalitiät ist zu verstärken. Dazu braucht es neue Bundesregelungen zur verdeckten Ermittlung und insbesondere zur Bekämpfung der Geldwäscherei im Finanzsektor sowie eine Verstärkung der Aufsicht über die Finazmärkte und in diesem Zusammenhang insbesondere über den Para-Bankensektor.

3. Eine Vereinheitlichung der kantonalen Strafprozessordnungen ist anzugehen, da in einer Welt von „Verbrechen ohne Grenzen" die Möglichkeiten der kantonalen Strafprozessordnungen nicht mehr ausreichen.

4. Die kantonalen Polizeigesetze sind, wo nötig, mit Bestimmungen zu ergänzen, die ermöglichen, das Auftreten unkontrollierter offener Szenen zu verhindern.

Acht Thesen zum Drogenhilfesystem 2015 und dem Platz der AIDS-Hilfen in den Angeboten für drogenkonsumierende Menschen:

- Irrationaler Umgang mit Sucht- und Infektionskrankheiten gehört zu den unrühmlichen Besonderheiten des ausgehenden 20. Jahrhunderts => ein Fundus für HistorikerInnen.
- Die einzelnen Städte/Länder/Nationen lösen sich in unterschiedlichem Tempo von Ideologien und der Verpolitisierung dieser Bereiche =>Humanistenstädte und Handelsnationen rascher, agrarisch-industriell geprägte Großnationen langsammer (Pragmatik <=>Dogmatik).
- Internationaler Erkenntnisgewinn in Theorie und Praxis sowie Handlungsdruck führen in westlichen Demokratien zu vernunftgeprägten Entwicklungen => Normalisierung der Debatte.
- Die Prohibitions-Ideologie wird ersetzt durch wirksame Gesundheitspolitik => die Drogen- und die AIDS-Hilfen verlieren ihren Sonderstatus durch Integration in das etablierte Gesundheitswesen.
- Forschung, Prävention, Hilfe und Therapie werden nach den Maßstäben der anerkannten Medizin betrieben => Gleichstellung der Sucht- und Infektionskrankheiten mit anderen Krankheiten.
- Gesetze und Finanzierung werden nach humanitären und rationalen Gesichtspunkten gestaltet => Forschungs- und Behandlungsfreiheit, optimaler Mitteleinsatz, wissenschaftliche Evaluation aller Maßnahmen.
- Gesundheit wird gesamtheitlich verstanden, die Prävention erhält primäre Bedeutung => Gesundheitsförderung ersetzt das Primat der Heilung.
- Im Gesundheitswesen 2015 sind Zuständigkeitsfragen zu Drogen- und AIDS-Fragen obsolet => die Ziele und Mittel sind identisch.

Thomas Kessler ist Delegierter für Migrations- und Integrationsfragen im Polizei- und Militärdepartement des Kantons Basel-Stadt.

Folien zur Veranschaulichung

Gesellschaftliche Kosten des Drogenproblems

Geschätzte Kosten pro Tag pro Person (behandelter Drogenabhängiger) in verschiedener Behandlung:

Stationäre Einrichtung (Entzug, Therapie, Wiedereingliederung)	200 bis 600 sfr
Spital (stationär)	ca. 600 sfr
Psychiatrische Klinik (stationär)	280 bis 700 sfr
Betreuung/Begleitung ambulant	6 bis 10 sfr
Methadonbehandlung (ambulant)	15 bis 30 sfr
Heroinverschreibung ambulant (Betreuung, ohne Heroin = 15 sfr/Tag Selbstbehalt)	55 bis 70 sfr

Quellen: Bundesamt für Gesundheitswesen, Sektion Drogenfragen. Bern 1994
Verband Schweizerischer Krankenanstalten. Bern 1994
D. Bernasconi: Ökonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik der Schweiz. St. Gallen 1993

Geschätzte gesamtgesellschaftliche Kosten pro Jahr im Durchschnitt der Jahre 1990-94 (ohne Kosten von Arbeitsausfall, Fürsorge, Mortalität, Morbidität u. a. sog. externe Kosten):

Repression (1991)	500 Mio sfr	49-56%
Betreuung, Therapie, Rehabilitation (1994)	220-260 Mio sfr	22-25%
Schadensminderung/Überlebenshilfe (1994)	120-200 Mio sfr	12-23%
Prävention (1994)	30-35 Mio sfr	3-4%
Forschung (1990)	16 Mio sfr	1,5-2%
Total pro Jahr:	886-1.011 Mio sfr	

Quellen: Bundesamt für Statistik: Die Kosten der Drogenrepression. Bern 1991
Bundesamt für Gesundheitswesen. Sektion Drogenfragen. Bern 1994
D. Bernasconi: Ökonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik. St. Gallen 1993

Bericht „Expertenkommission Revision BtmG"
Hauptpostulate

Hauptpostulate des sog. „Bericht Schild" im Zusammenhang mit der anstehenden Revision des Betäubungsmittelgesetzes:

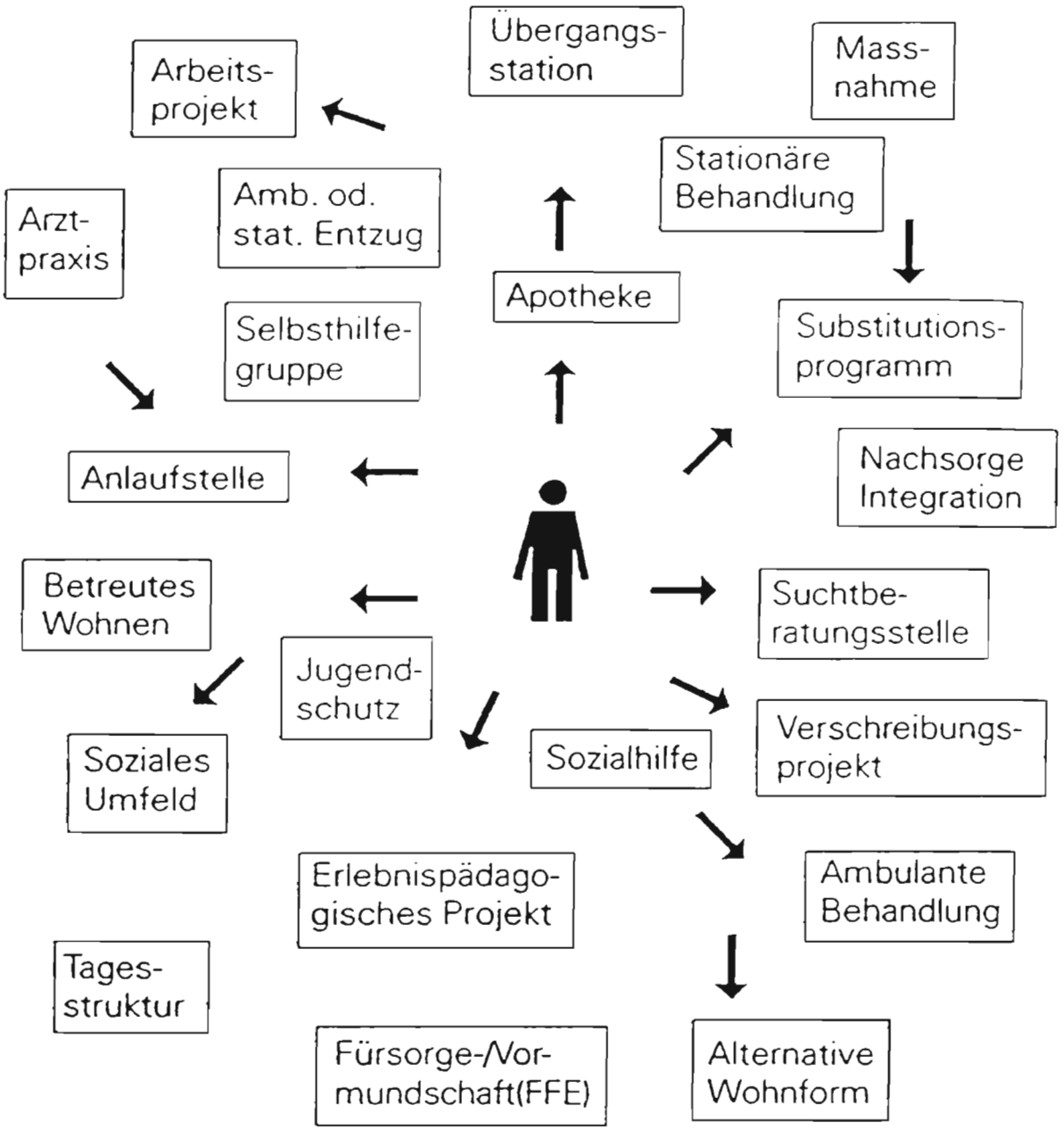
- Ausbau und Förderung der Prävention
- Flächendeckende Überlebenshilfe zur Schadensbegrenzung
- Vermehrte nationale Koordination und Führung
- Differenzierung und Ausbau der stationären Therapieeinrichtungen
- Qualitiät und Kontrolle in der Suchthilfe
- Förderung und Forschung
- Ausbau und Fort- und Weiterbildung im Suchtbereich
- Ausbau des Jugendschutzes
- Straffreiheit des Konsums
- Integration arzneimittelrechtlich relevanter Bestimmungen des BtmG ins Heilmittelgesetz

10 Punkte der Drogenpolitischen Leitsätze

Die Grundhaltung in 10 Punkten festgehalten:

1. Die Bewältigung des Drogenproblems ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.
2. Der Drogenabhängigkeit liegt ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren zugrunde.
3. Drogenbhängige haben Anspruch auf mitmenschliche Achtung.
4. Vorrangige Ziele der Drogenpolitik sind das Vermeiden des Erstkonsums und das Verhüten neuer Drogenabhängigkeiten.
5. Prohibition und Strafverfolgung alleine sind keine geeigneten Mittel zur Suchtbekämpfung.
6. Es gilt, suchtkranke Menschen für eine Therapie zu motivieren.
7. Die berechtigten Interessen der von den Auswirkungen des Betäubungsmittelmißbrauchs betroffenen Bevölkerung sind zu schützen.
8. AIDS-Prävention und drogenpolitische Maßnahmen müssen aufeinander abgestimmt sein.
9. Das Bekenntnis der Abhängigen zur Suchtfreiheit ist keine Vorbedingung für staatliche oder private Hilfe.
10. Die vorliegenden drogenpolitischen Leitsätze sind neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und veränderten Bedürfnissen periodisch anzupassen.

Suchthilfe



Grundannahme: Die Wege aus der Abhängigkeit sind sehr unterschiedlich. Verschiedene Hilfsangebote, die der jeweiligen Fähigkeit der abhängigen Person entsprechen, stehen zur Verfügung. Die Heilungsprozesse verlaufen meist nicht geradlinig, und Rückschritte sind Teile derselben. Eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Hilfseinrichtungen ist Voraussetzung.

Reintegration	Selbsthilfe	– Selbsthilfegruppe – Eigenhilfe – Umfeld (Familie/Freunde)
	«Gassenarbeit»	– Hilfe zur Selbsthilfe – Sachhilfe – HIV-Prävention
	Aufenthaltsraum, Anlaufstellen	– Sachhilfe – med. Behandlung/ Notfallbeatmung – HIV-Prävention – Beratungsgespräch – Tagesstruktur – Freizeit/Schulung – Injektionsraum – Verpflegung – Hygiene
Wohnen	spezialisierte Beratungsstelle	– Beratungsgespräch – med. Behandl./amb. Entzug – Sachhilfe, «Suchtblocker» – HIV-Prävention – amb. Behandl. nach Entzug
	Sozialdienst	– Sachhilfe – Beratungsgespräch – amb. Behandl. nach Entzug
Arbeit	Arztpraxis	– med. Behandl./amb. Entzug – Beratungsgespräch – Substitution, «Suchtblocker» – HIV-Prävention
	Entzugseinrichtung	– Niedrigschwellig – Hausarzt – Arzt Beratungsst. – spez. Institution – Klinik/Spital – Selbstheilung
	Übergangs-wohngemeinschaft	– Abklärungsstation – «Warteraum»
Soziales Netz	Therapeutisches Zentrum z.B. Wohngemeinschaft	– versch. Behandl.-konzepte
	Halbstationäre Einrichtung	– versch. Behandl.-konzepte
	Erlebnispädagogisches Projekt	– versch. Behandl. konzepte
	Substitutionsbehandlung	– Stoffabgabe – Psychosoziale Betreuung
	«Suchtblocker»	– Antabus, Nemexin
	Kontrollierte Verschreibung	– Stoffabgabe – Psychosoziale Betreuung

Thesenpapier

AG I:
Jedem seins oder einem alles?
Die AIDS-Hilfen und ihr Verhältnis zum Drogenhilfesystem.
Moderation: Dr. Ilja Michels, Fredi Lang

1. Mit jedem Angebot an DrogengebraucherInnen wird die AH automatisch Bestandteil des Drogenhilfesystems.
2. AIDS-Hilfe profiliert sich über das Modell „Gesundheitsförderung". Das Drogenhilfesystem hat die Aufgabe der „Störungsbearbeitung".
3. AIDS-Hilfe und Drogenselbsthilfe sind Bündnispartner bei der strukturellen Prävention (Verhaltens- und Verhältnisprävention), unterscheiden sich jedoch in ihren Leitideen.
4. Das Konzept „Gesundheitsförderung" erfordert ein gezieltes Engagement (Konzepte, praktische Drogenarbeit, politische Lobbyarbeit).
5. Ein klares konzeptionelles Profil beinhaltet eine konkrete Aufgabenzuweisung für jeden Bereich:
   - Drogenarbeit
   - Drogenarbeit innerhalb der AH's
   - Drogenselbsthilfe

AG II:
UserInnen in die Vorstände!
Die Beziehungen zwischen AIDS-Hilfe und Drogenselbsthilfe.
Moderation: Dirk Meyer, Martin Hasenkamp

1. Die Beziehung zwischen AIDS-Hilfen und JES basiert auf Mythen.
2. Schwule und drogenbezogene Lebenswelten sind nicht per se kompatibel – sie sprechen unterschiedliche Sprachen.
3. AIDS-Hilfen akzeptieren UserInnen, Ehemalige und Substituierte als gleichwertige und gleichberechtigte MitarbeiterInnen.
4. Die institutionalisierten Strukturen der AIDS-Hilfe behindern die Entwicklung und Etablierung der Drogenselbsthilfe.
5. JES und die AIDS-Hilfen sind konkurrierende Interessenvertretungen.

AG III:
Hilfe, die ExpertInnen kommen!
AIDS-Hilfen auf dem Weg der Professionalisierung.
Moderation: Peter Gallus, Mischa Hübner

1. AIDS-Hilfen reproduzieren die gesellschaftlich angelegte ungleiche Bewertung von bezahlter und unbezahlter Arbeit.
2. Professionalisierung von AIDS-Hilfe und die damit einhergehende Institutionalisierung entfernt sie von den Betroffenen und verringert deren Partizipation.
3. AIDS-Hilfe hat aufgrund ihrer historischen Entwicklung das Potential, ein produktives Miteinander von Ehrenamt, Betroffenenkompetenz und Professionalität zu ermöglichen.
4. Nur die gemeinsame Entwicklung und Absicherung von Qualitätsstandards in der Drogenarbeit der AH's durch Betroffene, Ehrenamtler und Professionelle verhindert Entmündigung, Ausgrenzung und Klientelisierung.
5. Professionalität heißt ziel- und ergebnisorientierte Entwicklung, Förderung und Qualifizierung von persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten aller (Selbsthilfe, haupt- und ehrenamtlicher MitarbeiterInnen) sowie die Entwicklung von geeigneten Organisationsstrukturen.

Arbeitsgruppe I: Jedem seins oder einem alles? Die AIDS-Hilfen und ihr Verhältnis zum Drogenhilfesystem

Moderation: Dr. Ilja Michels, Drogenbeauftragter des Bremer Senats; Fredi Lang, Mitarbeiter der Berliner AIDS-Hilfe

Diese AG wurde aufgrund der kontroversen Themenstellung mit den beiden folgenden Texten vorbereitet:

Eine kurze Betrachtung zur Leitidee Gesundheitsförderung in AIDS-Hilfe

von Fredi Lang

Der folgende Text ist im Auftrag der Vorbereitungsgruppe zur Präventionskonferenz entstanden und verfolgt im wesentlichen das Ziel, den Diskussionsstand der Vorbereitungsgruppe der AG 1 zu vermitteln und durch provokante Stellungnahmen die Diskussion darüber anzuheizen. An einigen Stellen geht dieser Text auftragsgemäß über das Diskutierte hinaus und drückt meinen Standpunkt zum Konzept Gesundheitsförderung aus, an anderen bleibt er etwas hinter den detaillierter geführten Diskussionen zurück.

Ausgangspunkt ist die provokante und zu belegende These, daß sich die Drogenarbeit in AIDS-Hilfe durch eine andere Leitidee von traditioneller Drogenhilfe unterscheidet. Daher soll nun diese Leitidee kurz skizziert werden.

Den wichtigsten historischen Bezugspunkt des Konzeptes Gesundheitsförderung stellt die Ottawa Charta von 1986 dar. Da im politischen und öffentlichen Umgang mit dem WHO- Konzept Gesundheitsförderung ständig Verkürzungen im Sinne von Bedeutungen wie „Luxuskurse" & Werbemittel der Kassen, Rückenschulen etc. meinungsbildend wirken, möchte ich vorab zur begrifflichen Verständigung zitieren:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung so-

zialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden."

Mit den ersten beiden Sätzen in dieser Definition sind Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheit, soziale Absicherung und soziale Teilhabe, ein kulturell auszuhandelnder Bedürfnisbegriff und Chancengleichheit angesprochen. Auf nationalem Politikniveau ist demnach zu klären, welche Gruppen durch soziale Benachteiligungen stärker in ihrer Gesundheit belastet sind und welche Bedürfnisse auf dem nationalen Niveau für alle abgesichert sind.[1]

Gesundheitsförderung ist in der oben genannten Definition als Oberbegriff gefaßt, der bezogen auf die Gesundheitspolitik im engeren Sinn die Aufgaben Verhältnisprävention (z.B. gesellschaftliche Rahmenbedingungen der sozialen Teilhabe, Chancen der Verfügungserweiterung und gesundheitlichen Vorsorge incl. Infektionsvermeidung) und Verhaltensprävention (bewußtes subjektives Risikomanagement und Schutzstrategien etc.) enthält und deren Vermittlungszusammenhang betont. Die im Gesundheitsbereich dominierenden Subkategorien der Verhaltensprävention – Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und ihre vorwiegend individualistisch ausgerichteten Konzepte – werden durch die mit vielen theoretischen Verweisebenen und Zielsetzungen gefaßte Definition Gesundheitsförderung in Frage gestellt und geraten zum Teil unter Legitimations- und Flexibilisierungsdruck.[2]

Soweit und verkürzt zu ideellen Zielen und Diskursen auf den Ebenen Gesundheits- und Sozialpolitik.[3] Für die in diesen Sektoren arbeitenden Institutionen besteht eine Aufgabe darin zu benennen und zu reflektieren, welchen Beitrag sie zur Förderung der Gesundheit leisten.

Beim genauen Hinsehen lassen sich vielfache Bezüge zwischen AIDS-Hilfe-Arbeit, ihren Konzepten und den in der Charta benannten Aspekten von Gesundheit herstellen. Konzeptuelle Beispiele dafür sind: Interessensvertretung, politische Lobbyarbeit, strukturelle Prävention, gesellschaftliche Emanzipation von ausgegrenzten Gruppen, Lebensweisenakzeptanz, Netzwerkförderung, Selbsthilfeförderung, Ressourcenaktivierung, Schadens- und Risikominimierung, psycho-soziale Unterstützung etc.

Die Hineinentwicklung der Aids-Hilfen aus der Selbsthilfe in die Sektoren Drogenhilfe, Justizvollzug, gesundheitliche und soziale Dienstleistungen war nicht bloßes politisch zugelassenes Ausfüllen von Angebotslücken, sondern auch ohne die jeweils

1. Die Raten chronischer Einschränkungen stehen in einem engen Zusammenhang mit der sozialen Lage, kurz: Armut macht krank.
2. Die Dynamik der Veränderungen ist den jeweiligen Politikgegebenheiten geschuldet. Die Kommunen und Länder sind im Hinblick auf die Erprobung neuer Konzepte dem Bund oft weit voraus. Zudem ist der Einfluß der Gesundheitspolitik auf die anderen Politikfelder, d. h. Sozial-, Wirtschaftspolitik etc. (noch?) nicht bedeutend.
3. Die im gesellschaftlichen Umgang mit Drogen weiterhin bedeutsamen Politikfelder wie Außen- und Wirtschaftspolitik (war on drugs, Schengener Abkommen etc.), Innen- und Rechtspolitik werden aus Platzgründen weggelassen. Auch die Diskussion der aus der Gesundheitsförderung resultierenden Aufgaben in Sozialpolitik, Kulturpolitik, Stadtentwicklung würden das Thema sprengen.

ideelle direkte Bezugnahme auf den WHO-Aufruf dessen national/kommunal ausgefüllte programmatische Konsequenz.

Die dabei entstehenden Widersprüche und Auseinandersetzungen zwischen der Leitidee von AIDS-Hilfe (Gesundheitsförderung) und den Leitideen in der Drogenprävention (Abstinenz) und Drogenhilfe (Störungsbeseitigung), denen im Strafrecht (Generalprävention = abschreckende Strafen) und im Justizvollzug (Sicherheit) brachten und bringen die jeweiligen Systeme in Bewegung.[4]

In den letzten zehn Jahren wurden in der traditionellen Drogenhilfe zögerlich, aber stetig zunehmend die argumentativ mit ihren Leitideen vereinbarungsfähigen Konzepte/Konzeptbestandteile aus der Gesundheitsförderung an/in bestehende Strukturen angegliedert/eingebaut (z.B. Kontaktläden mit der Funktion des Zubringers zur therapeutischen Kette; Spritzenvergabe in Drogenberatungsstellen). Mit dieser Unterordnung sind die Leitideen traditioneller Drogenhilfe jedoch allenfalls ideell geschwächt, mit der Konsequenz, daß die daraus folgende institutionelle Praxis nicht selten bis etwa 1994/95 keinem hohen Veränderungsdruck unterlag. Die Hilfelandschaft änderte sich regional unterschiedlich stark durch die Etablierung niedrigschwelliger institutioneller Praxis. Träger waren gefördert durch kommunale Politikgegebenheiten, einige Aids-Hilfen und Projekte aus der sich formierenden akzeptierenden Drogenhilfe im Nachklang an das Bundesmodellprogramm Booster I & II.

Die institutionelle Etablierung von AIDS-Hilfe in Feldern der Drogenhilfe führte in der Konsequenz zur ständigen Auseinandersetzung mit den Positionen traditioneller Drogenhilfe und -politik.

Im Verhältnis zum traditionell orientierten Drogenbereich ergeben sich mehrere Konfliktebenen. Am Beispiel der Prävention und deren Leitgedanken soll dies kurz skizziert werden.

HIV- und Aids-Prävention

Vorab noch mal zur Erinnerung: HIV- und AIDS-Prävention im konzeptuellen Verständnis von Gesundheitsförderung umfaßt neben Maßnahmen der Verhaltensprävention auch im wesentlichen solche der Verhältnisprävention.

Ableitbare Aufgaben aus den oben genannten konzeptuellen Beispielen sind u.a.: Interessen vertreten, Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (z.B. Entkriminalisierung, Liberalisierung des BtmG), gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, Gemeinschaftsaktionen unterstützen, befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen, Förderung der Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

Primärprävention: Verringerung der Neuinfektionen durch Schaffung gesünderer Lebensbedingungen und Konsumbedingungen incl. der Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck, Aufklärung/Information über Risiken & Vermeidungs- bzw. Minimie-

4. Die parteipolitische Besetzung der zuständigen politischen Fachaufsicht und deren unterschiedliche Leitgedanken (Jugend, Innen, Justiz, Gesundheit und Soziales) spielt eine wichtige Rolle für die jeweilige regionale Erstarrtheit/Entwicklung.

rungsstrategien (safer use, harm-reduction), Förderung von Selbstbestimmung und gesundheitsbewußterem Handeln usw.

Sekundärprävention: Erhaltung und soweit möglich Verbesserung des aktuellen Maßes an Gesundheit im oben definierten Sinn. Einige der vielfältigen Maßnahmen dazu sind: Unterstützung zur Sicherstellung sozialer Absicherung, informierter Nutzung adäquater medizinischer und evtl. pflegerischer Versorgung, Selbsthilfeförderung und Bereitstellung sozialer Räume, betreutes Wohnen etc.

Tertiärprävention: Verzögerung der Entwicklung von bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen. Neben Überschneidungen mit dem Vorgenannten sind wesentliche Aspekte der AIDS-Hilfe-Arbeit: emotionale und/oder psychosoziale Begleitung, Krankenhausarbeit, Hospizinitiativen usw.

Drogenprävention

Verhinderung des Neueinstiegs in Drogenkonsum (Primärprävention) mit der Leitvorstellung Abstinenz (im Lichte des Jugendschutzes, des generalpräventiven Gebots im BtM-Teil des Strafgesetzes). Maßnahmen: Spots und Plakate mit Sportlern gegen Drogen etc.

Sekundär: Störungsbearbeitung im Durchlaufen der therapeutischen Kette bzw. tertiär: selbstgewählte (Synanon) oder fremdbestimmte (§ 64) Langzeitunterbringung, oder psychosozial begleitete Substitution unter der Zielvorgabe „mittelfristiger" Abstinenz.

Unterschiede im theoretischen Modell:

Gesundheitsförderung geht von einem zu erweiterndem relativen Maß an Gesundheit (also eine durch soziale und personale Ressourcenerweiterung erhöhte Teilhabe bzw. Bedürfnisbefriedigung) aus und enthält damit auch das Ziel der Veränderung von einschränkenden Lebensbedingungen und Abhängigkeiten. Im Sinne der Ressourcenorientierung und Entwicklungsförderung haben alle gesundheitsrelevanten Ziele, Teilziele und Unterstützungen ihre Berechtigung, unabhängig vom bzw. vorrangig gewichtet zum jeweiligen Stellenwert des Zieles der Drogenfreiheit.

Drogenhilfe geht von psychischen Defizit- bzw. Störungsmodellen mit Krankheitswert aus und verfolgt das prioritäre Ziel der Fähigkeit, abstinent zu leben mittels therapeutisch begleiteter Störungsbeseitigung. Methadon- und Orginalstoffprogramme werden seitens traditioneller Drogenhilfe an diesem Ziel gemessen und niedrigschwellige Hilfsangebote zum Teil mit Verweis auf ihre Vermittlungsfähigkeit in TWG´s (ab) klassifiziert. Der Königsweg Therapie hat zwar etwas an Bedeutung verloren, ist m.E. weiterhin Leitziel und Förderauftrag in weiten Bereichen der Drogenhilfe.

Jetzt mögen etliche zu Recht einwenden: In etlichen Institutionen der Drogenhilfe wird doch genauso mit an AIDS Erkrankten umgegangen. Und überhaupt, das ist doch alles holzschnittartig, zu grob gezeichnet. Dem kann man einerseits wieder entgegenhalten, so viele sind das leider nicht, und außerdem ist die Überzeichnung Absicht, um die grundlegenden Orientierungen zu verdeutlichen, die (besonders bei Konflikten und Krisen) handlungsleitend wirken. Auch wenn der Fokus der Arbeit in einigen i.d.R. mit AIDS-Hilfe und akzept e.V. kooperierenden Institutionen der Drogenhilfe auf Elementen der Gesundheitsförderung[5] liegt und sich von Drogenarbeit in AIDS-Hilfe kaum oder nicht unterscheidet, ist m.E., wenn man die Drogenhilfelandschaft im Ganzen betrachtet, die Differenz in den Leitideen und prioritären Zielen zwischen Drogenhilfe und AIDS-Hilfe prägnant.

Mit ihren Konzepten und dem Bezug Gesundheitsförderung erzeugte und erzeugt AIDS-Hilfe starke Reibungsflächen und Modernisierungsdruck für Drogenpolitik und Drogenhilfe und den in Form von Gesetzen, Ausführungsvorschriften, Förderrichtlinien geronnen/erstarrten Leitideen und (Präventions-/Behandlungs-) Konzepten. Markante Beispiele für diese Auseinandersetzung sind die Spritzenvergabe allgemein und aktuell noch in den Haftanstalten, Safer Use-Beratung, Substitution allgemein, Erhaltungssubstitution oder mittelfristige Abstinenzforderung, Orginalstoffvergabe, Entkriminalisierung etc.

Bei all diesen Themen ergeben sich viele Gemeinsamkeiten in Zielen und Forderungen zwischen der Drogenarbeit in AH und den Drogenselbsthilfegruppen. Auf der Ebene der Verhältnisprävention ist das beispielsweise das Engagement gegen Diskriminierung, Ausgrenzung, Verfolgung, Kriminalisierung und für einen gesellschaftlich und politisch veränderten Umgang mit Drogen sowie für eine Ausweitung gesundheitserhaltender Hilfsangebote. Trotz dieser großen Schnittmenge sind Aufgaben und Ziele von Drogenselbsthilfe und AIDS-Hilfe nicht per se identisch. Während das Engagement von AIDS-Hilfe eingebettet ist in eine Prioritätensetzung in der Projektentwicklung mit Schwerpunktthema HIV und AIDS, entwickeln sich die Zielsetzungen der jeweiligen Selbsthilfegruppe quasi programmatisch entlang der Interessen der Beteiligten. Auch quasi programmatisch beansprucht Selbsthilfe Unterstützung bei der Umsetzung der zuvor auf der politischen Forderungsebene abgestimmten Ziele. Im Spektrum Junkies – Ex-User – Substituierte (incl. Junkie Bund, IGDU) reichen die berechtigten Ziele von Szenecafes, Druckräumen und Orginalstoffabgabe über Entzugsbegleitung, Antagonisttherapie und Nachsorge, Arbeits- und Wohnungsvermittlung hin zu Mitgaberegelungen des Substitutionsmittels, Freizeitangeboten, Wohngemeinschaften, ambulanter Therapie, Turbo-Entzug etc. Genauso bunt und unterschiedlich wie die Schwulenszene ist auch die Drogenszene. Gruppen wie eve & rave haben das Spektrum der berechtigten Ziele und Maßnahmen und gleichzeitig die Vielfalt der Vorstellungen und Interessen erweitert.

Ich wünsche uns anregende Diskussionen auf der Konferenz.

5. Nicht selten wird in eher traditionell orientierten Drogenhilfeeinrichtungen neuerdings auch der Begriff Gesundheitsförderung werbewirksam in Konzepten und Broschüren verwendet, ohne daß in der realen institutionellen Praxis viel davon auffindbar ist.

Thesen zur historischen Persepektive von AIDS-Hilfen in der Drogensozialarbeit

von Dr. Ilja Michels

Anmerkungen zur „Kurzen Betrachtung zur Leitidee Gesundheitsförderung in AIDS-Hilfe" von Fredi Lang

1. Mutig überschreibt die DAH die Präventionskonferenz als „Mut zum Elchtest. Die Drogenarbeit der AIDS-Hilfe". Ist es Mut zur Aufgabe dieser Arbeit?

2. Der (richtige) Verweis auf die Ottawa-Charta der WHO ist der historisch-notwendige Rekurs auf die Grundidee der AIDS-Hilfe-Arbeit: Gesundheitsförderung als Teil des sog. „Lebensweisekonzepts", das erkennt, daß es Gesundheit letztlich nicht ohne emanzipative Konzeption der krankmachenden gesellschaftlichen Bedingungen gibt.

3. Die historische Verkürzung, daß die AIDS-Hilfe die konzeptionellen Leitideen der WHO aufgriff (politische Lobbyarbeit, strukturelle Prävention, gesellschaftliche Emanzipation von ausgegrenzten Gruppen, Lebensweiseakzeptanz, Netzwerkförderung, Selbsthilfeförderung, Ressourcenaktivierung, Schadens- und Risikominimierung), während die Drogenhilfe sich zentriere um „Abstinenz" und „Störungsbeseitigung" und den Aufbau von Kontaktläden als „Zubringer zur therapeutischen Kette", verschweigt, daß auch im Drogenhilfesystem etwa zeitgleich mit der Entwicklung von AIDS-Hilfen und der HIV/AIDS-Krise sich eine oppositionelle Strömung akzeptanz-orientierter Drogenarbeit entwickelte, die durch eine solche Selbstbeweihräucherung der AIDS-Hilfe (bei der sich immerhin 2/3 der regionalen Gruppen von Drogenarbeit weitgehend 'abstinent' halten bzw. einige erst durch Drogenhilfeeinrichtungen gegründet wurden) denunziert werden.

4. Auch die nahtlose Verknüpfung von selbstgewählterTherapie (die zudem auf das Synanon-Modell reduziert wird) mit Zwangstherapie nach § 64 StGB schafft unnötige Feindkonstruktionen und führt zur Selbstüberschätzung der eigenen Identität.

5. Drogenprävention ist längst aus dem Gefängnis der Leitvorstellung einer drogenfreien Gesellschaft ausgestiegen.

   Wenigstens sind die herkömmlichen und traditionellen Modelle des gesellschaftlichen Umgangs mit psychotropen Substanzen einer Dialektik von traditioneller mit akzeptanz-orientierter Drogenarbeit gewichen.

6. Nicht umstandslos jeder Hilfeansatz der Drogenhilfe geht von „psychischen Defizit- bzw. Störungsmodellen mit Krankheitswert" aus. Spätestens seit dem Diskurs

über „Leitlinien akzeptierender Drogenarbeit" ist deutlich, daß die „Organisations-Hüllen" von Drogen- bzw. AIDS-Hilfe-Einrichtungen noch nicht per definitionem die gesundheits-philosophische Prämisse des jeweiligen Projekts und dessen Mitarbeiter ausdrücken.

7. Die „holzschnittartige" Wirklichkeitszurechtlegung, die z.B. auch übersieht, daß in der Suchthilfearbeit schon seit Jahren die Dominanz abstinenzfixierter „Königsweg-Therapie"-Parameter bröckelt – freilich nicht ohne immer wieder in diese Fixierung zurückgedrängt werden zu wollen -, verhindert letztlich, positive Bündnisse mit dem Drogenhilfesystem und schließlich auch dem Medizinsystem zu schließen. Ein „Alleinvertretungsanspruch" (etwa bundesweite Erstellung einer Broschüre zur psychologischen Begleitung in der Methadonbehandlung) führt eher zu überflüssigen Abgrenzungen statt zur Kooperation.

8. Zweifelsohne kann die AIDS-Hilfe noch mit dem Pfund der „Selbsthilfe" von Junkies, Ex-Usern und Substituierten (JES) wuchern, die nach wie vor ihre „substanzielle Heimat" in der AIDS-Hilfe sieht. Aber die teilweise Selbstverblendung von AIDS-Hilfe als „richtige" Drogenhilfe macht auch an der JES-Identität nicht Halt. Der Versuch, die Grenzen von abstinenz-orienterter Drogenselbsthilfe und Substitutionsbegleitselbsthilfe (mit bescheidenen Anteilen von Junkieselbstorganisation) zu überschreiten (1996 erstes, aber leider einziges bundesweites Selbsthilfegruppenseminar in Bremen), ist in Ansätzen stecken geblieben.

9. Eine bescheidenere Rückschau, die zweifelsfrei identitätsbildende Substanz, die lebensweisekonzept-orientierte AIDS-Hilfe-Arbeit und akzeptanz-orientiere Drogenarbeit angestoßen und miteinander verknüpft hat, wäre sicher angebracht, gerade, um die notwendige Arbeit im Drogenbereich fortzusetzen. Denn eines ist auch zu beobachten: ein zunehmendes „Vergessen" der HIV/AIDS-Problematik der Drogenhilfebewegung.

Zusammenfassung der AG-Ergebnisse

Zum Einstieg in die Themenstellung unserer Arbeitsgruppe wurde nach inhaltlichen Anregungen aus den Referaten für die Diskussion gefragt. Aus selbstkritischer Perspektive bewerteten in JES organisierte TeilnehmerInnen die von Urban Weber in seinem Vortrag formulierte Standortbestimmung von JES und daraus resultierende Entwicklungsfragen als konstruktiv. Dem Eingangsreferat entnahmen einige der TeilnehmerInnen keine weiterführenden Denkanstösse. Im folgenden wird die Diskussion nicht streng chronologisch, sondern thematisch gegliedert dargestellt.

Bestandsaufnahme

Alle TeilnehmerInnen berichteten im Verlauf der Diskussion von ihren lokalen Aufgaben, den Aufgaben der dortigen Drogenhilfe, Kooperationen und Unterschieden im Selbstverständnis.

Der häufigste genannte Arbeitsbereich der Drogenarbeit in AIDS-Hilfen war die Arbeit mit Menschen in Haft. Teilweise war dies die einzige staatlich finanzierte Aufgabe, meistens zumindest Schwerpunkt im Aufgabenzuschnitt der anwesenden Projekte. In einigen Großstädten übernehmen AIDS-Projekte neben Drogenhilfeträgern Aufgaben im Randbereich der Drogenhilfe (psycho-soziale Begleitung der Substitution, betreutes Wohnen o.ä.), und z.B. in Frankfurt a.M. ist die Aids-Hilfe als Träger im Drogenbereich anerkannt.

Das Verhältnis zwischen AIDS-Hilfen und Drogenhilfen fächert sich auf in eine Palette lokal unterschiedlicher Aufgabenaufteilungen bzw. politischer Aufgabenzuweisungen und ist daher besser als Plural zu fassen: Verhältnisse zwischen AIDS-Hilfen und Projekten der Drogenhilfe.

Die Einbindung von AIDS-Hilfen in die Drogenarbeit ist – abhängig vom kommunalpolitischen Willen – regional sehr unterschiedlich gestaltet. In einem Ausnahmefall übernimmt die AIDS-Hilfe originäre Aufgaben der Drogenhilfe, und in manchen Regionen haben umgekehrt Projekte der Drogenhilfe Angebote im Programm, die sonst eher in den AIDS-Hilfen angesiedelt sind. Der überwiegende Teil der TeilnehmerInnen berichtet von einer politisch gewollten Beschränkung der Zuständigkeit der AIDS-Hilfen im Drogenbereich auf HIV-Primärprävention, psychosoziale Unterstützung in der Versorgung an AIDS erkrankter Menschen und Teile der Überlebenshilfe. In den Regionen, in denen nur ein Teil dieser Aufgaben wahrgenommen wird, ergibt sich ein politisches Spannungsfeld durch die Thematisierung dieser Lücken gegenüber der Gesundheitspolitik und der Drogenhilfe.

Weil sie sich als Interessensvertretung der Menschen mit HIV/AIDS verstehen und angestachelt durch Aktivitäten und Forderungen der häufig in AIDS-Hilfe eingebunden Selbsthilfebewegung JES, forderten die AIDS-Hilfen immer wieder eine

Veränderung des Umgangs mit DrogenkonsumentInnen und die Verbesserung ihrer Lebenssituation durch eine breitere Palette von Hilfsangeboten.

Hinter den allgemein benutzten konzeptuellen Begriffen wie Niedrigschwelligkeit, akzeptierende Drogenarbeit, Lebensweisenakzeptanz oder harm-reduction können sich unterschiedliche Formen von psychosozialer Praxis verbergen. Viele der TeilnehmerInnen berichten, daß die Projekte der Drogenhilfe in ihrer Region zwar diese Begriffe benutzten, aber in der Praxis mit wenig verändertem Selbstverständnis arbeiteten. Insbesondere in den ländlichen und drogenpolitisch konservativen Regionen war diese Diskrepanz zwischen der Außendarstellung der Drogenhilfeprojekte und der Bewertung ihrer Praxis durch AIDS-Hilfen ausgeprägt. Drogenarbeit in AIDS-Hilfe unterscheidet sich dort von der Drogenhilfe durch Nicht-Selektivität bei der Gewährung von Unterstützung.

Dem gegenüber thematisierten JES-Vertreter, daß das wünschenswerte Niveau von Akzeptanz auch noch nicht in allen Projekten und Bereichen von AIDS-Hilfe gelebt wird. Andererseits gebe es in der Drogenhilfelandschaft einige Beispiele niedrigschwellig und akzeptierend arbeitender Drogenprojekte mit breitem Angebot (z.B. Palette in Hamburg). Wie die Diskussion ergab, scheint ein konkrete regionale Bewertung der jeweiligen Praxis im Sinne von pauschalen Gleichungen wie AIDS-Hilfe = niedrigschwellig & akzeptierend und Drogenhilfe = hochschwellig & nicht akzeptierend nicht auf alle bundesdeutschen Realitäten zuzutreffen und wurde so von keinem Teilnehmer als allgemeingültig vertreten; vielmehr war die Einschätzung diskussionsleitend, daß auch ungeachtet der Arbeit der jeweiligen Projekte in der Drogenhilfe eine Haltung weiterführend und sinnvoller ist, die sowohl selbstkritisch ist als auch die eigenen Qualitäten beachtet.

Eine Entwicklungsperspektive für die Drogenarbeit in AIDS-Hilfen sahen die TeilnehmerInnen in Kooperationsmodellen mit den Projekten der Drogenhilfe, insbesondere mit den in akzept e.V. organisierten, aber auch mit anderen Projekten, die sich für weitere Veränderungen im Umgang mit DrogenkonsumentInnen engagieren. Die denkbare Perspektive, daß sich AIDS-Hilfe in therapeutische Aufgabenbereiche hineinentwickelt, wurde von vielen der TeilnehmerInnen kritisch und ablehnend beurteilt.

Eine wichtige Entwicklungslinie für die Drogenarbeit in AIDS-Hilfen besteht im weiteren Aufbau von Kooperationsmodellen mit Selbsthilfegruppen.

Selbstverständnis und Perspektive

Allgemeiner Konsens war, daß Gesundheitsförderung in der WHO-Fassung als Leitidee von AIDS-Hilfen mehr umfaßt als HIV-Prävention. Sie schließt auch die Verbesserung der Lebensbedingungen diskriminierter, sozial marginalisierter bzw. ausgegrenzter Gruppen als Verhältnisprävention mit ein. Eine der zentralen und selbstgesetzten Aufgaben von AIDS-Hilfe ist, diese emanzipatorischen Forderungen offensiv zu vertreten und eine Art Formulierungsinstanz für Betroffeneninteressen zu sein mit dem Ziel, eine politische Bewegung in Richtung auf stärker gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu erzeugen und in Gang zu halten.

Dieses Aufgabenverständnis führt potentiell zu Konflikten im Bereich der Drogenprävention, zum Beispiel bei Präventionskonzepten zu Risikomanagement beim Drogenkonsum mit dem Ziel der „Drogenmündigkeit". Auf lokaler Ebene sind zudem die Aufgaben Drogenprävention und Drogenarbeit häufig den Projekten aus dem Drogenbereich vorbehalten. Ein wesentlicher Ausgangspunkt für die Haltung der AIDS-Hilfen zum Drogenkonsum ist die pragmatische Feststellung, daß der Konsum von Drogen gesellschaftlich weit verbreitet ist und die Verfolgung von Konsumenten illegalisierter Substanzen daran nicht nur nichts ändert, sondern auch gesundheitliche Nachteile zeitigt.

Im Selbstverständnis von AIDS-Hilfen historisch verankerte Aufgabenstellungen sind: Förderung der Entwicklung von Selbsthilfepotentialen, Selbsthilfenetzwerken und die Thematisierung und Schließung von Lücken in der Prävention sowie im Unterstützungssystem.

Das bedeutet bei der ersten Aufgabe konkret: Bedingungen schaffen für Selbsthilfe und Netzwerkbildung im Sinne von Befähigung der Menschen, ihre Interessen stärker wahrzunehmen. Vor dem Hintergrund der Verfolgung von Drogenbesitz erzeugt die Selbsthilfeförderung bei DrogenkonsumentInnen und die Vertretung ihrer Interessen auch Konfrontationen auf der politischen Ebene (z.B. Druckraumdebatte). Im Zusammenhang mit der Verärgerung von Zuwendungsgebern ist „institutionelles Risikomanagement" in der politischen Auseinandersetzung notwendig, denn AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen gefährden ihre Position bzw. ihre Einrichtung, wenn sie offensiv Forderungen vertreten, die politisch nicht opportun sind.

Ein wesentlicher Aspekt der Diskussion war die Feststellung, daß Gesundheitsförderung nicht normativ verstanden werden darf in dem Sinne, daß man eine starre und enge Vorstellung von gesundheitsbewußtem Verhalten entwickelt und dann versucht, ohne Beachtung der verfügbaren lebensweltlichen Ressourcen Botschaften zu formulieren, um diese mittels gesellschaftlicher Ächtung durchzusetzen (z.B. Anti-Raucher-Kampagne in den USA). Der in AIDS-Hilfen gebräuchliche konzeptuelle Begriff der Lebensweisenakzeptanz beinhaltet demgegenüber auch, daß die Menschen nicht ausgegrenzt werden, die diese Verhaltensappelle nicht oder nicht konsequent befolgen.

AIDS-Hilfe und Drogenhilfe im Wandel der Verhältnisse

In einigen Regionen bestehen politisch gewollt und im Rahmen finanzieller Zuwendungen klar festgelegte Aufgabenteilungen und Kooperationsmodelle zwischen AIDS-Hilfen und Projekten der Drogenhilfe. In anderen Regionen stellt sich die Frage: Welche Rolle nimmt AIDS-Hilfe im Bereich der Drogenarbeit ein? Was bewegt und gestaltet sie? In welchem Maße gelingt es ihr, Impulse für die Politik zu geben, sie in die Drogenhilfe hinein zu tragen und dort Veränderungen in der Aufgabenwahrnehmung zu erzeugen? Hat sie, um das Bild eines Autos zu benutzen, lediglich die Funktion eines Zahnrades in der Klimaanlage, deren Aufgabe im Hochsommer und Winter zwar sehr wichtig, aber ohne wesentliche Bedeutung für die Gesamtbewegung

ist? Oder kommt ihr die Funktion des bedeutsameren Getriebes zu, in dem Beschleunigung und Verzögerung stattfinden, oder übernimmt AIDS-Hilfe im Sinne einer Motorfunktion einen vollständigen Teil der Aufgaben im Feld der Drogenhilfe? Häufig ist der Einfluss von AIDS-Hilfen in der Drogenarbeit auf die Zahnrad- oder Getriebefunktion beschränkt. Das erfordert in der Regel Kompromiss- und Konfliktfähigkeit und führt in kleinen Schritten zu Veränderungen. Die wesentliche Aufgabe von AIDS-Hilfen besteht in dem stetigen Aufgreifen und Thematisieren gesundheitlicher Benachteiligung und daraus resultierender gesundheitlicher Belastungen. Auf das Autobild bezogen, wäre dies die Aufgabe der periodischen Inspektion, verbunden mit dem Ziel der Optimierung der Modellentwicklung.

Ungeachtet der regionalen Rollenkonstellationen und Modernisierungserfordernisse stellt sich meines Erachtens auf der Basis des Selbstverständnisses der AIDS-Hilfen als Interessensvertretung von Betroffenen im Feld der Drogenarbeit quasi von selbst die institutionelle Rolle der aktiven Subsidiarität her.

Das kann im Einzelfall dort, wo es um wesentliche Lücken geht, die andere Träger nicht besetzen können oder wollen, sogar dazu führen, daß Aufgaben komplett übernommen werden (z. B. Substitution als Ganzes). Wenn in den wichtigen Themenfeldern zwar Träger vorhanden sind, die die Aufgabe aber nicht ausreichend erfüllen (können), hat AIDS-Hilfe eher eine Getriebefunktion (z.B. niedrigschwellige Substitution). Soweit das Angebot im Bereich der Drogenhilfe ausreichende Unterstützungen gewährleistet, kann sich AIDS-Hilfe auf die Zahnradfunktion zurückziehen, das heißt in kritischer Begleitung und in Richtung Verbesserung der jeweiligen Strukturen Impulse gebend. Letzteres bedeutet, daß die aktive Abgabe von Aufgaben an neu gewachsene Strukturen innerhalb von AIDS-Hilfe kein Tabu ist. Insbesondere in Zeiten der Mittelkürzungen werden dadurch auch Ressourcen freigesetzt für die innovative Funktion von AIDS-Hilfe, aktiver Teil einer Bewegung für mehr Gesundheit zu sein.

Allgemein wurde abschließend festgestellt, daß das WHO-Konzept zur Gesundheitsförderung eine philosophische Dimension enthält, die als gesellschaftliche/globale Utopie eine starke Übereinstimmung mit den Grundorientierungen von AIDS-Hilfe hat. Hinsichtlich der Formulierung von Leitlinien im Sinne einer Handlungsorientierung für die institutionelle Entwicklung der Drogenbereiche erscheint eine Art Modulsystem mit Antworten auf unterschiedliche kommunale Realitäten zielführend.

Fredi Lang

Arbeitsgruppe II: UserInnen in die Vorstände!

Moderation: Dirk Meyer, Landesverband der AIDS-Hilfen NRW; Martin Hasenkamp, Bundessprecherrat von JES

Die Arbeitsgruppe versuchte das Verhältnis zwischen AIDS-Hilfe und der Drogenselbsthilfe JES zu klären. Dabei wurde zunächst festgestellt, daß der provokante Titel „UserInnen in die Vorstände!" hinterfragen sollte, auf welchen Ebenen eine Zusammenarbeit zwischen AIDS-Hilfe und JES möglich ist. Nach dieser Klärung nahm die Runde eine Bestandsaufnahme vor. Ergebnis war, daß es ein breites Spektrum der Zusammenarbeit gibt, das von kleinen Selbsthilfeaktivitäten über lockere Zusammenschlüsse bis hin zu einer professionellen Kooperation reicht:

- München: enge Zusammenarbeit in der AIDS-Hilfe über Spritzenaustauschprojekt
- Nürnberg: enge Zusammenarbeit zwischen Mudra und Junkie-Bund
- Köln: Kooperationsmodell zwischen AIDS-Hilfe und Junkie-Bund
- Osnabrück: enge Zusammenarbeit in der AIDS-Hilfe
- Saarbrücken: Trennung der Bereiche Drogen und andere

In Frankfurt am Main und in Hannover gibt es keine JES-Drogenselbsthilfe.

Nach dieser Bestandsaufnahme wurden Probleme beschrieben, die sich aus einer Zusammenarbeit ergeben bzw. versucht zu klären, warum es zu keiner Zusammenarbeit kommt.

Vordringlich wurden die unterschiedlichen Jargons der verschiedenen communities – Schwule, Frauen in besonderen Lebenslagen und DrogengebraucherInnen – genannt. Sie fördern das gegenseitige Nicht-Verstehen, das sich durch alle Ebenen zieht und vom wissenschaftlichen Diskurs bis zum Sub-Slang reicht. (Ein Beispiel: DrogengebraucherInnen differenzieren zwischen Ehemaligen und Ex-Usern; die anderen communities beachten diesen Unterschied nicht.) Die Bereitschaft zum Erlernen des jeweils anderen Jargons ist relativ gering, würde jedoch das gegenseitige Verständnis wesentlich erleichtern. Auch brächte es den Respekt gegenüber der anderen Kultur zum Ausdruck.

Eine weitere, grundsätzliche Schwierigkeit ergibt sich aus dem Selbstverständnis der AIDS-Hilfen einerseits und von JES andererseits. Die eine AIDS-Hilfe versteht sich als Selbsthilfe-Organisation, die andere eher als Dienstleistungsanbieter. AIDS-Hilfen, die vom Selbsthilfe-Gedanken geprägt sind, gehen auf JES anders zu als solche, die Dienstleistungen anbieten.

Weitestgehend einig waren sich die TeilnehmerInnen in der Notwendigkeit der strukturellen Förderung von Selbsthilfe. Unklar blieb das Ziel. Wäre z. B. eine auto-

nome Drogenselbsthilfe wünschenswert oder würde dies zu einem Verlust innerhalb der Präventionsarbeit führen? Es wurde auch angemerkt, daß Selbsthilfe eher politische Arbeit ausmacht, d.h. sie versucht auf die Rahmenbedingungen einzuwirken, die das Problem verursachen, also das Problem bei den Wurzeln zu packen. Hier wurde darauf hingewiesen, daß die Selbsthilfe im Bereich illegalisierter Drogen bedingt durch die Prohibition einen viel längeren Zeitraum, intensivere Kooperation und mehr Lobbyarbeit benötigt als andere Gruppierungen wie z. B. die Netzwerke der Positiven und der Frauen.

Erfoderlich ist auch eine Definition der gemeinsamen Ziele. Die Abschaffung des Betäubungsmittelgesetzes ist sicherlich die beste Infektionsprophylaxe. Erst danach kann die Präventionsarbeit richtig greifen. Die Selbsthilfe im Sinne von Peer Support und Peer Education hat sich dabei als sehr probates Mittel erwiesen.

Probleme in der Zusammenarbeit ergeben sich durch bereits bestehende Angebote des Drogenhilfesystems. Die Notwendigkeit der Abgrenzung zur Drogenhilfe stellt sich eher den AIDS-Hilfen als JES. Die Konkurrenz der Selbsthilfegruppen im Bereich illegalisierter Drogen ist kaum vorhanden, während die AIDS-Hilfen in diesem Sektor die nötige Flexibilität vermissen lassen.

JES-Selbsthilfe wurde von einer Teilnehmerin als Durchgangsstation beschrieben. Die Gruppen haben teilweise eine recht hohe Fluktuationsrate. Eine mögliche Erklärung ist, daß die Identifikation mit Drogen nicht ein ganzes Leben andauern muß, sondern nur einen wenn auch prägenden Lebensabschnitt erfaßt.

Im letzten Teil wurden gemeinsame Perspektiven entwickelt. Was haben JES und AIDS-Hilfen voneinander?

Grundsätzlich gilt, daß sich die AIDS-Hilfen ihrem Arbeitsauftrag gemäß um Schwule, DrogengebraucherInnen und Frauen in besonderen Lebenslagen zu kümmern haben. Den AIDS-Hilfen ist es sicherlich möglich, durch JES zielgruppenorientierter zu arbeiten. Probleme und Bedürfnisse der Peer Group können schneller erfaßt und analysiert werden. Es wird so verhindert, Safer Use-Botschaften zu entwickeln, die die GebraucherInnen nicht erreichen.

Umgekehrt haben DrogengebraucherInnen die Möglichkeit, durch die AIDS-Hilfen Selbsthilfe-Aktivitäten zu entfalten, die ihnen das Drogenhilfesystem verwehrt. Austausch, Wissen und Partizipation sind sicherlich adäquate Möglichkeiten, um Infektionen zu verhindern.

Konsens innerhalb der Arbeitsgruppe war, daß eine parterschaftliche Zusammenarbeit erwünscht ist, wenn man einander ernst nimmt. Letzteres gilt im besonderen Maße für die AIDS-Hilfen. Beide Seiten müßten jedoch an ihrem Selbstverständnis/Profil arbeiten, um eine Zusammenarbeit besser zu realisieren.

Martin Hasenkamp

Arbeitsgruppe III: Hilfe, die ExpertInnen kommen! AIDS-Hilfen auf dem Weg der Professionalisierung.

Moderation: Peter Gallus, Hannöversche AIDS-Hilfe; Mischa Hübner, Vorstand DAH

Die Vorbereitungsgruppe der Präventionskonferenz hatte für die einzelnen Arbeitsgruppen Thesen aufgestellt, die als Orientierungspunkte für Diskussionen dienen sollten. Wie die folgenden Ausführungen zeigen werden, gelang es mehr oder weniger gut, diese Thesen mit einzubeziehen.

Der einführende Titel der AG III läßt vermuten, daß im Spannungsverhältnis zwischen Selbsthilfe und Professionalisierung Furcht vor den ExpertInnen herrscht. Wie die Zusammensetzung der TeilnehmerInnen der AG III zeigt, scheint die Furcht vor den ExpertInnen so groß zu sein, daß sich dort kein einziger Mitarbeiter fand, der tatsächlich der Selbsthilfe zuzurechnen gewesen wäre – die ExpertInnen blieben unter sich! Vielleicht ist dies ein erstes Indiz dafür, daß AIDS-Hilfe auf dem Weg der Professionalisierung so weit fortgeschritten ist, daß sie Selbsthilfe zwar unterstützt oder dies zumindest vorgibt, sich von ihr aber doch sehr weit entfernt hat.

These 1: AIDS-Hilfen reproduzieren die gesellschaftlich angelegte ungleiche Bewertung von bezahlter und unbezahlter Arbeit.

Die noch herrschende ungleiche Bewertung von bezahlter und unbezahlter Arbeit wird sich verändern, da bezahlte Arbeit, überspitzt ausgedrückt, zu einem Luxusgut wird, das aus ökonomischen Gründen eliminiert zu werden droht.

Vollarbeitsplätze werden ersetzt durch räumlich, zeitlich und vertraglich flexible Junk-Jobs – versicherungsfrei, scheinselbständig, dienend. Unterbeschäftigung ist oft entwürdigend, da viele Menschen jenseits aller Zumutbarkeit zur Beschäftigung um ihrer selbst willlen gezwungen werden. Billig-Jobs ermöglichen weder Versorgung, noch genügen sie inhaltlichen Sinnansprüchen. So kann (Lebens-)Sinn im ehrenamtlichen Engagement gsucht und gefunden werden.

These 2: Professionalisierung von AIDS-Hilfe und die damit einhergehende Institutionalisierung entfernt sie von den Betroffenen und verringert deren Partizipation.

Die TeilnehmerInnen der AG stimmen der These zu, daß Professionalisierung die AIDS-Hilfen von den Betroffenen entferne und damit deren Partizipation verringere. AIDS-Hilfe kann diese Entwicklung nicht umkehren. Eine Teilnehmerin erhob die

Forderung, AIDS-Hilfe möge als Ausweg aus diesem Dilemma bevorzugt Betroffene einstellen, auch wenn diese nicht die Kriterien des BAT erfüllen. Andere meinten, es reiche schon aus, wenn sich AIDS-Hilfen stärker als Selbsthilfe-Kontaktstellen verstünden, deren Aufgaben es sei, Selbsthilfe zu initiieren, zu fördern und zu vemitteln sowie die nötigen Strukturen für eine Selbstorganisation zur Verfügung zu stellen.

These 3: AIDS-Hilfe hat aufgrund ihrer historischen Entwicklung das Potential, ein produktives Miteinander von Ehrenamt, Betroffenenkompetenz und Professionalität zu ermöglichen.

Richtig ist, daß AIDS-Hilfen das Potential haben, ein produktives Miteinander von Ehrenamt, Betroffenenkompetenz und Professionalität zu ermöglichen. Tatsächlich aber steht Selbsthilfe und Positivenarbeit oft nicht mehr im Mittelpunkt, und die auf Lebenserfahrung beruhende Fachkompetenz Betroffener wird nur wenig einbezogen. Zu fordern wäre, daß Menschen mit HIV und AIDS wieder mehr im Mittelpunkt stehen. Es sollte wieder mehr Gewicht auf den emanzipatorischen Ansatz gelegt werden, AIDS-Hilfe sollte Raum geben für Entwicklung. Dies kostet allerdings Zeit. Und Zeit ist das, was Professionelle und Betroffene am wenigsten zu haben glauben.

These 4: Nur die gemeinsame Entwicklung und Absicherung von Qualitätsstandards in der Drogenarbeit der AIDS-Hilfen durch Betroffene, Ehrenamtler und Professionelle verhindert Entmündigung, Ausgrenzung und Klientelisierung.

Die gemeinsame Entwicklung von Qualitätsstandards setzt eine Gleichberechtigung voraus, die real sehr fraglich ist. Aufgabe von AIDS-Hilfe ist es, trotz zunehmender Komplexität der Arbeit für Transparenz für Betroffene zu sorgen. Generell wurde von in der direkten Arbeit tätigen Professionellen der Einwand erhoben, es fehle die Zeit für konzeptionelle Arbeit. Man könne eben nicht wie Wirtschaftsunternehmen Rücklagen schaffen, die dann konzeptionelle Arbeit ermöglichen. Deutlich wurde, daß der Weg der Erarbeitung das eigentliche Ziel von Qualitätsstandards ist, weniger das fertige Hochglanzprodukt. Auf keinen Fall dürften Standards, die nicht von allen oben genannten Beteiligten erarbeitet wurden, übernommen und als Realität verkauft werden.

These 5: Professonalität heißt ziel- und ergebnisorientierte Entwicklung, Förderung und Qualifizierung von persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten aller (Selbsthilfe, haupt- und ehrenamtliche MitarbeiterInnen) sowie die Entwicklung von geeigneten Organisationsstrukturen.

Hier geht es nicht um Hochschuldiplome. Kompetenz ist unabhängig von der universitären Ausbildung. Professionelle bewegen sich in einem System von Tarif und Vergütung. Hier liegt Konfliktpotential, wenn eine leistungsabhängige, von her-

kömmlichen BAT-Strukturen unabhängige Bezahlung auch in AIDS-Hilfen gefordert wird. Wie kann Leistung im sozialen Bereich gemessen werden? An der Zahl der geleisteten Beratungsgespräche sicher nicht allein. Selbst erarbeitete, von allen Beteiligten überprüfbare Qualitätsstandards ermöglichen eine ziel- und ergebnisorientierte Entwicklung.

Peter Gallus

Workshop I: HIV-Prävention im Strafvollzug: Alte Probleme, neue Strategien?

ReferentInnen: Karin Graefe, Hannöversche AIDS-Hilfe; Veronika Otte, DAH

In diesem Workshop wurden drei derzeit vieldiskutierte (vemeintlich) neue Ansätze im Bereich HIV/Aids-Prävention in der Haft vorgestellt und diskutiert. Dabei wurden diese Ansätze insbesondere auf ihre Tauglichkeit für die Arbeit von AIDS-Hilfen im Bereich des Strafvollzugs geprüft.

Spritzenvergabe in der Haft

Die bisher vorliegenden, durchweg positiven Ergebnisse des niedersächsischen Modellprogramms „Infektionsprophylaxe im Strafvollzug", an dem die Frauenhaftanstalt in Vechta und die Männerhaftanstalt in Lingen/Abtlg. Groß-Hesepe (mit unterschiedlichen Vergabemodi) beteiligt sind, wurden anhand von graphischen Darstellungen präsentiert. Zusätzlich wurden die Leit-Forderungen zur Spritzenvergabe (siehe S. 76) erläutert, die (in vorläufiger Form) als ein Arbeitsergebnis der europäischen Konferenz „Prison and Drugs" (Oldenburg 12. bis 14.3.1998) vorliegen. Sie stellen das dar, was derzeit in Europa unter allen beteiligten PraktikerInnen als konsensfähig anzusehen ist – sind also nicht als Maximalforderungen zu verstehen – und sollen in ihrer endgültigen Form den europäischen Justiz- und Gesundheitsministern vorgelegt werden.

Die Vergabe von sterilem Spritzmaterial als *ein* Instrument einer angemessenen Infektionsprophylaxe in Haftanstalten ist eine von AIDS-Hilfen seit langem geforderte Maßnahme, daher wurde im Rahmen dieses Workshops auch nicht (mehr) erörtert, ob es sich um ein sinnvolles Angebot für Gefangene handelt. Vielmehr ging es in der Diskussion darum, welche Rolle AIDS-Hilfen bei der Implementierung solcher Spritzenvergabe-Projekte bereits spielen bzw. spielen können und sollen. Auch bei den in anderen Bundesländern geplanten weiteren Modellprojekten in Schleswig-Holstein und Berlin ist die Einbeziehung von AIDS-Hilfen wesentlicher Bestandteil. Grundsätzlich problematisch bleibt dabei die finanzielle Absicherung dieser Mitarbeit von AIDS-Hilfen, insbesondere wenn es sich um kleinere Mitgliedsorganisationen handelt, die ohne substantielle eigene Finanzressourcen arbeiten und wesentlich auf ehrenamtliche MitarbeiterInnen zurückgreifen müssen. Wenn, wie in Lingen, für diese MitarbeiterInnen nicht einmal die Fahrtkosten zur Anstalt und die in der Teestube für Gefangene offerierte Speisen und Getränke von der Anstalt bzw. von den Vollzugsbehörden übernommen werden, sind die Grenzen einer sinnvollen Arbeit schnell erreicht. Denn nirgends wird von offizieller Seite bestritten, daß der positive Effekt

der Einbeziehung von glaubwürdigen Externen (sprich: AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen) in Form von größerer Akzeptanz auf seiten der Gefangenen, besserem Vertrauensschutz und mehr präventionsrelevanten Kontakten wesentlich zum Gelingen solcher Projekte beiträgt.

Jede AIDS-Hilfe, die sich für die Mitarbeit innerhalb eines solchen Projektes entscheidet, muß daher wissen, daß sie auf diesen Konflikt zwischen sinnvollem Engegement und dafür notwendigen finanziellen und strukturellen Bedingungen trifft.

Die SIDA Infoline (Ligne 6) für Gefangene

Über französische bzw. europäische Partnerorganisationen wurde an die DAH bzw. den Landesverband Niederssachsen ein Projekt zur Telefonberatung von Gefangenen herangetragen, das in Frankreich bereits existiert und mit Unterstützung der EU zu einem europäischen Projekt ausgedehnt werden soll/könnte (siehe Projektbeschreibung S. 74)

Wenn die DAH oder auch einzelne AIDS-Hilfen sich an dieser Infoline beteiligten wollten, müßte zunächst der Bedarf geklärt werden, wobei folgendes zu berücksichtigen ist:

Da anders als in Frankreich in der Bundesrepublik viele Gefangene die Möglichkeit zum Telefonieren haben oder (z.B. als FreigängerInnen bzw. WochenendurlauberInnen) über andere Wege der Informationsbeschaffung verfügen, muß zunächst geprüft werden, ob dieses Projekt der Telefonberatung speziell für Gefangene in Deutschland überhaupt sinnvoll ist.

Perspektivisch ist ein Bedarf für
- Anstalten mit hoher Sicherheitsproblematik
- Untersuchungshaftanstalten
- und Haftanstalten, die nicht von externen MitarbeiterInnen der Aids-Hilfen aufgesucht werden (können), denkbar.

Die Realisierung dürfte technisch über eine Freischaltung einer 0130- oder einer 01805-Nummer möglich sein, d.h. die Gefangenen könnten die MitarbeiterInnen des Beratungstelefons zum Ortstarif bzw. zum Preis einer Telefon-Einheit anwählen.

Ein solches Angebot würde auf folgende Probleme stoßen:
- eine regionale Begrenzung ist kaum durchsetzbar
- der Einstieg in eine zentralisierte Telefonberatung wäre nötig
- bei einem Einsatz von acht Stunden pro Woche und drei Leitungen ist bereits von Telefongebühren in Höhe von 30 000 bis 50 000 Mark pro Jahr auszugehen
- es muß geprüft werden, ob ein solcher Telefonservice (ausschließlich) durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen geleistet werden kann.

Wesentliches Ergebnis der Debatte war, daß ein solches Projekt innerhalb des Verbandes nur im Zusammenhang mit der Diskussion um die bisherige (allgemeine) Beratungsnummer 19411 thematisiert werden sollte. Eine vorherige fundierte Bedarfsplanung, auch in Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden, ist dabei Voraussetzung für eine Entscheidung für oder gegen ein Engagement des Verbandes oder seiner Mitgliedsorganisationen in einem solchen Projekt.

Peer Involvement

Peer-orientierte Ansätze werden unter den in der HIV/Aids-Prävention engagierten professionellen bzw. hauptamtlichen MitarbeiterInnen und in der Drogenselbsthilfe in letzter Zeit verstärkt diskutiert, ohne daß die Implementierung von konkreten Projekten bereits nennenswert gelungen wäre. Da die Ansätze unterschiedlich benannt werden, wurden im Workshop nicht nur die auf dem Oldenburger Kongreß formulierten Leit-Forderungen zu Peer Support vorgestellt, sondern auch eine Begriffsklärung und -problematisierung versucht, die sich an den Arbeitsmöglichkeiten von Aids-Hilfen orientiert.

Als zentral wurde dabei der unterschiedliche Blickwinkel der jeweils Beteiligten auf die peer-orientierten Ansätze und ihre spezifischen Bedürfnissen angesehen. Demnach ist der Oberbegriff für die Professionellen der des Peer Involvements, unter dem sich unterschiedlichste – wie auch immer geartete – Einsatzmöglichkeiten von Peers (verstanden als gleichaltrige, gleichartige und/oder gleichgestellte Betroffene bzw. Mitglieder einer sozialen Zielgruppe) im jeweiligen professionellen Arbeitsfeld subsumieren lassen.

Dazu gehören neben dem in der Sozialforschung bekannten Einsatz von Peer Interviewern (= privileged access interviewer) verschiedene Formen des von hauptamtlichen MitarbeiterInnen genutzten Einsatzes von Peers in der Beratung (Peer Counselling), in der Anleitung und/oder Ausbildung (Peer Education), in vielfältigen Weisen der gegenseitigen Unterstützung (Peer Support) bis hin zur Organisation von Peer Projects genannten spezifischen Projekten.

Der Nutzen solcher peer-orientierten Strategien für die Professionellen liegt auf der Hand. Sie haben in einer ihnen ansonsten tendenziell eher fremden Lebenswelt (Drogenszene, Haft, Jugendszenen):

- einen erleichterten Zugang zur Zielgruppe/Untersuchungspopulation
- einen Nutzen der Interaktion/Akzeptanz unter Peers für eigene Ziele
- einen Wissenszuwachs.

Gleichzeitig können sie Ziele, Methoden und Inhalte der Arbeit weiterhin bestimmen und (weitgehend) kontrollieren.

Aus der Sicht der jeweils Betroffenen (Zielgruppe der professionellen Intervention) kann sich dies ganz anders darstellen. Da ihnen grundsätzlich unterstellt werden kann, daß sie ein eigenständiges Interesse daran haben, die Kontrolle über ihre – wie auch immer geartete – Lebensführung zu behalten und/oder (wieder) zu erlangen, ist

ihr Oberbegriff eher der des Peer Support, verstanden als eine umfassende Strategie der gegenseitigen solidarischen Hilfe, in der unterschiedliche Elemente wie Counselling, Education, Advocating (Interessenvertretung), Mediation (Vermittlung/Vernetzung) und Enabeling (Selbst-Befähigung) zum Tragen kommen können und vor allem dann in differenzierter Form auftauchen, wenn es zu selbstbestimmten Peer Projects kommt. Auch für die Betroffenen gibt es daher einen großen Nutzen, wenn sie mit peer-orientierten Strategien in ihrem Lebensumfeld agieren:

- Selbsthilfe
- eine Erweiterung von Erfahrungen, Wissen, Kompetenzen („Laienkompetenzen")
- Anregungen, Ermutigung, Wissensvermittlung, Begleitung auf gleichrangiger Ebene
- Ressourcenentwicklung (Empowerment)
- eine systematische Nutzung von (externem) ExpertInnenwissen ist möglich
- die (politische) Interessenvertretung und Netzwerkentwicklung
- die Kontrolle über Ziele, Methoden, Inhalte.

Der durch diese unterschiedlichen Bedürfnisse und Herangehensweisen systematisch angelegte Interessenkonflikt zwischen Hauptamtlern und Betroffenen, verortet auf der Beziehungsebene, wird meist, wenn diese im Rahmen von peer-orientierten Arbeitsansätzen aufeinandertreffen, mehr oder weniger bewußt verschleiert.

Die zentrale Aufgabe von Professionellen sollte es jedoch in diesem Zusammenhang sein, den Beziehungsaspekt in den Vordergrund zu stellen und allen Beteiligten bewußt zu machen. Nur dann können die kritischen Punkte von peer-orientierten Ansätzen offengelegt und systematisch überwunden werden:

- sie stellen kein wirklich neues, innovatives Konzept dar
- die Peers werden durch Profis funktionalisiert
- die Kontrolle/Steuerung bleibt (weitestgehend) in den Händen der Profis („Kolonialisierung von Lebenswelten")
- Peers in der MultiplikatorInnenfunktion befinden sich in einem systematisch angelegten, verschärften Beziehungskonflikt (vgl. Barsch, Gundula: Drogenkonsum und Drogenpolitik in der modernen Gesellschaft – Modernisierungserfordernisse und Chancen dargestellt an Transformationsprozessen in Ostdeutschland. TU zu Berlin. Habilitationsschrift Berlin 1996 S. 60 ff).

Die Diskussion ergab insgesamt, daß diese Ansätze sich sehr wohl gut in ein an Selbsthilfe und Selbsthilfe-Förderung orientiertes Konzept der HIV/Aids-Prävention von Aids-Hilfen einfügen lassen. Die TeilnehmerInnen plädierten jedoch für einen nüchternen und realistischen Blick auf peer-orientierte Ansätze, da es sich eben nicht notwendigerweise um ein per se emanzipatorisches Instrumentarium handelt, sondern eines genauen und bewußten Einsatzes bedarf.

Abschlußdiskussion

In der zur Verfügung stehenden Zeit konnte vieles nicht endgültig diskutiert werden, der Bedarf nach weiterführender Diskussion und vertiefendem Erfahrungsaustausch wurde sehr deutlich und sollte möglichst auf Bundesebene angesiedelt werden. Die TeilnehmerInnen wünschten sich Diskussion möglichst in Form eines Fachtages zur Knastarbeit des Verbandes. In die entsprechende Vorbereitung sollten auch die Landesverbände einbezogen werden. Dort sollte auch noch einmal die Zusammenarbeit zwischen DAH, Mitgliedsorganisationen und JES in diesem Arbeitsfeld thematisiert werden.

Gerade weil die vorgestellten Modelle und Methoden auch auf verschiedenen Ebenen (innerhalb und außerhalb des Verbandes) diskutiert werden, sollten diese Ebenen auch in eine Verbandsdiskussion einfließen. Nach wie vor ist Knastarbeit ein wichtiger und in vieler Hinsicht besonders belasteter Bereich des Engagements von Aids-Hilfen.

Veronika Otte

Ligne 6, die Gefangenen-Beratungshotline

Projektbeschreibung:

- Da das Telefonieren für Gefangene in Frankreich generell verboten ist, hat das französische Beratungs-System Sida Info Service in Paris eine anonyme Telefonberatung zum Thema HIV/AIDS für das zentrale „Prison Hospital" eingerichtet.
- Gefangene können über ein Telefon, das auf dem Flur der Station installiert ist, mit einer programmierten Telefonnummer (Wechselsprechanlage) Kontakt zur Ligne 6 herstellen.
- Jede Station hat einmal in der Woche 3 Stunden Verbindung zur Ligne 6, jeweils zwei Stationen gleichzeitig.
- Zwei MitarbeiterInnen und ein Supervisor haben über zwei Direkttelefonleitungen Kontakt mit dem Fresnes Prison Hospital.
- Alle potentiellen MitarbeiterInnen wurden vom Justizministerium auf ihre Unbedenklichkeit überprüft.
- Der Beratungsraum ist mit zwei Schlössern und einem zusätzlichen Nummerncode gesichert.
- Nur die autorisierten BeraterInnen und der Projektmanager/Supervisor haben Zutritt zu den Beratungsräumen.
- Alle Insassen bekommen bei ihrer Aufnahme ein Infoblatt zur Ligne 6, es hängt auch eine Information im Spind.
- Die Telefonate dauern in der Regel ca. 30 Minuten.
- SIDA Info Service führt Protokollbögen über Datum, Uhrzeit und Gesprächsinhalte.
- Die Beratungsmöglichkeit wird gut angenommen.
- Die Gesprächsthemen sind:
  - Sexualität
  - Drogengebrauch
  - HIV
  - Hepatitis
  - Infektionsmöglichkeiten und -schutz
  - AIDS-Behandlungsmöglichkeiten

PRISON * DRUGS 1998

Konferenz für europäische Leitlinien
Oldenburg, 12. – 14. März 1998
Ergebnisthesen der Arbeitsgruppe „Peer Support"

Peer Support

1. Peer support ist ein Interaktionsprozeß, durch den Gefangene mit Drogenproblemen bedeutende Informationen und Unterstützungen von Personen mit ähnlichem Betroffenenhintergrund erhalten. Dieser Prozeß kann durch ein Angebot von Peer education gefördert werden. Dadurch werden erfahrene Personen gefördert, um ihren Peers genaue Informationen und positive Unterstützungen geben zu können.
2. Peer support kann verschiedene Angebote vorhalten, die unterschiedlichen Bedürfnissen angepaßt sind (z.B. Harm reduction, höhere Selbstkontrolle, Abstinenz).
3. Peer support und Peer education sind effektive, kostengünstige und risikominimierende Strategien der Gesundheitsförderung.
4. Eine Bestandsaufnahme, Bewertung sowie Vernetzung bestehender Peer support-Projekte im Rahmen eines EU-Projektes ist wesentlich und notwendig.
5. Wichtige Elemente für eine erfolgreiche Einführung von Peer support sind die Verdeutlichung des Nutzens für alle Beteiligten, Information und Fortbildung des Personals, z.B. über Drogen und Infektionskrankheiten, sowie das Vorhandensein anderer Strategien der Gesundheitsförderung und Schadensminimierung.
6. Der Einsatz von erfahrenen MultiplikatorInnen aus dem Justizbereich zur Ausbildung des Personals muß von der Politik und Verwaltung gefördert werden, wobei die Kooperation mit externen Projekten notwendig ist.
7. Die Ausbildung sowohl des Justizpersonals als auch die der „Peer leader" soll mit Zertifikat versehen, anerkannt und gefördert werden.
8. Es ist notwendig, die Fachöffentlichkeit und die Bevölkerung über die Effektivität der Peer support-Maßnahmen zu informieren.
9. Die Einführung von Peer support-Ansätzen erfordert einen langen kontinuierlichen Prozeß der Ausbildung, des Trainings und der Meinungsbildung sowohl des Personals als auch der „Peers". Der Einsatz von Peer support ist ein Ausdruck der Notwendigkeit für eine Änderung der politischen Haltung gegenüber Drogen.

PRISON * DRUGS 1998

Konferenz für europäische Leitlinien
Oldenburg, 12. – 14. März 1998
Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Spritzentauschprogramme"

Spritzenaustauschprogramme

1. Im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht erkennt die Justiz ihre Verpflichtung und die Notwendigkeit an, jedem Gefangenen die außerhalb des Vollzugs üblichen infektionsprophylaktischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen zugänglich zu machen. Diese Maßnahmen müssen geeignet sein, die Gesundheit eines jeden Gefangenen zu erhalten. Der Implementierungsprozeß sollte transparent und integrativ in bezug auf die Interessen der Bediensteten und Gefangenen erfolgen.
2. Gesundheitsvorsorge in Haftanstalten setzt den Zugang zu adäquaten, präventiven Mitteln für alle InsassInnen voraus.
3. Spritzenaustauschprogramme sind als ein nützlicher und integrierter Baustein eines Gesamtkonzepts zur Drogenhilfe in Haftanstalten zu sehen, das neben anderen gesundheitsfördernden Maßnahmen Beratung, abstinenz-orientierte Therapieprogramme und Substitution beinhaltet.
4. Zur Gewährleistung der Rechtssicherheit für alle Beteiligten an infektionsprophylaktischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen (z.B. Spritzenvergabe) sind die rechtlichen Voraussetzungen vorab zu klären. Juristischer Klärungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der Gefangenengruppen Jugendliche und Substituierte. Die Klärung der Rechtsfrage obliegt den Ministerien. Die Ergebnisse müssen veröffentlicht werden.
5. Die spezifischen Gegebenheiten der Vollzugsanstalten sind entscheidend dafür, ob die Vergabe über Automaten oder persönliche Kontakte erfolgt. Eine regelmäßige und verbindliche Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen muß gewährleistet sein, unabhängig davon, ob externe oder interne Kräfte mit der Ausführung beauftragt sind.
6. Die Schaffung und Aufrechterhaltung von Akzeptanz bei Bediensteten und Inhaftierten, politischen und juristischen Entscheidungsträgern und in der (Fach)öffentlichkeit ist Grundvoraussetzung für die erfolgversprechende Einführung von Spritzenaustauschprogrammen in Gefängnissen.
7. Eine Teilnahme an einem Spritzenaustauschprogamm sollte unter Wahrung größtmöglicher Anonymität stattfinden können, so daß der Teilnehmer/die Teilnehmerin keine nachteiligen Folgen für den Vollzug seiner/ihrer Haftstrafe befürchten muß. Der Zugang zur Abgabestelle sollte niedrigschwellig organisiert und leicht erreichbar sein.
8. Eine Effektivität von Infektionsprophylaxe wird nur erreicht, wenn Maßnahmen der instrumentellen Prävention durch personalkommunikative Angebote regel-

mäßig ergänzt werden. Obligatorische Schulungen und fakultative Trainingsveranstaltungen für Bedienstete auf allen beteiligten Ebenen und Inhaftierte sollten begleitend angeboten werden.

Folgende Themen sind von besonderer Relevanz:

- Basiswissen zu Drogenkonsum und Infektionsgeschehen
- Transmissionswege und Infektionsschutz
- Safer Use und Safer Sex
- Drogennotfallhilfe

Workshop II: Gesundheitsförderung als Leitidee – Kooperationsmodelle als Antwort auf neue Herausforderungen

vorgestellt am Beispiel „Rechtsrheinisches Drogen- und Gesundheitshilfezentrum" – ein Kooperationsprojekt der AIDS-Hilfe Köln e. V. und dem Junkie-Bund-Köln e. V.

Referenten: Bernd Lemke, Junkie-Bund-Köln e. V.(JBK); Franz-Josef Schumacher-Stark, AIDS-Hilfe Köln e. V. (AHK); Axel Hentschel

Die beiden Referenten Bernd Lemke und Franz-Josef Schumacher-Stark vertreten das Kooperationsprojekt, Axel Hentschel moderierte die Kooperationsgespräche.

Mit der Vorstellung der Entstehungsgeschichte des Junkie-Bundes durch Bernd Lemke wurde die enge Verknüpfung mit der AIDS-Hilfe Köln deutlich, die an der Gründung des JBK maßgeblich beteiligt war. Dieser Gründungsphase folgte eine Zeit der Differenzen und die Loslösung von der AHK. Erst im Engagement der beiden Vereine für einen Druckraum kam es wieder zu einer Annäherung und bald darauf zu der Vereinbarung, Kooperationsgespräche zur Einrichtung eines gemeinsamen Projektes zu führen.

Für den Einstieg in dieses Kooperationsprojekt gab es unterschiedliche Motive. Für die AHK stand schon seit längerem ein offizieller Einstieg in die Drogenarbeit an. Das mehr als zehnjährige Engagement in der Drogenarbeit, die dort gemachten Erfahrungen und die gewonnene Kompetenz sollten zielgerichtet eingesetzt werden. Im JBK sieht man einen Partner, der vor allem durch seine Basisnähe und durch die eigene Betroffenheit eine Ergänzung bietet. Nicht zuletzt bildete die Selbsthilfeorientierung beider Vereine eine solide Brücke zur Aufnahme von Kooperationsgesprächen. Beide Träger trafen sich mit der Vorstellung, sich konsequent an den Wünschen und Bedürfnissen der drogengebrauchenden Menschen zu orientieren und die DrogengebraucherInnen selbst als planende und zukünftig mitarbeitende Menschen einzubeziehen.

Mit dem Projekt soll neben den Einrichtungen der etablierten Drogenhilfen ein Angebot geschaffen werden, das den Akzeptanzbegriff im umfassenden Sinne umsetzt und somit zu einer wirklich niedrigschwelligen Anlaufstelle wird.

In Köln kann nicht von einer einhelligen Toleranz für dieses Projekt ausgegangen werden. Gerade bei den Trägern der traditionellen Drogenarbeit ist mit einer starken Konkurrenz und Ausgrenzung zu rechnen. Ursachen dafür sind neben den inhaltlichen und ideologischen Unterschieden die Kämpfe um Ressourcen. Mit den langjährigen Erfahrungen in der Auseinandersetzung um öffentliche Mittel und in

der Akquisition von Spenden sowie in der Suche von Sponsoren sind gute Chancen für die Durchsetzung des Projektes gegeben. Hier kommt vor allem das Know-how von AIDS-Hilfen in der Image- und Öffentlichkeitsarbeit zum Tragen.

In der Beteiligung und Mitarbeit drogengebrauchender Menschen sehen wir eine Chance, die Leitlinien akzeptierender Drogenarbeit umzusetzen. Dieser Ansatz ist konsequent am Gesundheitsbegriff der WHO (Ottawa Charta) ausgerichtet, der die Beteiligung der Betroffenen an der Gesundheitsförderung in allen Ebenen der Planung und Durchführung voraussetzt.

Das Konzept für das Rechtsrheinische Drogen- und Gesundheitshilfezentrum wird voraussichtlich im Herbst vorliegen und kann über die AIDS-Hilfe Köln (Tel. 0221/20 20 30) bezogen werden.

Franz-Josef Schumacher-Stark

Anhang: Der Kooperationsvertrag

Kooperation zwischen der AIDS-Hilfe Köln e. V. und dem Junkie-Bund-Köln e. V. bei der Errichtung und dem Betrieb des „Rechtsrheinischen Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrums"

Einführung

Die AIDS-Hilfe Köln e. V. als Interessenvertretung für Menschen mit HIV und AIDS versteht als eine ihrer Aufgaben die umfassende Verbesserung der Lebenssituation für drogengebrauchende Menschen mit HIV und AIDS in Köln. Neben lebens- und suchtbegleitenden Hilfen steht die strukturelle Präventionsarbeit im Vordergrund.

Der Junkie-Bund-Köln e. V. ist offen für alle aktuell drogengebrauchenden Menschen, ehemalige und substituierte DrogengebraucherInnen. Er versteht sich als Interessenvertretung in allen Bereichen und Ebenen. Innerhalb der Selbsthilfe wird der Wille und das Bestreben des Einzelnen akzeptiert und gefördert. Dies gilt gleichermaßen für aktuell und ehemals drogengebrauchende Menschen wie auch für substituierte und ausstiegswillige DrogengebraucherInnen. Hierbei setzt sich der Junkie-Bund-Köln e. V. für eine Teilhabe am Leben ein und gegen die Diffamierung und Ausgrenzung von drogengebrauchenden Menschen. Er fordert das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben mit Drogen und fördert ein menschenwürdiges Leben der DrogengebraucherInnen.

Die AIDS-Hilfe Köln e. V. und der Junkie-Bund-Köln e. V. verfolgen mit ihrer Arbeit einen Drogengebrauch akzeptierenden Ansatz und unterstützen nachdrücklich Forderungen nach einer humanen Drogenpolitik. Neben den vorwiegend abstinenzorientierten Angeboten der Drogenhilfe wird die Umsetzung von Konzepten zur suchtbegleitenden und Überlebenshilfe gebenden Arbeit vorangetrieben. Ausstiegswillige DrogengebraucherInnen werden in ihrer Entscheidung gestützt und auf ihrem Weg begleitet. Auf kommunaler und landespolitischer Ebene gilt der Einsatz für eine zukunftsorientierte und humane Drognpolitik, die die Würde drogengebrauchender und abhängiger Menschen wahrt und deren Gesundheit schützt.

AIDS-Hilfe Köln e. V. und Junkie-Bund-Köln e. V. erleben tagtäglich die Nöte der betroffenen Frauen und Männer. Insbesondere fehlt es an niedrigschwelligen, akzeptierenden Hilfsangeboten. Dem soll mit der Einrichtung eines Rechtsrheinischen Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrums Rechnung getragen werden.

Durch die Iintegration des Rechtsrheinischen Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrums in das Gesamtkonzept der Vereine Junkie-Bund-Köln e. V. und AIDS-Hilfe Köln e. V. entsteht die Möglichkeit, gemäß der Vereinsziele die Lebenssituation von drogengebrauchenden Menschen insgesamt zu verbessern und die Angebotsstruktur des Kölner Drogenhilfesystems um einen weiteren Baustein zu ergänzen.

1. Strategische Absicht

Auf Grundlage der Beschlüsse der Mitgliederversammlung des Junkie-Bund-Köln e.V. vom 29.11.1997 sowie der Mitgliederversammlung der AIDS-Hilfe Köln e.V. vom 3.12.1997 wollen die Vereine ein Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrum als Bestandteil des Kölner Drogenhilfesystems unter Berücksichtigung der bei beiden Vereinen bestehenden Angebote realisieren.

Für die AIDS-Hilfe Köln e. V. und den Junkie-Bund-Köln e. V. gilt, daß durch das Rechtsrheinische Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrum eine Umgebung für drogengebrauchende Menschen geschaffen werden soll, die eine Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht und der Ausgrenzung und Diskriminierung entgegenwirkt.

Das Konzept orientiert sich grundsätzlich an dem Bedarf der drogengebrauchenden Menschen in der Stadt Köln.

2. Situation heute

Schon heute besteht ein akuter Bedarf nach einem niedrigschwelligen, auf der Basis akzeptanzorientierter Prämissen arbeitenden Angebotes im rechtsrheinischen Köln. Die AIDS-Hilfe-Köln e. V. und der Junkie-Bund-Köln e. V. haben sich daher entschlossen, gemeinsam diese Lücke zu schließen. Dieses gemeinsame Projekt bietet auch die Möglichkeit der Erprobung praktischer Zusammenarbeit zwischen der Drogenselbsthilfe Junkie-Bund-Köln e. V. und der AIDS-Hilfe Köln e. V. in der Vorbereitung eines Druckraum-Projektes. Die Inbetriebnahme des Rechtsrheinischen Drogen- und Gesundheitshilfezentrums wird baldmöglichst umgesetzt.

3. Bestehende und zu schaffende Rahmenbedingungen

Die beiden Träger planen und betreiben das Rechtsrheinische Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrum gemeinsam. Die unentgeltliche Nutzung übertragener städtischer Gebäude wird angestrebt. Alternativ werden die AIDS-Hilfe Köln e. V. und der Junkie-Bund-Köln e. V. Mieter des Projektes und stellen sich gegebenenfalls wechselseitig die Betriebsräume im Rahmen von Untermietverträgen zur Verfügung. Dabei besteht die Verpflichtung für die Kooperationspartner, diese als Einrichtung des Drogenselbsthilfesystems, und zwar als Rechtsrheinisches Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrum im Rahmen des Konzeptes zu betreiben.

Die AIDS-Hilfe Köln e. V. und der Junkie-Bund-Köln e. V. benennen Projektleitungen mit Dienstsitz im Rechtsrheinischen Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrum. Diesen obliegt die Fachaufsicht. Die Dienstaufsicht verbleibt bei den Geschäftsführungen der beiden Vereine.

Grundsätzliche Voraussetzung für die zukünftige Kooperation ist, daß bei allen Veränderungen der bestehenden Rahmenbedingungen die Wahrung der Interessen aller beteiligten Vertragspartner geprüft und berücksichtigt wird.

4. Realisierung der gemeinsamen Planung

Das Projekt wird auf einem geeigneten Gelände im rechtsrheinischen Stadtgebiet angesiedelt. Das Objekt wird von der Stadt Köln den Kooperationspartnern zur Nutzung überlassen (s. Punkt 3). Dazu sind gegebenenfalls bauliche Veränderungen erforderlich.

Die beiteiligten Vereine klären ihre Raumanforderung. Grundsätzlich besteht die Absicht, die bereitgestellten/entstehenden Räumlichkeiten gemeinsam zu nutzen. Näheres regelt ein Raumnutzungsplan.

5. Finanzierung

5.1 Investitionskosten

Sofern seitens der Stadt Köln kein geeignetes Objekt zur Verfügung gestellt werden kann, erfolgt die Finanzierung des Umbaus durch Eigenmittel des Junkie-Bundes-Köln e. V. und der AIDS-Hilfe Köln e. V. sowie durch zu beantragende öffentliche Zuwendungen oder bereits bewilligte Förderungsmittel.

5.2 Betriebskosten

Die Personalkosten werden von den jeweiligen Anstellungsträgern übernommen. Der Anteil der Miet- und Mietnebenkosten orientiert sich an der räumlichen Nutzung. Die sonstigen entstehenden Sachkosten weden von den Trägern der jeweiligen Arbeitsbereiche getragen.

5.3 Konsolidierungsphase

Innerhalb der Konsolidierungsphase werden gemeinsame Strategien und Lösungsmöglichkeiten für anstehende Finanzierungsfragen und eventuell verbleibende Finanzierungslücken erarbeitet.

6. Gemeinsame Verantwortung

Junkie-Bund-Köln e. V. und die AIDS-Hilfe Köln e. V. gehen mit der Realisierung des Drogenselbsthilfezentrums Risiken ein.

Die inhaltliche Arbeit und der Bedarf müssen daher laufend überprüft werden. Diese Überprüfung erfolgt in den dafür geschaffenen oder noch zu schaffenden Gremien (wissenschaftliche Begleitung, Beiräte etc.).

In allen Aufgabenbereichen wird nach dem Kostendeckungsprinzip gearbeitet. Eine Überprüfung der Ausgaben und Einnahmen erfolgt laufend. Zum Ende des Rechnungsjahres legen sich die Kooperationspartner gegenseitig ihre Abrechnung der betreffenden Kostenstellen vor.

Junkie-Bund-Köln e. V. und AIDS-Hilfe Köln e. V. vereinbaren eine gegenseitige Risikoabsicherung für die jeweiligen Arbeitsbereiche. Um dieses Risiko abzusichern, werden Betriebsmittelrücklagen gebildet. Diesen Betriebsmittelrücklagen werden evtl. Erträge aus gemeinsam eingeworbenen oder zweckgebundenen Spenden (gegebenenfalls auch Erbschaften) zugeführt. Über die Ausgestaltung und Speisung dieser Rücklagen werden die zuständigen Gremien weitere Vorschläge erarbeiten. Die Höhe der Betriebsmittelrücklagen wird jährlich überprüft, Überschüsse werden gegebenenfalls in Rücklagen für neue (weitere gemeinsame) Projekte übertragen.

7. Form der Kooperation

Die Kooperation bei der Realisierung des Rechtsrheinischen Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrums wird von beiden Vereinen und deren Entscheidungsträgern gewünscht. Die Kooperation und deren Ausgestaltung ist ein Prozeß. Die beiden beteiligten Vereine stellen für die Weiterentwicklung der Kooperation angemessene personelle Kapazitäten zur Verfügung.

7.1 Gremien

Derzeit existiert ein Gremium: das Gremium für die konzeptionelle Entwicklung und Umsetzung des Rechtsrheinischen Drogen- und Gesundheitsselbsthilfezentrums. Die Vorstände beider Vereine tragen dafür Sorge, daß sie entsprechend ihren jeweiligen Satzungen in diesem Gremium rechtswirksam verreten sind. Die Vorstände erkennen damit die Kompetenz des Gremiums an und gestalten es handlungsfähig. Für die Zusammenarbeit zur Umsetzung der oben genannten Schritte und Ziele erarbeitet dieses Gremium die konzeptionellen Grundlagen. Die VertreterInnen sorgen für Rückkoppelung mit ihren Vereinen und holen, falls erforderlich, die Zustimmung des Gremiums ein.

7.2 Inhaltliche und räumliche Zusammenarbeit

Die Vereine werden über die gemeinsame räumliche Nutzung und Betreibung des Projektes hinaus im Sinne von Gemeinwesen- und Öffentlichkeitsarbeit zusammenarbeiten. Konzepte zur gegenseiteigen und gemeinsamen Nutzung von räumlichen und personellen Ressourcen für Veranstaltungen und andere Projekte werden gemeinsam erarbeitet.

Bezüglich der Nutzung der öffentlich zugänglichen Räume des Projektes, bspw. bei Veranstaltungen, soll der Situation der drogengebrauchenden Menschen grundsätzlich Rechnung getragen werden.

7.3 Problemlösung im laufenden Betrieb

Für die Lösung von Problemen und Konflikten, die nicht durch die direkt beteiligten MitarbeiterInnen gelöst werden können, sind im ersten Schritt von Seiten der AIDS-Hilfe Köln e. V. und dem Junkie-Bund-Köln e. V. die den Geschäftsräumen unterstell-

ten Projektleitungen des Zentrums zuständig. Für den Fall, daß hier keine Lösung erzielt werden kann, fällt die Zuständigkeit auf die Ebene der Geschäftsführungen von AIDS-Hilfe Köln e. V. und Junkie-Bund-Köln e. V. Im Falle eines unvereinbaren Konfliktes soll eine Lösung durch Hinzuziehung einer neutralen Schiedsinstanz, bspw. des gemeinsamen Landesverbandes AIDS-Hilfe NRW e. V. angestrebt werden.

8. Beendigung der Kooperation

Die Kooperation ist im Grundsatz auf Dauer angelegt. Die gemeinsame Betreibung des Rechtsrheinischen Drogen- und Gesunheitsselbsthilfezentrums erfolgt bedarfsentsprechend, d. h. es erfolgt regelmäßig eine Überprüfung der Bedarfslage in der Stadt Köln. Für jeden Kooperationspartner besteht die Möglichkeit der Kündigung aus wichtigen Gründen. Hierfür wird eine Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende des Haushaltsjahres vereinbart, um dem anderen Partner die Möglichkeit zur Umorganisation mit dem Ziel des Erhalts des Projekts einzuräumen.

9. Zeitplan

Für die Umsetzung wird folgender Zeitplan festgelegt:
Bis zum Frühsommer 1998 soll das inhaltliche Konzept vorliegen.
Bis zum Spätsommer 1998 soll der Raumnutzungsplan vorliegen.
Bis zum Frühjahr 1999 klären die Vereine die jeweiligen Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten ihrer Anteile.
Bis zum Sommer 1999 soll die verwaltungsinterne Prüfung der vertraglichen Bedingungen (Trägervertrag) von seiten der Stadt Köln abgeschlossen sein.
Bis zum Sommer 1999 soll die Finanzierungsplanung für das Gesamtprojekt erstellt sein.

Workshop III: Auf den Strich gekommen – Gesundheitsförderung für drogenabhängige Frauen

Moderation: Cori Tigges, AIDS-Hilfe Wuppertal,
Mara Seibert, Frauenreferat DAH

Ziele des Workshops

Die übergeordnete Fragestellung des Workshops lautete: „Auf der Suche nach dem Profil von AIDS-Hilfe-Arbeit im Drogenbereich – AIDS-Hilfen als Billiganbieter oder als Anbieter innovativer Kooperationsmodelle?" Dabei sollte am Projekt der AIDS-Hilfe Bielefeld zur Gesundheitsförderung drogengebrauchender Frauen Kriterien erarbeitet werden, die notwendig sind, um die Zielgruppe zu erreichen. Im Anschluß daran sollten Qualitätsstandards für diese Arbeit entwickelt und im Plenum vorgestellt werden.

Durch Krankheit der Referentin mußte der Workshop kurzfristig anders konzipiert werden. Dies war vor allem vor dem Hintergrund wichtig, daß dies das einzige Angebot während der Präventionskonferenz zum Thema Gesundheitsförderung für drogengebrauchende Frauen war.

Teilnehmerinnen

Alle sieben teilnehmenden Frauen arbeiten in Drogeneinreichtungen bzw. AIDS-Hilfen mit dem Arbeitsschwerpunkt Drogen.

Workshopinhalte

Ausgehend vom Versuch, Drogeneinrichtungen zu nennen, die einen geschlechtsspezifischen und gesundheitsfördernden Ansatz haben, stellten die Teilnehmerinnen fest, daß es in Deutschland fast keine derartigen Angebote gibt. Daraus entwickelte sich eine Diskussion um die folgenden Probleme frauenspezifischer Einrichtungen:

- **Legitimation des Projektes**
  Projekte mit einem frauenspezifischen Ansatz müssen anders als gemischtgeschlechtliche Einrichtungen ihre Arbeit ständig legitimieren. Sie müssen hervorstellen, daß es für drogengebrauchende Fraue einen gewissen Schutz bedeutet, einen männerfreien Raum zu haben, um sich vom Alltag erholen zu können.

- Erreichbarkeit der Zielgruppen
  Gleichzeitig stehen die Mitarbeiterinnen solcher Projekte vor dem Problem, die Zielgruppe zu erreichen, denn diese ist im Alltag auf Männer angewiesen bzw. definieren sich viele Frauen über (ihre) Männer. So fällt es den Frauen oft schwer, sich aus der Szene zu begeben, um ein frauenspezifisches Angebot zu nutzen.

  In diesem Zusammenhang wurden auch Projekte kritisiert, die zwar einerseits einen frauenspezifischen Ansatz haben, andererseits aber die Lebenswirklichkeit der Frauen nicht berücksichtigen. Wenn sich viele Frauen über Männer definieren, bedeutet das, daß der Ansatz solcher Projekte dies als Realität wahrnehmen muß, so die Meinung der Teilnehmerinnen.

Darüberhinaus sollten Kriterien und Standards für eine Gesundheitsförderung drogengebrauchender Frauen entwickelt werden. Eine sehr grundsätzliche Diskussion erbrachte die folgenden Ergebnisse:

Ausgangspunkt war der Gesundheitsbegriff der WHO: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß der Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können..." Die Teilnehmerinnen des Workshops stellten fest, daß dies auf Frauen im allgemeinen und im besonderen auf drogengebrauchende Sexarbeiterinnen (also Frauen, die zur Drogenbeschaffung anschaffen gehen) schon gar nicht zutrifft. Vielmehr werden Frauen Grundrechte verweigert wie z.B.:

- die Lust auf Sex und Rausch
- das Recht auf Arbeit und Wohnung
- das Führen eines eigenen Lebens.

Somit fehlt diesen Frauen das Recht auf Menschenwürde und auf körperliche Unversehrtheit. Als Beispiel hierfür wurde der gesellschaftliche Umgang mit Vergewaltigung genannt. Vergewaltigung ist ein Straftatbestand, der aber, sobald es zu einer Verhandlung gegen den Vergewaltiger kommt, aufgeweicht wird, indem der Lebenskontext der Frau zum Tatbestand wird.

Resümee

Die Diskussionen während des Workshops waren sehr intensiv. Es wurden keine Modelle für eine gelungene gesundheitsfördernde Arbeit für drogengebrauchende Frauen entwickelt. Vielmehr ging es darum, ein Bewußtsein über die Situation dieser Frauen zu schaffen und darüber mit allen TeilnehmerInnen der Präventionskonferenz in einen Dialog zu treten.

Mara Seibert/Cori Tigges

Workshop IV: Risiken der HIV-Infektion bei i.v. Drogenkonsumenten

Eine empirische Bestandsaufnahme und Kritik des gängigen Risikofaktoren-Modells

Anand Pant, Freie Universität Berlin

Deshalb ohne wenn und aber: Needle-Sharing: ›nein danke!‹[1]
Das größte Risiko besteht beim Needle-Sharing.[2]

Die obenstehenden Zitate aus aktuellen Informationsbroschüren der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. spiegeln wider, was bis heute zentraler Bestandteil jeder verhaltensorientierten Präventionsbotschaft für Spritzdrogenkonsumenten und -konsumentinnen ist: die Vermeidung des gemeinsamen Benutzens von Spritzkanülen und Nadeln beim intravenösen Drogengebrauch (›Needle-Sharing‹). Bereits kurz nach Auftreten der ersten AIDS-Fälle in der Gruppe der intravenös Drogen Konsumierenden im Jahre 1981 galt das Needle-Sharing als *der* infektiologisch relevante Übertragungsweg für das – damals noch nicht nachweisbare – HI-Virus in dieser Hauptbetroffenengruppe.[3] Im Vergleich dazu wurde und wird bis heute bei Drogenkonsumenten dem ungeschützten Sexualverkehr eine nachgeordnete Rolle bei der HIV-Transmission zugemessen.[4]

Was also infektiologisch von Beginn an als evident galt – Needle-Sharing als Übertragungsweg für HIV –, wurde präventionslogisch umgehend als Risikoverhalten etikettiert. Seit Mitte der 80er Jahre wurde daher von Befürwortern einer Schadensbegrenzungsstrategie (*harm reduction*) in aufwendigen personalkommunikativen Kampagnen durch Information und Aufklärung auf eine Vermeidung dieses Risikoverhaltens abgezielt und gleichzeitig – gegen zum Teil massiven politischen, juristischen und publizistischen Widerstand – auf eine verbesserte Verfügbarkeit von sterilen Spritzbestecken hingearbeitet (für einen historischen Überblick siehe Stöver 1995[5] sowie Pant & Soellner 1997[6]).

Epidemiologische Forschung zu den Risiken einer HIV-Infektion in der Gruppe der i.v. Drogenkonsumenten wurde in der Bundesrepublik Deutschland seit Mitte der 80er Jahre – bereits unmittelbar nach Verfügbarkeit des Antikörpertests – durchgeführt.[7] Ihr kam einerseits die Aufgabe zu, die Verbreitung von HIV in der Spritzdrogen konsumierenden Population und das Ausmaß des Risikoverhaltens – auch im Zeitverlauf – zu quantifizieren und andererseits weitere Risikofaktoren neben dem Needle-Sharing empirisch dingfest zu machen. Erhofft wurde, aus der statistischen Identifizierung von mit HIV korrelierenden Merkmalen wichtige Hinweise für zielgenauere Interventionsstrategien bei genau umschriebenen Teilgruppen (›Risiko-Gruppen‹) bzw. Verhaltensweisen ableiten zu können.

Stillschweigend wurde dabei vorausgesetzt, daß das infektiologische Modell mit Needle-Sharing als Hauptrisiko in den epidemiologischen Daten Bestätigung finden würde; interessant erschien nur noch, in welcher Höhe sich der Zusammenhang zwischen Nadeltausch und HIV-Status nachweisen ließe.

Der folgende Abschnitt wird dokumentieren, daß Ergebnisse epidemiologischer Forschung ab den 90er Jahren diese Erwartung überraschenderweise weder für bundesdeutsche noch für viele Drogenszenen im Ausland eindeutig bestätigen können. Im Anschluß wird nach Erklärungsmomenten für die sich ergebenden Widersprüche zwischen infektiologischem Wissen und epidemiologischen Daten gesucht und diskutiert, welche Schlüsse daraus für Präventionshandeln abgeleitet werden können und welche Fehlschlüsse – insbesondere im Hinblick auf die Diskussion um neue Wege in der AIDS-Therapie – vermieden werden sollten.

Needle-Sharing: Risikofaktor oder nicht?

Methodische Voraussetzungen für Risikofaktoren-Studien: Um die epidemiologische Antwort auf diese Frage angemessen bewerten zu können, bedarf es zunächst einer begrifflichen Klärung der Konzepte ›Needle-Sharing‹ und ›Risikofaktor‹. Der aus dem Amerikanischen übernommene Terminus des Needle-Sharing bleibt hinsichtlich des infektionsrelevanten Geschehens relativ unpräzise,[8] da er den interaktiven Aspekt des Tauschens betont, als individuell zurechenbares Risikoverhalten aber nur der Aspekt des unsterilen Injizierens – also das Verhalten des Rezipienten – von Interesse erscheint. Aus diesem Grund definieren die meisten epidemiologischen Untersuchungen als Risikofaktor für eine HIV-Infektion die Frage, ob und wie häufig Drogeneinnahme mit einer von einem oder mehreren anderen Drogengebrauchern zuvor benutzten Spritze oder Nadel erfolgt ist.

Als Risikofaktor wird ein Merkmal oder Verhalten in der Epidemiologie dann bezeichnet, wenn man annehmen kann, daß es die Wahrscheinlichkeit, eine definierte Krankheit oder einen Wechsel des Gesundheitsstatus zu entwickeln, maßgeblich beeinflußt.[9] In der Untersuchungspraxis bedeutet dies:

- Das Merkmal muß statistisch mit dem Auftreten der Krankheit in Verbindung stehen, d.h. die Auftretenshäufigkeit der Krankheit verändert sich mit der Ausprägung des Risikofaktors;
- das Vorliegen des Risikofaktors muß dem Auftreten der Krankheit zeitlich vorausgehen; und
- ein festgestellter Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Vorkommen der Krankheit darf nicht ausschließlich über die Wirkung eines oder mehrerer dritter Faktoren bzw. anderer Fehlerquellen in der Untersuchungsanlage erklärbar sein.[10]

Als Maß für die Stärke des Zusammenhangs zwischen Risikofaktor und Erkrankung wird in epidemiologischen (Querschnitts-)Studien sehr häufig die Odds Ratio (OR) verwandt. Eine Odds Ratio nimmt den Wert eins an, wenn empirisch kein Zusammenhang besteht, das betrachtete Verhalten oder Merkmal also keinen Risikofaktor darstellt.[a]

Für das Verständnis einer epidemiologischen Risikokonzeption ist es entscheidend im Auge zu behalten, daß ein Merkmal oder Verhalten nur dann als Risikofaktor nachweisbar ist, wenn sich die Erkranktenraten in den beiden Gruppen mit bzw. ohne Risikovehalten deutlich voneinander unterscheiden. Während das infektiologische Modell also ein ursächliches (›genetisches‹) Verständnis von Risiko aufweist, ist es bei epidemiologischen Modellen ein statistisches.[b]

Das zentrale methodische Problem für Risikofaktoren-Analysen im Drogenbereich besteht darin sicherzustellen, daß das Risikoverhalten so gemessen wird, daß man mit gutem Grund annehmen kann, daß es – wie oben gefordert – der HIV-Infektion tatsächlich zeitlich vorausging. In der idealen Untersuchung würden Fixer und Fixerinnen mit ›vollem Drogenalltag‹ in bestimmten Zeitabständen mehrfach zu ihrem Risikoverhalten befragt und auf HIV-Antikörper getestet werden. Bei solchen Inzidenz- oder Serokonversionsstudien kann mit hoher Plausibilität davon ausgegangen werden, daß ein festgestellter Zusammenhang zwischen unsterilem Injizieren und dem Auftreten von Neuinfektionen im Beobachtungszeitraum ein aktuelles Infektionsrisiko quantitativ zutreffend abbildet. Dennoch sind solche Studiendesigns forschungspraktisch mit vertretbarem Aufwand kaum durchführbar.[11,12,13]

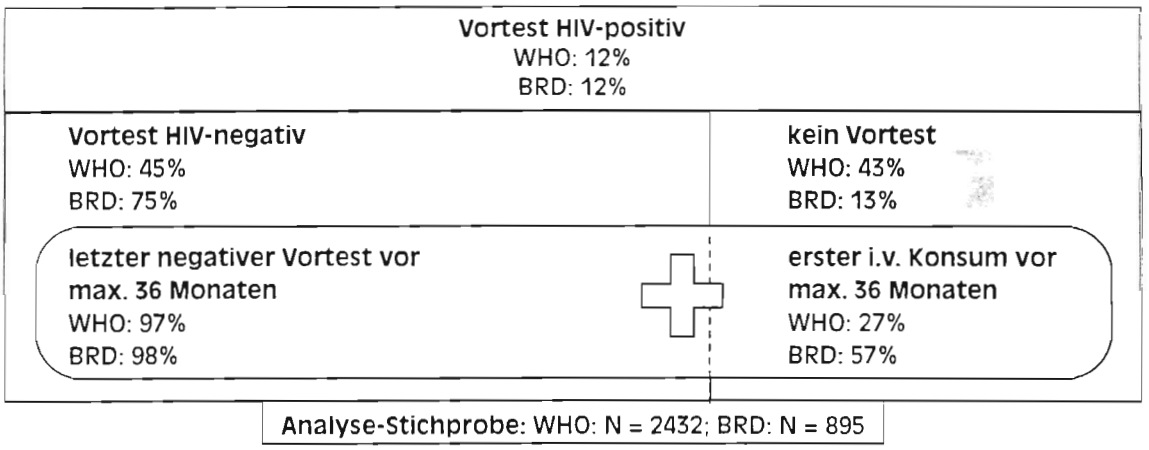
Fast alle Risikostudien sind daher Querschnittserhebungen,[11] in denen i.v.-Drogenkonsumenten simultan auf HIV-Antikörper getestet werden und rückschauend angeben sollen, ob und wie häufig sie riskantes Verhalten in einem definierten Zeitraum (zumeist die letzten sechs Monate vor dem Interview) ausgeübt haben. Es läßt sich zeigen, daß Spritzdrogengebraucher gut in der Lage sind, für solche Zeiträume riskante Verhaltensweisen zutreffend zu erinnern.[14,15,16]

Internationale Vergleichsstudien zeigen nun, daß i.v.Drogengebraucher, die aufgrund von früheren Testungen bereits wußten, daß sie HIV-infiziert sind, daraufhin ihr Verhalten im Sinne einer besseren Infektionsprophylaxe verändert haben.[17] Würde man diese Gruppe in eine Risikofaktoren-Analyse einbeziehen, wären für sie die Verhaltensdaten evtl. nicht mehr Prädiktoren des Infektionsrisikos, sondern Indikatoren von Verhaltensänderungen aufgrund der Testkenntnis. Um nicht auf diese Weise die statistischen Analysen zu ›verrauschen‹, werden i.d.R. nur Personen, die bisher negative oder gar keine Vortestungen angeben, in Risikoberechnungen einbezogen.[18,13,19]

Um darüber hinaus den Zeitraum der Infektion näherungsweise einzugrenzen, werden in den hier vorgestellten Auswertungen nur Spritzdrogenkonsumenten betrachtet, deren letzter negativer Test höchstens 36 Monate zurücklag , sowie Fixer, die bisher keinen Test durchführen ließen, aber höchstens seit 36 Monaten Drogen intravenös einnahmen (s.Abb.1). Die in dieser Analysestichprobe auftretenden HIV-Infektionen sind dann fast ausnahmslos in diesem Zeitraum von 36 Monaten vor dem Interview aufgetreten. Für sinnvolle Risikoanalysen muß dann lediglich vorausgesetzt werden, daß das für die zurückliegenden sechs Monate erfragte Risikoverhalten ›repräsentativ‹ für das Verhalten unmittelbar vor der Infektion ist.

Ergebnisse deutscher und internationaler Studien: Unter aktiven Spritzdrogengebrauchern aus Berlin, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein, die zwischen 1990 und 1993 im Rahmen einer vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag ge-

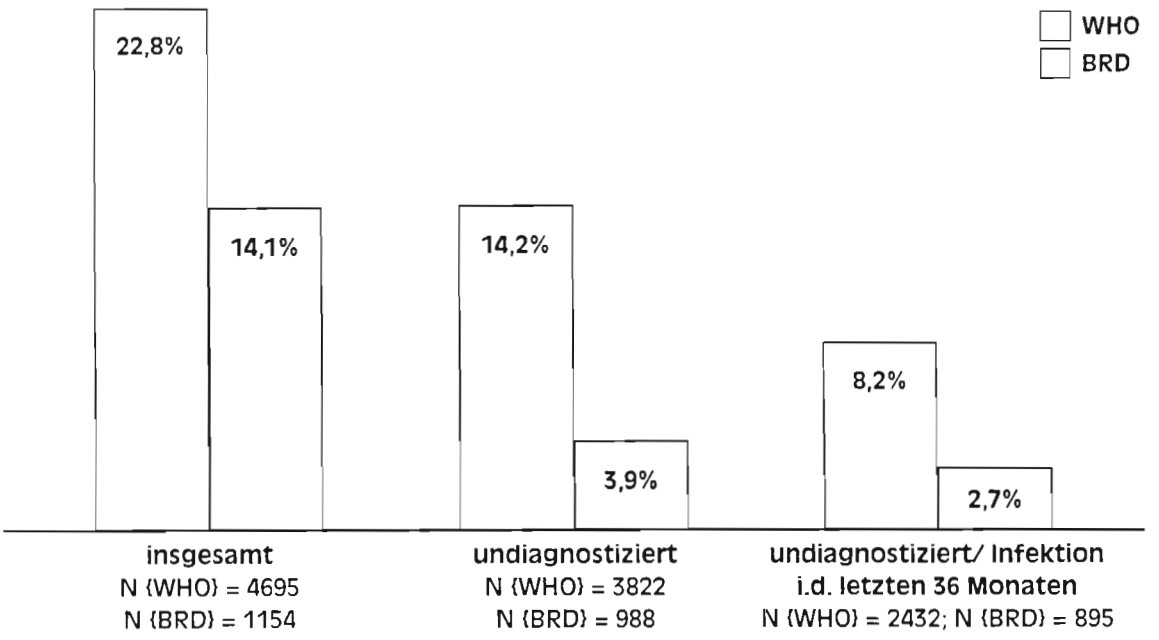
Abb. 1: Definition der Stichprobe für die Risikofaktoren-Analyse
WHO=Multi City Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection[20]; BRD=HIV-Needle-Sharing-Sex-Studie[13]



gebenen Studie untersucht wurden, waren insgesamt 14,5% mit HIV infiziert; schließt man die Befragten mit bereits vor dem Interview bekannter HIV-Infektion aus, beträgt die Rate bisher undiagnostizierter Infektionen 4%. In der Stichprobe schließlich, die nach den im letzten Abschnitt angegebenen Kriterien für die Risikofaktoren-Analyse eingegrenzt wurde, wiesen noch 2,7% (24/895) eine bisher unentdeckte, in der Mehrzahl[c] innerhalb des letzten Jahres vor dem Interview akquirierte HIV-Infektion auf (s. Abb.2). In jeder Teilstichprobe gaben 44% der Drogengebraucher an, im Halbjahr vor dem Interview unsteril injiziert zu haben.

Das in der Tat zunächst überraschende Ergebnis ist, daß in der zuletzt genannten Stichprobe die HIV-Infektionsrate für Fixer, die unsteril injiziert haben, mit 3% nur unwesentlich über der für Konsumenten liegt, die stets sterile Spritzbestecke verwen-

Abb. 2: HIV-Antikörper Prävalenzen in verschiedenen Teilstichproben der WHO-Studie und der bundesdeutschen Studie (Kleiber & Pant 1996)



det haben (2,4%). Vom epidemiologischen Standpunkt aus würde man bei der daraus resultierenden Odds Ratio (OR=1,28;95%-Konfidenzintervall[d]: 0,52–3,15) konsequenterweise schließen, daß Needle-Sharing, wie es hier definiert wurde, kein bedeutsamer Risikofaktor für eine HIV-Infektion in bundesdeutschen Drogenszenen zu Beginn der 90er Jahre war.

Um zu überprüfen, inwieweit Spezifika der bundesdeutschen Stichprobe bzw. Untersuchungsmethode für ein solches Ergebnis verantwortlich sind, wurden zum Vergleich die Daten einer multizentrischen Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO)[e] analysiert, die ebenfalls zu Beginn der 90er Jahre in 12 Drogenzentren der Welt parallel durchgeführt wurde.[20] Ein einheitliches Studienprotokoll gewährleistete dabei, daß in allen Zentren ein (nahezu) identisches Erhebungsinstrument eingesetzt wurde und der Zugang sowohl über Therapieeinrichtungen als auch über die ›offene‹ Drogenszene erfolgte.

Neben Städten mit niedriger HIV-Prävalenz in der Fixerpopulation (≤5%: Athen, Glasgow, Sydney, Toronto) waren auch Drogenszenen mittlerer (≤20%: Berlin, London, Rom) und hoher HIV-Raten vertreten (>30%: Bangkok, Madrid, New York, Rio de Janeiro/Santos) vertreten (vgl. Tab. 1). Die Vorkommenshäufigkeit aktuellen unsterilen Injektionsverhaltens (wie oben definiert) variierte dagegen kaum zwischen den Zentren und lag insgesamt bei 42%.

Schränkt man für die Risikofaktoren-Analyse die Stichproben wie oben ausgeführt ein,[f] so reduziert sich deren Umfang für einige Städte erheblich, vor allem für die Zentren, in denen der Anteil älterer Drogenkonsumenten ohne Vortestung sehr hoch liegt (Bangkok, New York).

Im dem so definierten Gesamtkollektiv (N=2432) liegt die Rate zuvor undiagnostizierter HIV-Infektionen bei 8,2%, d.h. genau 200 aktive Spritzdrogengebraucher wußten zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht, daß sie sich innerhalb der letzten 36

Tab. 1: Gesamtstichprobe der WHO-Studie Drug Injecting and Risk of HIV Infection (World Health Organization 1994)

Zentrum	N	HIV-Prävalenz %	unsteriles Injizieren (letzte 6 Monate) %
Athen	400	1	49
Bangkok	601	34	54
Berlin	380	16	50
Glasgow	503	2	43
London	534	13	34
Madrid	472	60	45
New York	1.478	48	43
Rio de Janeiro	699	52	38
Sydney	487	20	19
Rom	424	2	42
Toronto	458	5	44
total	6.436	23	42

Tab. 2: Stichprobe der Risikofaktoren-Analyse in der WHO-Studie Drug Injecting and Risk of HIV Infection (World Health Organization 1994)

Zentrum	N	Prävalenz undiagnostischer HIV-Infektion der letzten 36 Monate %	unsteriles Injizieren (letzte 6 Monate) %	Odds Ratio für unsteriles Injizieren %	95 %-Konfidenzintervall
Athen	235	0	50	–	–
Bangkok	261	15	53	2.48	(1.12-2.48)
Berlin	281	4	52	1.33	(0.35-5.44)
Glasgow	286	0	45	–	–
London	247	10	31	1.37	(0.50-3.52)
Madrid	56	41	43	1.41	(0.42-4.72)
New York	208	28	42	0.51	(0.25-1.02)
Rio de Janeiro	128	27	30	3.48	(1.39-8.62)
Rom	126	4	21	0.96	(0.02-10.28)
Sydney	314	<1	44	–	–
Toronto	290	2	40	1.00	(0.08-8.87)
total	2432	8	43	1.35*	(0.97-1.89)

* *Mantel-Haenszel-Odds Ratio ohne Athen und Glasgow*

Monate mit HIV infiziert hatten. Auch hier ergeben sich je nach Metropole erhebliche Unterschiede. So traten in der Athener und der Glasgower Stichprobe für diese Zeitspanne gar keine Neuinfektionen auf, während die Rate in Madrid (bei einer allerdings sehr kleinen Basis von N=56) 41% betrug (vgl. Tab. 2).

Für die Frage, ob unsteriles Injizieren im epidemiologischen Sinne als Risikofaktor einer HIV-Infektion zu gelten hat oder nicht, zeigt sich jedenfalls in der weltweiten Stichprobe das gleiche wie in der bundesdeutschen: Bei einer Odds Ratio[8] von 1,35 (95%-KI: 0,97–1,89) kann keinesfalls von einem klaren Zusammenhang zwischen Risikoverhalten und Akquisition einer HIV-Infektion gesprochen werden.

Ein Blick auf die Verhältnisse in den einzelnen Studienorten (Tab. 2) zeigt, daß sich lediglich in Rio de Janeiro und Bangkok ein erkennbares Risiko durch unsteriles Spritzen abzeichnet, während in den anderen Zentren die Rate zuvor undiagnostizierter Neuinfektionen nicht vom Spritzhygieneverhalten beeinflußt zu sein scheint.

Das Phänomen eines fehlenden epidemiologischen Nachweises von unsterilem Injizieren als Risikofaktor für eine HIV-Infektion in der Population der aktiven i.v.-Drogenkonsumenten zu Beginn der 90er Jahre scheint demnach nicht nur ein ›deutsches‹ Problem zu sein. Was sind nun die möglichen Erklärungsansätze für dieses unerwartete Resultat?

Erklärungsansätze für ausbleibende epidemiologische Zusammenhänge:

Grundannahme für alle in Betracht kommenden Erklärungsansätze bleibt, daß das infektiologische Modell Gültigkeit besitzt, d.h. die aufgetretenen Infektionen sind in praktisch allen Fällen auf den intravenösen Modus der Drogenapplikation oder einen sexuellen Übertragungsweg zurückzuführen[h]. Weiterhin wird davon ausgegangen, daß die Interviewangaben zum Risikoverhalten und der Vorgeschichte bisheriger HIV-Antikörpertestungen zwar im Einzelfall unzutreffend sein können, nicht jedoch systematisch verzerrt sind.

Auf diesem Hintergrund ist es sinnvoll, sich das epidemiologisch-statistische Risikomaß der Odds Ratio nochmals vor Augen zu führen. Ein fehlender statistischer Zusammenhang ist in unserem Fall dann zu erwarten, wenn entweder

A unerwartet viele Befragte aus der *nicht* risikoexponierten Gruppe (d.h. ohne unsterile Injektionen) trotzdem mit HIV infiziert sind, oder wenn
B unerwartet viele Befragte aus der risikoexponierten Gruppe (unsteril Injizierende) *keine* HIV-Infektion aufweisen (vgl. Abb. 3) bzw. wenn beides (**A** und **B**) eintritt.

Es ist mit anderen Worten nach Antworten für folgende zwei Fragen zu suchen:
A Wie lassen sich die 107 neuen Infektionen (WHO-Daten) in der Gruppe derjenigen erklären, die angeben, immer nur eigene Nadeln und Spritzen verwendet zu haben?
B Wieso sind andererseits 91% von einer Infektion verschont geblieben, obwohl sie mit unsterilen Spritzbestecken injiziert haben?

Abb. 3: Theoretische Häufigkeitsverteilung und mögliche Erklärungsansätze für den ausbleibenden epidemiologischen Zusammenhang zwischen unsterilem Injizieren und HIV-Infektion

	HIV+	HIV–
unsteril injiziert (Risikoexposition)	erwartungsgemäß a	unerwartet häufig b
nur steril injiziert (keine Risikoexposition)	unerwartet häufig c	erwartungsgemäß d

Erklärungsansätze (A):
- sexuelles Risiko
- unvalide Erfassung des Drogenrisikos

Erklärungsansätze (B):
- niedrige Umgebungsprävalenz
- effektives Risikomanagement
- (psycho-) immunologische Kofaktoren

Anmerkung:

$$\text{Odds Ratio} = \frac{a \div b}{c \div d}$$

Im folgenden sollen die möglichen Erklärungsansätze systematisch anhand der vorhandenen Daten und weiterer Literaturquellen bewertet werden.

Erklärungsansatz A1: Sexuelles Risiko

Für Frage (A) bietet sich zunächst die naheliegende Möglichkeit an, daß es sich um sexuell übertragene Infektionen handeln könnte. Diese Annahme findet jedoch weder in den WHO- noch den bundesdeutschen Daten[13] irgendeine Bestätigung: Weder bei den Indikatoren für aktuelles Kondombenutzungsverhalten noch der Zahl der Sexualpartner ergeben sich statistische Zusammenhänge mit einer HIV-Serokonversion in der erwarteten Richtung.

Dennoch ist es plausibel anzunehmen, daß ein erheblicher Teil der zuvor undiagnostizierten Infektionen bei Nicht-Needle-Sharern auf sexuellem Wege übertragen wurde. Bei 75% (80/107) der Neuinfizierten ohne Nadeltauschrisiko kam es im fraglichen Zeitraum nach eigenen Angaben zu sexuellen Risikosituationen (ungeschützter Vaginal- oder Analverkehr).

Daß statistisch dennoch kein Zusammenhang besteht, liegt daran, daß das betreffende Verhalten eben auch bei den Nichtinfizierten in ähnlich hohem Ausmaß anzutreffen ist.

Erklärungsansatz A2: Keine valide (d.h. zu stark eingeschränkte) Erfassung des drogenbezogenen Übertragungsrisikos

Eine methodisch begründete Erklärung für den fehlenden Zusammenhang könnte sein, daß das drogenbezogene Infektionsrisiko in den meisten Untersuchungen falsch bzw. unvollständig und daher nicht valide erhoben wird. Die Frage, ob mit einer unsterilen Nadel oder Spritze injiziert wurde, vernachlässigt systematisch die Möglichkeit einer Übertragung durch gemeinsame Benutzung anderer Utensilien der Drogenzubereitung wie Löffel, Filter oder Wassergläser.[21] Hinzu kommt als potentieller Transmissionsweg das sogenannte Drug-Sharing. Dabei kommt es zu Handlungsabfolgen, in deren Verlauf zwar alle Beteiligten zur Injektion ihre eigene (sterile) Spritze verwenden, die Gesamtmenge der Injektionslösung aber mehrere Spritzen durchläuft (sog. Front- oder Backloading[22,23]).

Leider wurden entsprechende Verhaltensdaten weder in der bundesdeutschen noch in der WHO-Studie erhoben. In einer englischen Studie wurde bei einem Viertel der Nicht-Needle-Sharer ein potentiell infektionsrelevantes Drogen-Sharing festgestellt;[24] die spärlichen empirischen Belege, ob damit ein substantielles HIV-Risiko einhergeht, widersprechen sich jedoch derzeit noch.[25,26]

Aber selbst wenn man das Risiko für eine HIV-Infektion durch Drogen-Sharing etwa gleich hoch ansetzte wie das für unsteriles Injizieren und davon ausginge, daß dieses Risikoverhalten von einem Viertel der Nicht-Needle-Sharer ausgeübt wurde, so ergäben sich insgesamt für ein drogenbezogenes Risiko kaum nennenswerte Änderungen in der Odds Ratio.

Wenden wir uns deshalb den Erklärungsansätzen für Frage B zu, wieso unter den unsteril Injizierenden nahzu ebensoviele nicht mit HIV infiziert sind wie unter den steril Injizierenden.

Erklärungsansatz B1: Niedrige Umgebungsprävalenz

Banalerweise stellt unsteriles Injizieren nicht *per se* einen Risikofaktor für eine HIV-Infektion dar, sondern nur dann, wenn HIV auch in der lokalen Population potentieller Tauschpartner bereits in substantiellem Ausmaß verbreitet ist. (Augenscheinlich wird die Banalität dieser Aussage, stellt man sich das HIV-Risiko für Needle-Sharer im Jahre 1970 oder in einem Land mit der Prävalenzrate 0% vor.)

Tatsächlich zeigt sich in den WHO-Daten, daß die drei Zentren mit den höchsten Odds Ratios für das HIV-Risiko durch unsteriles Injizieren (Rio, Bangkok, Madrid) auch mit die höchsten HIV-Prävalenzen insgesamt und die höchsten Raten bisher undiagnostizierter, inzidenter HIV-Infektionen aufweisen. Mit anderen Worten: Unsteriles Injizieren ist empirisch nur dort als Risikofaktor nachweisbar, wo Drogenszenen bereits stark von der HIV-Epidemie betroffen sind und wo die Ausbreitung auch aktuell noch dynamisch verläuft.[1]

Welche möglichen Konsequenzen sich aus diesem scheinbar banalen Zusammenhang für die Angemessenheit verhaltensorientierter Präventionskonzepte ergeben, soll weiter unten diskutiert werden.

Erklärungsansatz B2: Effektive Risikomanagement-Strategien

Risikomanagement-Strategie bezeichnet hier die Gesamtheit individueller Anstrengungen, die ein Spritzdrogenkonsument unternimmt, um das eigene HIV-Infektionsrisiko zu verringern. Das Konzept des Risikomanagements geht u.a. davon aus, daß eine effektive Risikominimierung auch ohne die konsequente Vermeidung von Needle-Sharing prinzipiell möglich ist und damit für die Beschreibung der komplexen Alltagsrealität vieler Drogenkonsumenten ein angemesseneres Modell darstellt als die dichotome Unterteilung in Needle-Sharer und Nicht-Needle-Sharer.[27]

Als hauptsächliche Risikomanagement-Strategien bei praktiziertem unsterilen Injizieren gelten eine effektive Desinfektion der unsterilen Spritzen und eine bewußte Tauschpartnerselektion.

In der Tat belegen die WHO-Daten, daß gut 20% der Needle-Sharer angeben, die unsterilen Spritzbestecke vor Gebrauch konsequent und effektiv (d.h. durch langes Auskochen oder Bleichsoda) gereinigt zu haben. In dieser Gruppe weisen 5,5% eine zuvor undiagnostizierte HIV-Infektion auf – und damit sogar weniger als in der Gruppe der Nicht-Sharer (7,7%) –, während unter den Needle-Sharern ohne effektive Reinigungsmaßnahmen genau jeder Zehnte infiziert war, ohne es zu wissen. Vergleicht man aufgrund dieser Risikodifferenzierung nun die Nicht-Needle-Sharer mit den Needle-Sharern ohne eine effektive Desinfektionsstrategie, erhöht sich das epide-

miologische Risikomaß der Odds Ratio zwar nicht schwindelerregend, aber doch erkennbar von 1,35 auf 1,46 (95%KI: 1,03–2,09).

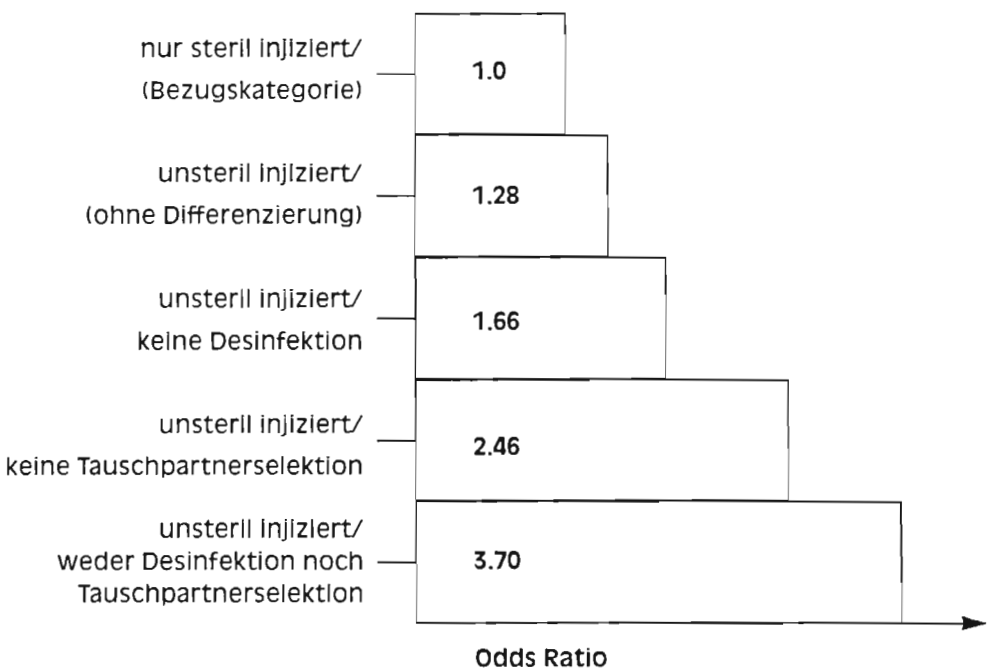
Je nach der lokalen Verfügbarkeit von sterilen Nadeln und der lokalen Propagierung von Desinfektionstechniken zur HIV-Prophylaxe im Untersuchungszeitraum variiert der Anteil von Befragten, die diese Risikomanagement-Strategie anwenden, zwischen den einzelnen Studienzentren stark.

Die zweite Risikomanagement-Strategie der Selektion von Tauschpartnern ist in epidemiologischen Studien bisher nicht differenziert erfaßt worden. Aus qualitativen Feldstudien ist bekannt, daß eine Abschätzung des Serostatus des Sexual- oder Tauschpartners einer Entscheidung zum Needle-Sharing oder ungeschützten Verkehr vorausgehen kann und teilweise gezielt als Risikomanagement-Strategie eingesetzt wird.[27,28,29] Dabei scheint seltener eine explizite Erfragung des Serostatus des Partners oder eine genaue Kenntnis der Sexual- und Needle-Sharing-Vorgeschichte der Entscheidung zu Grunde zu liegen als vielmehr eine intuitive Gesamtabwägung der verfügbaren Informationen.[29]

In der bundesdeutschen Studie gaben 51% der Needle-Sharer an, ›genau darauf zu achten‹ mit wem sie tauschen, bevor sie eine Spritze annehmen. Tatsächlich zeigt sich, daß in dieser Gruppe die Prävalenz undiagnostizierter HIV-Infektionen nur 0,5% beträgt, während in der Gruppe ohne diese Risikomanagement-Strategie 5,7% infiziert waren (OR=11,91; 95%KI: 1,69–515,04).

Vergleicht man für die bundesdeutschen Daten zusammenfassend das HIV-Risiko der Nicht-Needle-Sharer mit dem der Needle-Sharer mit und ohne Risikomanagement-Strategien, ergibt sich eine Effizienz-Hierarchie des Risikomanagements (siehe Abb. 4):

Abb. 4: Risikohierarchie für den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Risikomanagement-Strategien und (undiagnostizierten) HIV-Infektion bei bundesdeutschen i.v.Drogenkonsumenten



Während sich für unsterile Injizierer ohne weitere Spezifizierung wie oben berichtet eine Odds Ratio von 1,28 errechnet, weisen Needle-Sharer ohne effiziente Desinfektionsstrategie ein leicht (OR=1,66) und Needle-Sharer ohne Tauschpartnerselektion ein deutlich erhöhtes (OR=2,46) HIV-Risiko auf. Wird keine der beiden Strategien eingesetzt, erhöht sich das Risiko nochmals fast additiv (OR=3,70).

Unter dem Vorbehalt der kleinen Stichprobengrößen (N=549 bis N=895) legt dieses Ergebnis nahe, daß *de facto* eine effektive Infektionsprophylaxe durch Risikomanagement trotz praktizierten unsicheren Spritzverhaltens epidemiologisch nachweisbar ist.

Auch hieraus ergeben sich diskussionswürdige Konsequenzen für die Bewertung gängiger Präventionsansätze.

Indirekte Bestätigung erfährt die Wirksamkeit von Risikomanagement-Strategien auch durch die übereinstimmenden Ergebnisse unabhängiger bundesdeutscher Studien zum HIV-Risiko in Haftanstalten.[13,30] Dort, wo weder die Verfügbarkeit von sterilen Spritzen noch die Anwendung der anderen genannten Risikomanagement-Strategien in der Regel gegeben sind, wird unsteriles Injizieren auch epidemiologisch zum nachweisbaren Risikofaktor. Das Bild der anonym deponierten ›Stationspumpe‹, die weder eine effektive Desinfektion noch eine realistische Einschätzung des Risikopotentials der Vorbenutzer gestattet, kennzeichnet diesen Risikokontext als besonders effizient für die Übertragung von HIV und anderen Infektionen.

Daß auf der anderen Seite die Strategie der Tausch- und Sexualpartnerselektion auch infektionswirksam scheitern kann, belegt ein weiteres Ergebnis der WHO- wie der deutschen Studie. Jeder zehnte i.v.Drogenkonsument war der Ansicht, daß er Unbekannten eine bestehende HIV-Infektion ansehen könne. Eine derartige Kontrollillusion war sowohl weltweit (OR=1,51; 95%KI: 0,96–2,47) als auch in der Bundesstichprobe (OR=6,65; 95%KI: 2,06-19,84) erkennbar mit dem HIV-Risiko assoziiert.

Erklärungsansatz B3: (Psycho-)immunologische Kofaktoren

Während sich die beiden vorhergehenden Erklärungsansätze mit der Frage befaßten, welche allgemeinen und situativen Kontextbedingungen gegeben sein müssen, damit sich Needle-Sharing nicht in ein deutlich höheres HIV-Risiko umsetzt, versucht eine psychoimmunologische Betrachtungsweise mögliche Risiko- und Protektivfaktoren im Immunzustand zum Zeitpunkt der Virus-Exposition (unsterile Injektion) zu lokalisieren.

Die immunologische Basis für derartige Überlegungen sind neuere Beobachtungen, daß eine niedrige (subinfektiöse) Dosis an HI-Viren zu einer vorübergehenden (transienten) Infektion führen kann, die zwar eine nachweisbare zelluläre Immunreaktion hervorrruft, jedoch nicht zur Antikörperbildung führt. Durch wiederholte Exposition mit subinfektiösen Dosen könnte die zelluläre Immunantwort schließlich so gestärkt werden, daß eine Art Immunschutz resultiert ([31]; für einen Überblick siehe [32]).

Daß subinfektiöse Dosen bzw. irgendwelche Schutzmechanismen realiter beim Needle-Sharing gegeben sein müssen, schließen auch Kaplan und Heimer,[33] die anhand von zurückgegebenen Spritzen in einem Spritzenaustauschprogramm mathematische Modelle der Infektiösität des Needle-Sharings aufgestellt haben. Nach ihren Be-

rechnungen beträgt die Wahrscheinlichkeit der Virustransmission nur 0,7% pro Injektion mit einer HIV-kontaminierten Spritze.

Psychologisch wird der immunologische Ansatz dann, wenn nach den psychischen Bedingungen der Suszeptibilität für eine HIV-Infektion gefragt wird, d.h.unter welchen Bedingungen welche Virusdosis subinfektiös bleibt bzw. zur Infektion führt. Als einer der wichtigsten psychischen Faktoren mit immunmodulierender Wirkung wird akuter und chronischer Stress betrachtet;[34] erste Erklärungsansätze auf molekularer Ebene für eine streßbedingte Erhöhung der Suszeptibilität für HIV wurden bereits entwickelt.[35]

Epidemiologisch lassen sich psychoneuroimmunologische Hypothesen beim derzeitigen Stand der Modellentwicklung kaum sinnvoll prüfen. Dennoch sind in den Daten der bundesdeutschen Studie empirische Zusammenhänge aufgetaucht, die ohne einen theoretischen Rekurs auf solche Modelle kaum erklärt werden können. Bei Needle-Sharern, die gehäuft über das Erleben einer Reihe von Alltagsstressoren[k] im letzten Halbjahr berichteten, lag die Rate undiagnostizierter HIV-Infektionen deutlich über der in der Gruppe, die keine solche Kumulierung von Stressoren aufwies (6,7% gegenüber 1,0%; OR=7,29; 95%KI: 0,98–322,41). Wichtig ist, daß dieser Zusammenhang zwischen Streßlevel und HIV-Infektion auch dann bestehen bleibt, wenn der Einfluß der Nadeltauschhäufigkeit kontrolliert wird, d.h. sowohl in der Teilgruppe der häufig (d.h. mindestens einmal pro Woche) unsteril Injizierenden auftritt als auch bei denjenigen, die dies seltener tun (Mantel-Haenszel OR=6,29; 95%KI: 0,81–141,19). In Übereinstimmung mit den theoretischen Annahmen läßt sich in der Gruppe der Nicht-Needle-Sharer keine Assoziation zwischen Streßlevel und HIV-Infektion nachweisen.

Zuletzt soll im Zusammenhang immunologischer Erklärungsansätze auch noch ein Ergebnis interpretiert werden, das sowohl in den WHO- wie auch den bundesdeutschen Daten hervorsticht. In beiden Studien erweist sich bei Frauen das Merkmal Prostitution als der statistisch gesehen größte Risikofaktor für eine zuvor undiagnostizierte HIV-Infektion, und zwar unabhäbgig von der Frage, ob und wie häufig Needle-Sharing praktiziert wurde.

Fast jede zehnte aktive Prostituierte (8,7%) war in der deutschen Untersuchung mit dem Virus infiziert, ohne dies zu wissen; nur 1,7% betrug die HIV-Rate bei den Frauen, die sich nicht zur Finanzierung des Drogenbedarfs prostituierten (OR= 5,42; 95%KI: 1,44–30,08). In der weltweiten Stichprobe waren 13% der Drogenprostituierten unwissentlich mit HIV infiziert.

Die naheliegende Annahme, daß es sich hier um sexuelle Transmissionen auf dem Drogenstrich handeln könnte, ist dabei empirisch nicht plausibel.[13] Zum einen gibt es epidemiologisch keine Hinweise darauf, daß heterosexuelle Freier in nennenswertem Ausmaß mit HIV infiziert wären; zum anderen weisen Prostituierte als einzige relativ zu andern Fixerinnen hohe Raten konsequenter Kondomverwendung sowohl mit Freiern als auch bei Privatkontakten auf.[4]

Vielmehr zeigt sich, daß Prostitution einen behavioralen Marker für eine hohe Belastetheit mit gesundheitlichen Vorschädigungen (Geschlechtskrankheiten, Hepatiden), ein hohes Niveau an Alltagstressoren und einen insgesamt wesentlich ›härteren‹

Drogenalltag (überdurchschnittlicher injektiver Beigebrauch von Kokain, Barbituraten und Benzodiazepinen) darstellt. Zusammengefaßt erscheint es daher als plausible Annahme, daß bei Drogenprostituierten die Suszeptibilität für eine Infektion mit HIV aus diesen Gründen erhöht ist, auch wenn ein solcher Schluß beim derzeitigen Stand der Forschung letztlich noch spekulativ bleiben muß.

Als Fazit der Erklärungsversuche, warum der infektiologisch begründete Zusammenhang – unsteriles Injizieren als Hauptübertragungsweg einer HIV-Infektion – sich in verfügbaren Datensätzen nicht nachweisen läßt, bleibt: Ein simples epidemiologisches Risikofaktoren-Modell, wie es seit Jahren und bis heute Verwendung findet, kann die Multifaktorialität, Kontext- und Situationsgebundenheit des Infektionsgeschehens in Drogenszenen nur unzureichend abbilden. Nur dann, wenn die Definition des Risikofaktors um kontext- bzw. situationsspezifische Zusatzinformationen erweitert wurde, ließen sich epidemiologische Zusammenhänge auch nachweisen.[1]

Dies ändert aber – und das soll nochmals eindringlich betont werden – nichts an der Gültigkeit des infektiologischen Übertragungsmodells. Neuinfektionen bei Spritzdrogenkonsumenten sind in aller Regel auch heute noch auf den Gebrauch kontaminierter Spritzutensilien zurückzuführen.

Daneben wird zu Recht gegen epidemiologische Risikofaktoren Modelle eingewandt,[36] daß Variablen vollkommen unterschiedlicher theoretischer Provenienz und Ebene (soziodemographische, behaviorale, klinische, immunologische Parameter) in ein und dasselbe statistische Analysemodell gezwängt werden, wo sie um den höchsten Erklärungsbeitrag für das HIV-Risiko konkurrieren müssen. Eine theoretische Integration findet dabei in den seltensten Fällen auch nur ansatzweise statt.

Die aufgezeigten Schwächen des Risikofaktoren-Modells könnten nun als Binnenproblem epidemiologischer Forschung angesehen werden – nicht schön zwar, aber im Großen und Ganzen ohne Konsequenzen für die Präventionspraxis. Gerade die Analyse der Schwächen des simplen Risikofaktorenmodells könnte sich aber als Stärke erweisen, wenn es um Ansätze für die Verbesserung und Erweiterung bestehender Präventionskonzepte geht.

Abschied vom Risikofaktoren-Modell oder Umdenken in der Prävention?

Der zu Beginn dieses Beitrages festgehaltene Widerspruch zwischen der infektiologisch evidenten Aussage (»Unsteriles Injizieren als wichtigster Übertragungsweg«) und dem epidemiologischen Forschungsstand (»Unsteriles Injizieren läßt sich als Risikofaktor nicht nachweisen«) stellt für Präventionshandeln unter der Maßgabe, möglichst widerspruchsfreie Präventionsbotschaften zu entwickeln, in der Tat zunächst ein Dilemma dar.

Die in Deutschland seit Beginn der AIDS-Krise favorisierte Doppelstrategie – Verfügbarmachung von sterilen Spritzbestecken und Verhaltensmodifikation durch klare Botschaften gemäß dem infektiologischen Modell – war mit Sicherheit unabdingbar, um der anfänglich fulminanten Übertragungsdynamik bei gleichzeitig niedrigem Wissensstand in vielen lokalen Drogenszenen Deutschlands zu begegnen.

Die Verbreitung unsterilen Injizierens ist auch als Folge dieser Strategie von anfänglich über 90%[37] über Werte von 65% in 1988 auf ein derzeit stabiles Niveau von 40% dramatisch zurückgegangen[13]. Internationale Vergleichsanalysen legen den Schluß nahe, daß diese Strategie insbesondere in den Ländern erfolgreich war, die sie sehr früh nach dem initialen Eindringen von HIV in die Drogenpopulation zur Wirkung bringen konnten.[38,39] In einigen Drogenzentren der Welt (z.B. Sydney, Glasgow, Toronto) konnte eine HIV-Epidemie auf diese Weise nahezu vollständig verhindert werden.

Zentraler Ansatzpunkt dafür sollte die Frage sein, wie bei Spritzdrogenkonsumenten individuell und gruppenbezogen die Repräsentation des Risikos durch Needle-Sharing erfolgt. Die Zuspitzung von Präventionsbotschaften, daß Needle-Sharing der primäre Risikofaktor einer HIV-Infektion sei (s. Zitate zu Beginn des Beitrages), setzte sich ohne weitere Differenzierung unter den heutigen Kontextbedingungen einer stabilen epidemischen Dynamik und eines hohen Wissensstandes in Widerspruch zum Erfahrungswissen vieler Adressaten dieser Botschaft. In dem Maße, wie die persönliche und durch die Bezugsgruppe vermittelte Erfahrung gemacht wird, daß unsteriles Injizieren, evtl. unter Beachtung individuell erprobter Risikomanagementstrategien, beim nächsten Testergebnis wieder folgenlos bleibt, steht die subjektive Repräsentation des Risikos für viele Drogengebraucher den epidemiologischen Erkenntnissen näher als dem infektiologischen Modell.

Connors[27] konnte in ethnographischen Feldstudien zeigen, daß eine HIV-Infektion nur als ein Risiko unter anderen in subjektive Risikohierarchien eingebunden ist. Needle-Sharing wird ihrer Studie zufolge zwar einerseits als ein Verhalten der Risikovergrößerung (für AIDS) wahrgenommen. Auf der anderen Seite aber wird Needle-Sharing gleichzeitig als Mittel der Risikominimierung angesehen für die oft viel vordringlicher erscheinenden Risiken der Überdosierung, anderer körperlicher Folgen der Einnahme verunreinigter Drogen (›Affe‹) oder der Arrestierung wegen des Besitzes steriler Spritzen. Diese ambivalente Situation begünstigt die Suche nach Risikomanagementstrategien jenseits der Aufgabe des gemeinsamen Spritzbesteckgebrauchs.

Die AIDS-Hilfen in Deutschland haben in den vergangenen Jahren durchaus in ihren Präventionsmedien auf dieses von simplen Modellen abweichende Erfahrungswissen und -handeln ihrer Klientel reagiert. So wird heute auch vor den Gefahren des Drogen-Sharing gewarnt und die thermische Desinfektion als Notlösung bei sterilem Spritzenmangel propagiert.[2] Flankiert werden die individualzentrierten Botschaften durch ein breites Konzept ›struktureller Prävention‹[5], das die rechtlichen und institutionellen Barrieren für einen gesundheitsförderlichen Umgang mit sich selbst abbauen sollen.

Die Lücke präventiver Ansätze klafft genau dort, wo auch die epidemiologischen Modelle an ihre Grenze stoßen: Risiken als Ergebnis individuell zurechenbarer Merkmale oder Verhaltensweisen zu konzipieren oder lediglich auf strukturelle Bedingungen zu verweisen, anstatt sie als sozial konstruierten Prozeß in konkreten Netzwerken zu analysieren.[42] Für Interventionsstrategien bedeutet dies, der Entwicklung von Peer-Involvement-Ansätzen, Kommunikationskompetenzen und anderen Modellen der

Verhaltensänderung durch soziale Beeinflussung mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.[8,43]

Präventiv völlig unzureichend adressiert sind beispielsweise die Fehlwahrnehmungen bei der Tauschpartnerselektion und sich daraus ergebende Kontrollillusionen im Rahmen von Risikomanagementstrategien, die, wie gezeigt, ein epidemiologisch nachweisbarer Risikofaktor für HIV-Infektionen sind.

Zum Schluß soll noch auf eine Entwicklung im AIDS-Bereich kurz eingegangen werden, die bei unreflektierter Handhabung dazu geeignet ist, bisherige Präventionserfolge und zukünftige Strategien grundsätzlich in Frage zu stellen. Die seit 1996 stark diskutierten Möglichkeiten der Dreifach-Kombinations-Therapie für HIV-Infizierte rücken erstmals grundsätzlich eine medizinische Lösung der HIV-Problematik für einige Betroffene in realistische Reichweite.[44,45] Vieles spricht jedoch dafür, daß Spritzdrogenkonsumenten in geringerem Ausmaß als andere von diesen Möglichkeiten profitieren werden. (Erwähnt werden sollen hier nur die Schwierigkeiten, ein komplexes Therapieregime bei vollem Drogenalltag zu befolgen, mögliche Wechselwirkungen mit den (bei-) konsumierten Substanzen, Probleme der Kostenerstattung der Therapie.)

Als unbeabsichtigter Nebeneffekt der Diskussion bzw. deren undifferenzierter ›Boulevardisierung‹ (›die Pille danach‹) steht jedoch zu befürchten, daß Spritzdrogenkonsumenten sehr rasch beginnen werden, die Folgenschwere einer HIV-Infektion zukünftig geringer einzuschätzen und sich wieder riskanter zu verhalten.
Eine kurzfristige Umorientierung von Forschungsprioritäten und Ressourcen auf Kosten primärpräventiver Ansätze und Projekte könnte sich letztlich zum Risikofaktor entwickeln.

Korrespondenzadresse:
Dipl.-Psych. Anand Pant
Freie Universität Berlin
Institut f. Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung
FB12 – WE09
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

Fußnoten

a Rechnerisch ist die Odds Ratio der Quotient aus dem Verhältnis Erkrankte/nicht Erkrankte in der Gruppe mit dem Risikomerkmal und dem gleichen Verhältnis in der Gruppe ohne das betrachtete Merkmal. Wären z.B. in der Gruppe der unsteril Injizierenden 20 von 100 HIV-infiziert und in der Gruppe der nicht unsteril Injizierenden nur 10 von 100, so ergäbe sich eine Odds Ratio von 20/80 : 10/90=2,25.

b Im theoretischen Extremfall könnten fast alle Krankheitsfälle (z.B. HIV-Infektionen) durch den Faktor (z.B. Needle-Sharing) verursacht worden sein, ohne daß dieser als Risikofaktor statistisch nachweisbar würde. Dies wäre dann der Fall, wenn die Gruppe ohne Risikoverhalten im Vergleich zu der mit diesem Verhalten sehr klein ist, aber eine ähnlich hohe Erkranktenrate aufweist.

c Die durchschnittliche Zeit seit dem letzten negativen Testresultat beträgt bei diesen Neuinfizierten 7,9 Monate (s=7,9 Monate). Rechnet man ein mittleres ›diagnostisches Fenster‹ (Zeit zwischen Infektion und Serokonversion) von 3–4 Monaten hinzu, ergibt sich die Schätzung von ca. einem Jahr.

d Die Angabe von Konfidenzgrenzen erfolgt aus Gründen der Konvention. Eine ›strenge‹ inferenzstatistische Interpretation ist problematisch, da keine der angesprochenen Stichproben auf einer Zufallsauswahl basiert. Berechnet werden exakte Konfidenzgrenzen nach Mehta, Patel & Gray (1985).42

e Eine Berliner Stichprobe war Teil dieser WHO-Studie.

f Das heißt, Ausschluß aller Fixer [a] mit bereits diagnostizierter Infektion, [b] ohne Vortestungen und mehr als 36 Monaten i.v.Konsum, und [c] mit negativer Vortestung, die älter als 36 Monate ist.

g Für die WHO-Gesamtstichprobe wird jeweils die Mantel-Haenszel Odds Ratio angegeben, stratifiziert nach Erhebungszentren. Die Städtesamples ohne Neuinfektionen (Athen, Glasgow) werden bei der Berechnung ausgeschlossen.

h Die Möglichkeit einer Übertragung durch Bluttransfusion, Organspende etc. soll hier vernachlässigt werden.

i Eine Ausnahme bildet in dieser Reihe New York. Dort ergibt sich die paradoxe Situation, daß die Befragten ohne Verhaltensrisiko durch unsteriles Injizieren sogar eine höhere Infektionsrate aufweisen als diejenigen mit Risiko (31% vs. 21%; Odds Ratio=0,51). Gleichzeitig ist die Umgebungsprävalenz in New York sehr hoch (48%). Die Studienleiter bieten als Erklärung an, daß Szeneesteiger, die in der Stichprobe, an der das Risiko berechnet wird, überrepräsentiert sind, in New York traditionell über Jahre hinweg kaum mit etablierten Spritzdrogengebrauchern in Kontakt kommen. Tatsächlich zeigt sich, daß in der (hier aus den Analysen ausgeschlossenen) Teilgruppe älterer Fixer ohne vorherige Testungen der Zusammenhang zwischen unsterilem Injizieren und HIV-Serostatus in einer erwartbaren Höhe liegt (OR=1,68; 95%KI: 1,08–2,63).

j Allerdings wurden Nachweise dieses Mechanismus in Tierversuchen bisher nur für Schleimhautexpositionen und nicht für intravenöse Virusexpositionen erzielt.

k Die fünf Alltagsstressoren waren: Befragte wurden Opfer von Diebstahl, hatten keinen Schlafplatz, hatten Streit mit dem Beziehungspartner oder Mitbewohnern, berichteten Schwierigkeiten, »mit sich selbst klarzukommen«. Als belastet wurde die Gruppe definiert, die mindestens vier der fünf Stressoren angab.

l Die Erweiterung der Riskodefinition nimmt gelegentlich zweifelhafte Formen an, wenn z.B. der Nachweis geführt wird, daß Fixer, die mit bekannt HIV-infizierten Partnern Nadeln tauschen, statistisch ein größeres HIV-Risiko haben als solche, die dies mit Seronegativen tun. Weit davon entfernt, solche Ergebnisse zur Überprüfung von Immunitätshypothesen heranzuziehen, stellen sie den Versuch dar, das Kontextmerkmal der Umgebungsprävalenz auf Individualebene ›herunterzubrechen‹.

1 Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (1994). AIDS-Info für Drogengebraucher (7. Aufl.), Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

2 Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (1996). Richtiges Spritzen kann man lernen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

3 Marmor M, Des-Jarlais DC, Friedman SR, Lyden M, El-Sadr W: The epidemic of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and suggestions for its control in drug abusers. Journal of Substance Abuse Treatment 1984; 1: 237–247

4 Pant A, Kleiber D: Heterosexuelles Risikoverhalten und HIV-1 Prävalenz bei intravenös applizierenden Drogenkonsumenten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 1993; 1: 49–64

5 Stöver H: Strukturelle Prävention. In: J. Klee & H. Stöver (Hrsg.), Beratungsführer Drogen und AIDS (S. 28–60). Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin 1995

6 Pant A, Soellner R: Epidemiology of HIV in intravenous drug users and public health policy in Germany. Journal of Drug Issues 1997; 27: (1), 9–41

7 Hunsmann G, Schneider J, Bayer H et al.: Seroepidemiology of HTLV-III (LAV) in the Federal Republic of Germany. Klinische Wochenschrift 1985; 63: 233–235

8 Des Jarlais DC, Friedman SR, Friedmann P et al.: (). HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. AIDS 1995; 9 : 611–617

9 Deutschmann C, Guggenmoos-Holzmann I: Statistische Methoden der Gesundheitswissenschaften. In: K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis (S. 111–136). Weinheim: Beltz. (1993).

10 Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H: Epidemiologic research. Principles and quantitative methods. New York: Van Nostrand Reinhold. (1982).

12 Vlahov D: HIV seroconversion studies among intravenous drug users. AIDS 1994; 8: 263–265
13 Kleiber D, Pant A: HIV – Needle-sharing – Sex. Eine sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei iv Drogenkonsumenten. Baden-Baden: Nomos. (1996).
14 Anthony JC, Vlahov D, Celentano DD, Menon AS, et al.: Self-report interview data for a study of HIV-1 infection among intravenous drug users: Description of methods and preliminary evidence on validity. Journal of Drug Issues 1991; 21: 739–757
15 Goldstein MF, Friedman SR, Neaigue A, Jose B, et al.: Self-reports of HIV risk behavior by injecting drug users: Are they reliable? Addiction 1995; 90: 1097–1104
16 Ross MW, Stowe A, Wodak A, Gold J: Reliability of interview responses of injecting drug users. Journal of Addictive Diseases 1995; 14: 1–12
17 Desenclos JC, Papaevangelou G, Ancelle-Park R: Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users. AIDS 1993: 7: 1371–1377
18 Donoghoe C, Rhodes TJ, Hunter GM, Stimson GV: HIV-testing and unreported HIV positivity among injecting drug users in London. AIDS 1993; 7: 1105–1111
19 Richardson C, Ancelle-Park R, Papaevangelou G: Factors associated with HIV seropositivity in European injecting drug users. AIDS 1993; 7: 1485–1491
20 World Health Organization: Multi-City Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection. A Report prepared on behalf of the WHO International Collaborative Group. Genf: World Health Organization. (1994).
21 Loimer N, Werner E, Presslich O: Sharing spoons: a risk factor for HIV-1 infection in Vienna. British Journal of Addiction 1991; 86: 775–778
22 Bornemann R: Varianten des gemeinsamen Besteckgebrauchs bei i.v. Drogenkonsumenten und deren Bedeutung in der Ausbreitung von Infektionskrankheiten. AIDS-Forschung 1993;, 8: 467–470
23 Grund JPC, Kaplan CD, Adriaans NF, Blanken P, et al.: The limitations of the concept of needle sharing: The practice of frontloading. AIDS 1990; 4: 818-821
24 Hunter GM, Donoghoe MC: ›Frontloading‹ or ›halfing‹ among injecting drug users in London. Addiction 1994, 89: 755–756
25 Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, Grund JP, Goldstein MF, Ward TP, Des-Jarlais DC: Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. AIDS 1993; 7: 1653–1660
26 Samuels JF, Vlahov D, Anthony JC, Solomon L, et al.: The practice of ›frontloading‹ among intravenous drug users: Association with HIV-antibody. AIDS 1991; 5: 343
27 Connors MM: Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: Implications for AIDS prevention. Social Science and Medicine 1992; 34: 591–601
28 Grund JPC, Kaplan CD, Adriaans NF, Blanken P: Drug sharing and HIV transmission risks: The practice of frontloading in the Dutch injecting drug user population. Journal of Psychoactive Drugs 1991; 23: 1–10
29 Loxley W, Ovenden C: Friends and lovers: Needle sharing in young people in Western Australia. AIDS Care 1995; 7: 337–351
30 Stark K, Mueller R, Wirth D, Bienzle U, Pauli G, Guggenmoos-Holzmann I. Determinants of HIV infection and recent risk behaviour among injecting. Addiction 1995; 90: 1367–1375
31 Rowland-Jones SL, McMichael A: Immune responses in HIV-exposed seronegatives: have they repelled the virus? Current Opinion in Immunology 1995; 7: 448–455
32 Marcus U: Stand der HIV-Impfstoffentwicklung. Infektionsepidemiologische Forschung 1996; III+IV: 39–50
33 Kaplan EH, Heimer R: A model-based estimate of HIV infectivity via needle sharing. J Acqu Imm Def Syn 1992; 5: 1116–1118
34 Maier SF, Watkins LR, Fleshner M: The interface between behavior, brain, and immunity. American Psychologist 1994; 49: 1004–1017
35 Licinio J, Gold PW, Wong M-Li: A molecular mechanism for stress-induced alterations in susceptibility to disease. Lancet 1995; 346: 104–106
36 Bochow M: Sexualität als Risikomanagement? Probleme der AIDS-Prävention bei homosexuellen Männern. Zeitschrift für Sexualforschung 1996; 9: 248–254
37 Harms G, Laukamm-Josten U, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I: Risk factors for HIV infection in German i.v. drug abusers. Klinische Wochenschrift 1987; 65: 376–379
38 Des Jarlais DC: Cross-national studies of AIDS among injecting drug users. Addiction 1994; 89: 383–392

37 Harms G, Laukamm-Josten U, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I: Risk factors for HIV infection in German i.v. drug abusers. Klinische Wochenschrift 1987; 65: 376–379
38 Des Jarlais DC: Cross-national studies of AIDS among injecting drug users. Addiction 1994; 89: 383–392
39 Stimson GV: Aids and injecting drug use in the United Kingdom. 1987-1993: The policy response and the prevention of the epidemic. Social Science and Medicine 1995; 41: 699–716
40 Stöver H: (1994). Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. In H. Stöver (Hrsg.), Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. Eine Übersicht über Theorie und Praxis (S. 13-40). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
41 Meyenberg R, Graefe K, Keppler K, Krenz U, Petersburs H, Uhlenbruch B: Aids- und Hepatitisprävention im Strafvollzug Niedersachsens. Empfehlungen der Expertenkommission, Hannover 1995
42 Neaigus A, Friedman SR, Curtis R, Des Jarlais DC et al.: The relevance of drug injectors' social and risk networks for understanding and preventing HIV infection. Social Science and Medicine 1994; 38: 67–78
43 Friedman SR, de Jong W, Wodak A: Community development as a response to HIV among drug injectors. AIDS 1993; 7, Suppl 1: 263–269
44 Jäger H: Einführung. HIV – Die offenen Fragen überwiegen. In: H. Jäger (Hrsg.), AIDS. Neue Perspektiven. Therapeutische Erwartungen. Die Realität 1997 (S. 9–10). Landsberg: ecomed Verlag
45 Markowitz M: Rationale for Eradication Thearpy of HIV Infection. In: H. Jäger (Hrsg.), AIDS. Neue Perspektiven. Therapeutische Erwartungen. Die Realität 1997 (S. 39–41). Landsberg: ecomed Verlag
46 Mehta CR, Patel NR, Gray R: Computing an exact confidence interval for the common odds ratio in several 2 x 2 contingency tables. Journal of the American Statistical Association 1985; 80: 969–973
47 Ross MW, Stowe A, Wodak A, Miller ME, Gold J: Predictors or HIV status among injecting drug users and health promotion. Journal of the Royal Society of Health 1994; April: 75–80

Dieser Beitrag ist bereits in der Ausgabe III/1997 der vom Robert-Koch-Institut herausgegebenen Zeitschrift „Infektionsimmunologische Forschung" erschienen. Wir danken der Redaktion für die freundliche Genehmigung zum Nachdruck.

SYMPOSIUM SCHWULE UND DROGEN

Wie safe sind schwule Partydrogenkonsumenten?

Vortrag von Dr. Michael Bochow

1. Die Befragungsteilnehmer[1]

Auch mit der fünften Befragung homosexueller Männer 1996 über die schwule Presse ist es gelungen, sehr unterschiedliche Gruppen von Männern anzusprechen. Es beteiligten sich insgesamt 3.048 Männer (514 aus Ostdeutschland und Ost-Berlin, 17 Prozent; 2.534 aus Westdeutschland und West-Berlin, 83 Prozent), das sind ungefähr 6 Prozent mehr als 1993 (2.868 Befragungsteilnehmer). 45 Prozent der Befragten wohnen in den vier Millionenstädten Deutschlands (Berlin, Hamburg, München und Köln), 21 Prozent wohnen in Orten unter 100.000 Einwohnern. 11 Prozent haben einen Hauptschulabschluß (oder ähnliche Abschlüsse), 24 Prozent haben die Mittlere Reife (oder ähnliche Abschlüsse) als höchsten Schulabschluß. 65 Prozent der Befragungsteilnehmer haben das Abitur (39 Prozent einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluß, 17 Prozent sind Studenten). Dies bedeutet, daß Männer mit Hauptschulabschluß und Männer, die in kleinen Orten wohnen, auch in dieser Befragung unterrepräsentiert sind. Sie sind als Gruppen in der Erhebung jedoch in einer solchen Größenordnung vertreten, daß statistische Analysen möglich sind.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53%) lebte 1996 in einer festen Beziehung, 31 Prozent dieser Männer haben neben ihrem festen Freund noch andere Sexualpartner, 22 Prozent leben eher monogam mit ihrem festen Freund. Diese Größenordnungen entsprechen den Ergebnissen der Befragungen von 1993 und 1991. 16 Prozent der Männer hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung einen einzigen Sexualpartner, 27 Prozent zwei bis fünf Sexualpartner, 16 Prozent sechs bis zehn und 24 Prozent hatten mehr als 20 Sexualpartner. Der Anteil der Männer, die mehr als 20 Sexualpartner angeben, hat damit gegenüber 1993 (20%) zugenommen. Die Unterschiede zwischen Westdeutschen und Ostdeutschen in den Partnerzahlen, die in der Befragung von 1991 noch erheblich waren, haben sich weiter abgeschwächt, der Anteil der Ostdeutschen mit mehr als 20 Sexualpartnern ist allerdings weiterhin geringer als bei den Westdeutschen (Westdeutsche: 25%, Ostdeutsche: 19%).

1 Die Befragung erfolgte im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

2. Sexualität und Risikoverhalten

Seit der ersten Erhebung über die schwule Presse in der Bundesrepublik (1987) berichtet ungefähr ein Fünftel der Männer, daß sie keinen Analverkehr in den zwölf Monaten vor der Befragung hatten; 1996 sind es 19 Prozent der West- und 18 Prozent der Ostdeutschen. Männer, die nicht fest befreundet sind, haben zu einem höheren Anteil keinen Analverkehr (27%) als Männer, die in einer festen Beziehung leben (12%). Auch die Frequenz des Analverkehrs ist sehr ungleich verteilt. 37 Prozent der Männer in festen Beziehungen hatten öfter Analverkehr mit ihrem festen Freund (mehrmals im Monat oder in der Woche). Nur 15 Prozent der Männer, die andere Sexualpartner hatten, hatten in dieser Häufigkeit Analverkehr.

Aus den bisherigen Untersuchungen in Deutschland, aber auch in Frankreich, Großbritannien und anderen Ländern geht hervor, daß in festen Beziehungen nicht nur Analverkehr häufiger praktiziert wird, sondern auch Risikokontakte häufiger eingegangen werden. Als Risikokontakte wurden definiert: 1. ungeschützter Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem Testergebnis und 2. ungeschützter Analverkehr mit Partnern mit einem anderen Testergebnis. Mit einer neu formulierten Frage wurde 1996 zum ersten Male die Häufigkeit dieser Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung erhoben. Unterschieden wurde dabei zwischen Risikokontakten mit dem festen Freund, Risikokontakten mit anderen bekannten Partnern und Risikokontakten mit unbekannten Sexualpartnern. Als Häufigkeiten des Eingehens von Risiken wurden im Fragebogen vorgegeben: 1-2mal, 3-4mal, 5-10mal, jeden Monat, jede/fast jede Woche.

Wie schon in der Befragung von 1993 geben 1996 wesentlich mehr Befragte ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem Testergebnis als mit Partnern mit anderem Testergebnis an. 22,1 Prozent der Westdeutschen (und West-Berliner) und 25,7 Prozent der Ostdeutschen (und Ost-Berliner) hatten mindestens einen ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem Testergebnis, 3,1 Prozent der Westdeutschen und 3,7 Prozent der Ostdeutschen hatten ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit anderem Testergebnis. Insgesamt hatten 76,4 Prozent der Westdeutschen und 72,4 Prozent der Ostdeutschen keine Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung. Im Vergleich zu 1993 bedeutet dies ein stabiles Safer-Sex-Verhalten der Westdeutschen (keine Risikokontakte 1993: 75,9%) und eine leichte Zunahme des Safer-Sex-Verhaltens der Ostdeutschen (keine Risikokontakte 1993: 70,3%).

Risikokontakte kommen mit dem festen Freund häufiger vor als mit anderen Partnern. 12 Prozent der Befragten hatten ungeschützten Analverkehr mit ihrem festen Freund, ohne sein Testergebnis zu kennen. Zwei Drittel dieser Männer berichten, daß es dazu mehr als viermal in den zwölf Monaten vor der Befragung kam. Bei einem Drittel kam dies fast jede Woche vor.

13 Prozent der Befragten hatten ungeschützten Analverkehr mit anderen Partnern, deren Testergebnis unbekannt war. Lediglich ein Fünftel dieser Männer gibt an, daß dies mehr als viermal im Jahr passierte. Diese Tendenz ist bei Ostdeutschen und Westdeutschen gleichermaßen gegeben.

dies mehr als viermal im Jahr passierte. Diese Tendenz ist bei Ostdeutschen und Westdeutschen gleichermaßen gegeben.

Hieraus kann geschlossen werden, daß Risikoverhalten beim flüchtigen Sex vorkommt, aber bei den meisten Männern eine Ausnahme bleibt, ein „Rückfall" in Phasen mit häufigen Risikokontakten läßt sich nicht feststellen. Auch in festen Beziehungen sind Risikokontakte nicht die Regel, sie kommen jedoch wesentlich häufiger vor als außerhalb fester Beziehungen. Dies bedeutet, daß in der zukünftigen Präventionsarbeit für schwule Männer besonderes Gewicht gelegt werden muß auf Risikoverhalten in festen Beziehungen.

Ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit anderem Testergebnis hatten 3,1 Prozent der Westdeutschen und 3,7 Prozent der Ostdeutschen in den zwölf Monaten vor der Befragung. Über die Hälfte der Befragten, die solche Risikokontakte eingingen, berichten, daß sie ein- bis viermal in den zwölf Monaten vor der Befragung vorkamen. Unterschiede nach Partnerart (fester Freund, bekannter Partner, unbekannter Sexualpartner) sind hier geringer.

3. Das Risikoverhalten jüngerer homosexueller Männer

Das besondere Risikoverhalten von jüngeren homosexuellen Männern in Hinblick auf mögliche HIV-Übertragungen wird seit Ende der 80er Jahre in den USA und in Europa kontrovers diskutiert. Die Erhebung von 1996 in Deutschland scheint zunächst die These zu belegen, daß sehr junge homosexuelle Männer sich besonders risikoreich verhalten. Von den unter 21jährigen Befragten geben lediglich 65 Prozent an, keine Risikokontakte eingegangen zu sein. Dagegen hatten 77 Prozent der 21- bis 24jährigen, 75 Prozent der 25- bis 29jährigen und 76 Prozent der 30- bis 54jährigen keine Risikokontakte. Für die 21- bis 29jährigen kann aufgrund dieser Daten kein besonders risikoreiches Verhalten festgestellt werden. Wird die Frequenz der eingegangenen Risikokontakte analysiert, so zeigt sich, daß gerade in der jüngsten Altersgruppe die Häufigkeit der Risikokontakte am geringsten ist. Bei den unter 21jährigen ist der Anteil der Männer, die keine anal-genitalen Kontakte eingehen, besonders hoch, der Anteil der Männer mit hohen Partnerzahlen (mehr als 20 Partnern in zwölf Monaten) ist bei der Gesamtheit der Männer unter 25 Jahren deutlich niedriger als bei den über 24jährigen. All dieses spricht nicht für eine hohe Risikoexposition bei jüngeren homosexuellen Männern.

4. Drogenkonsum und Risikoverhalten

Über den Zusammenhang von Drogenkonsum und Risikoverhalten wird bei homosexuellen Männern seit Mitte der 80er Jahre berichtet (exemplarisch Stall etal. 1986). In ihrem „state-of-the-art"-Bericht für das „Office of Technology Assessment" des US-Kongresses haben Thomas Coates etal.1995 resümiert: „Over the past 10 years a series of papers have been published to determine whether gay men who combine al-

studies finding a statistical relationship between drug or alcohol use during sexual activity and the likelihood of participating in high risk sexual activity ... while other studies have not found evidence of this relationship for alcohol alone." (Coates etal. 1995, S.28)

Vor diesem Hintergrund nahm Marie Ange Schiltz (CNRS, Paris) in ihr Erhebungsinstrument (das in Frankreich ebenfalls über die schwule Presse verbreitet wird) 1993 eine Frage zum Drogenkonsum auf. Die positiven Erfahrungen mit dem Antwortverhalten in Frankreich veranlaßten zur Aufnahme einer ähnlich gestalteten Frage in das deutsche Erhebungsinstrument von 1996. Eher aus „fragebogenpsychologischen" Gründen denn aus zwingender Notwendigkeit wurde die Liste der Drogen eröffnet mit „Poppers" (Amylnitrit), das in der Lederszene breite Verwendung findet. Gefragt wurde weiterhin nach Cannabis, Ecstasy, sonstigen Designerdrogen, LSD, Heroin, Kokain und Crack. Als Frequenz des Konsums wurde im Fragebogen vorgegeben: ein- bis zweimal, gelegentlich, häufiger, regelmäßig, gar nicht. Tabelle1 zeigt, daß die Antwortbereitschaft bei dieser Frage erfreulich hoch war. Nur 3 Prozent der Befragten verweigern die Antwort (bei Poppers und Cannabis ist der Anteil der Antwortverweigerer noch geringer).

Wird der seltene Konsum der Substanzen mit berücksichtigt, so wird deutlich, daß ein Drittel der Männer Poppers konsumiert, ein Viertel Cannabis und ein Zehntel Ecstasy und andere Designerdrogen. Den zumindest sporadischen Konsum von Kokain berichten 5 Prozent, von LSD 2,6 Prozent der Befragten. Lediglich sieben Männer nehmen Crack und nur fünf Heroin. Vor dem Hintergrund der gewählten Erhebungsmethode war nicht erwartet worden, i.v.-Drogenkonsumenten (Heroin) zu erreichen. Wegen der geringen Fallzahl werden die Konsumenten von Heroin und Crack aus der weiteren Analyse ausgeklammert. Für die Zwecke der Darstellung werden Ecstasy, sonstige Designerdrogen, LSD und Kokain als „Party-Drogen" zusammengefaßt, da die Konsumenten dieser Substanzen sich in ihrem Profil kaum unterscheiden. Was die Frequenz des Konsums der Substanzen anbelangt, werden drei Gruppen gebildet. Die Freqenzen „ein bis zwei Mal" und „gelegentlich" werden zur Frequenz des sporadischen Drogenkonsums, die Frequenzen „häufiger" und „regelmäßig" werden zur Frequenz des „häufigen" Drogenkonsums zusammengefaßt.

Tabelle 1: Berichteter Drogenkonsum

	1-2 Mal		gelegentlich		häufiger		regelmäßig		gar nicht		k.A.		Insgesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	A bs.	%	Abs.	%
Poppers	292	9,6	337	11	237	7,8	161	5,3	1982	6 5	39	1,3	3048	100
Cannabis	275	9,0	288	9,4	115	3,8	84	2,8	2222	7 3	64	2,1	3048	100
Ecstasy	100	3,3	75	2,5	32	1,0	23	0,8	2725	8 9	93	3,1	3048	100
Sonst. Designer-drogen	46	1,5	51	1,7	21	0,7	18	0,6	2812	9 2	100	3,3	3048	100
LSD	50	1,6	32	1,0	4	0,1	4	0,1	2869	94	8 9	2,9	3048	100
Heroin	3	0,1	1	0,0	1	0,0	–	–	2947	9 7	96	3,1	3048	100
Kokain	94	3,1	53	1,7	12	0,4	8	0,3	2797	9 2	84	2,8	3048	100
Crack	3	0,1	3	0,1	1	0,0	–	–	2949	97	9 2	3,0	3048	100

Wird das Profil der „häufigeren" Konsumenten der verschiedenen Substanzen betrachtet, so zeigen sich bestimmte Unterschiede zwischen den häufigeren Konsumenten von Poppers, Cannabis und der „Party-Drogen" (Ecstasy, sonstige Designerdrogen, LSD und Kokain).

13 Prozent der Befragten konsumieren häufiger Poppers (21% gelegentlich). Poppers wird in unterdurchschnittlicher Frequenz in den neuen Bundesländern und in Ost-Berlin konsumiert, am häufigsten in West-Berlin und den Millionenstädten der alten Bundesländer und überdurchschnittlich häufig von den über 45jährigen. Hieran wird deutlich, daß die Lederszene (in der Poppers besonders häufig verwandt wird) die einzige schwule Teilszene ist, in der über vierzigjährige Männer in einem hohen Umfang präsent sind.

Cannabis wird häufiger von 7 Prozent der Befragten konsumiert (gelegentlich: 19%). Cannabis wird überdurchschnittlich häufig von West-Berlinern (11%) und Ost-Berlinern (8%) konsumiert und vor allem von unter 35jährigen. Cannabis ist in allen schwulen Szenen präsent, besonders stark in der Lederszene.

2,5 Prozent der Befragten konsumieren häufig eine oder mehrere der vier „Party-Drogen" (Ecstasy, Speed u.a., LSD, Kokain), 8,5 Prozent konsumieren sie gelegentlich. Berlin (ist zumindest nach den durch diese Erhebung gewonnenen Daten) der eindeutige Schwerpunkt des Party-Drogenkonsums. 5,9 Prozent der West-Berliner und 4,4 Prozent der Ost-Berliner nehmen sie häufig, in unserer Stichprobe stellen die Berliner 55 Prozent der häufigen Konsumenten der Party-Drogen (die Berliner stellen 25 Prozent der Befragungsteilnehmer). In den Millionenstädten Westdeutschlands werden sie lediglich von 1,8 Prozent, in den alten Bundesländern (ohne Millionenstädte) von 1,4 Prozent und in den neuen Bundesländern von 1 Prozent häufiger konsumiert. Während 58 Prozent aller Befragten jünger als 35 sind, sind 66 Prozent der häufigeren Party-Drogenkonsumenten und 68 Prozent der häufigeren Cannabis-Konsumenten jünger als 35. Die Konsumenten aller erwähnten Substanzen frequentieren überdurchschnittlich häufig die verschiedenen schwulen Szenen. Es überrascht nicht, daß über die Hälfte der häufigeren Konsumenten von Party-Drogen Techno-Parties mehrmals im Monat oder in der Woche frequentiert; bemerkenswert ist eher, daß 40 Prozent der gelegentlichen Konsumenten von Party-Drogen Techno-Parties überhaupt nicht besuchen. Häufigere Party-Drogenkonsumenten leben zu einem geringeren Anteil in einer festen Beziehung als Nicht-Konsumenten, dieser Unterschied ist bei den Konsumenten von Cannabis und Poppers nicht zu beobachten. Konsumenten von Party-Drogen und Cannabis haben zu einem höheren Anteil als Nichtkonsumenten gelegentliche heterosexuelle Sexualkontakte, Poppers dagegen wird eher von Männern bevorzugt, die keine heterosexuellen Sexualkontakte haben.

Die Profile der häufigeren Konsumenten von Poppers, Cannabis und Party-Drogen zeigen, daß der Konsum der verschiedenen Substanzen einhergeht mit bestimmten Lebensstilen. Poppers-Konsumenten reflektieren bestimmte Charakteristika der Lederszene, Party-Drogenkonsumenten bestimmte Charakteristika der Techno-Szene. Das Profil der Cannabis-Konsumenten ist eher „szene-unspezifisch". Alle drei Konsumentengruppen haben mehr Sexualpartner als Nicht-Drogenkonsumenten. Über häufige anal-genitale Kontakte (mehrmals im Monat oder in der Woche) be-

richten 40 Prozent der häufigen und gelegentlichen Party-Drogenkonsumenten, 43 Prozent der häufigen Poppers-Konsumenten, 32 Prozent der gelegentlichen Poppers-Konsumenten, dagegen ein Viertel der Nicht-Konsumenten von Poppers und Party-Drogen. Der Konsum von Cannabis (häufig oder gelegentlich) korreliert nicht mit häufigem Analverkehr.

Das spezifische Profil der Party-Drogen und der Cannabis-Konsumenten (jüngeres Alter, höhere Partnerzahlen, höherer Anteil von Männern mit heterosexuellen Sexualkontakten, häufiger Szenebesuch) verweist auf einen lustbetonten („hedonistischen") Lebensstil. Teil dieses Lebensstils kann auch die Annahme von Geld für Sex sein. Ein Zehntel der Party-Drogenkonsumenten haben sich (sporadisch oder häufiger) für Sex bezahlen lassen, dagegen 2,6 Prozent der Nicht-Konsumenten. Zu diesem Lebensstil gehört auch, daß riskante Sexualkontakte (in Hinblick auf HIV-Übertragungen) häufiger eingegangen werden als von Männern, die keine der genannten Substanzen konsumieren. Tabelle 2 zeigt, daß häufiger Konsum der genannten Substanzen mit einer erhöhten Risikobereitschaft einhergeht, gelegentlicher Konsum mit einer geringeren Risikoinzidenz verbunden ist und kein Konsum mit der geringsten Inzidenz. Die aufgeführten Substanzen sind äußerst unterschiedlich. Sie sind in eine Tabelle aufgenommen worden, um zu dokumentieren, daß ihr Konsum einhergeht mit dem Eingehen von Risikokontakten. Damit soll nicht umstandslos behauptet werden, daß ihr Konsum zu Risikoverhalten führt. Dies kann ganz deutlich am Beispiel von Poppers demonstriert werden. Poppers ist keine bewußtseinsverändernde Substanz. Poppers wird konsumiert wegen seiner muskelentspannenden Wirkung. Ecstasy, Speed, LSD, Kokain sind in unterschiedlichem Maße bewußtseinsverändernde Drogen. Die Tatsache, daß zwei Drittel der Konsumenten von Party-Drogen keine Risikokontakte berichten, verweist darauf, daß Drogenkonsum nicht zwangsläufig Risikoverhalten bewirkt und daß reduktionistische kausale Erklärungsmuster vermieden werden sollten. Diesen Gesichtspunkt hat Walt Odets (Psychotherapeut in San Francisco), den Verlauf der US-amerikanischen Präventionsdiskussion kritisierend, besonders hervorgehoben. Er betont den banalen statistischen Sachverhalt, daß eine Korrelation nicht notwendigerweise auf eine Kausalbeziehung verweist:

„Alternative explanations for this correlation – one that make more psychological sense – are much more useful to understanding reasons people have unprotected sex. These include the insight that often people are not having unprotected sex because they have been drinking, but rather they have been drinking in order to have unprotected sex. This explanation acknowledges that unprotected sex is often important and compelling, and that the disinhibition provided by substances is often necessary to act out the desire." (Odets 1995, S.219)

Tabelle 2: Zusammenhang: Häufigkeit von Risikokontakten mit Partnern mit unbekanntem Serostatus und Drogenkonsum (Angaben in Prozent)

DROGEN-KONSUM	Anzahl der Risikokontakte						
	keine	1-5	7-15	16-35	60-180	keine Angabe	insgesamt
Party-Drogen*							
häufiger Konsum	61	11	11	5	13	–	2,5 (n=76)
gelegentlicher Konsum	66	22	5	2	4	1	8,5 (n=258)
kein Konsum	78	11	5	1	4	1	89 (n=2714)
Cannabis							
häufiger Konsum	68	18	8	1	5	–	6,5 (n=199)
gelegentlicher Konsum	73	14	6	1	4	1	18,5 (n=563)
kein Konsum	78	11	5	1	4	1	75 (n=2286)
Poppers							
häufiger Konsum	68	18	6	2	5	2	13,1 (n=398)
gelegentlicher Konsum	73	15	7	1	3	1	20,6 (n=629)
kein Konsum	77	10	5	1	4	1	66,3 (n=2021)
%	77	12	5	1	4	1	100
n	2332	370	158	36	114	38	3048

* *Ecstasy, Speed, sonstige Designerdrogen, LSD, Kokain*

Tabelle 2 dokumentiert, daß auch häufigerer Konsum von Party-Drogen oder Cannabis nicht zwangsläufig zu Risikoverhalten führt, da zwei Drittel der Party-Drogenkonsumenten und über zwei Drittel der Cannabiskonsumenten keine Risikokontakte eingingen. Sie dokumentiert jedoch auch, daß Drogenkonsum mit erhöhtem Risikoverhalten bei einem Teil der Drogenkonsumenten assoziiert ist. Jenseits aller Perspektiven der HIV-Prävention kann der Drogenkonsum als Risikoverhalten gedeutet wer-

den, da der Konsum der in Rede stehenden Substanzen gesetzlich verboten ist (mit Ausnahme von Poppers). Der erlebnisorientierte hedonistische Lebensstil der Drogenkonsumenten kann bei einem Teil von ihnen die erhöhte Bereitschaft implizieren, Risiken in verschiedensten Kontexten einzugehen. Dieser Deutungsansatz unterstellt den Drogenkonsumenten mit erhöhtem Risikoverhalten nicht, aus Lust am Risiko Risiken zu suchen. Es bedarf keineswegs der zuweilen bemühten Kategorie der „Risiko-Lust", um das Risikoverhalten der Drogenkonsumenten zu erklären. Näherliegend könnte die Erklärung sein, daß ein Großteil der Drogengebraucher bestimmte Normen weniger rigide internalisiert hat, und zwar sowohl die Normen des „Safer Sex" wie auch die der Drogenabstinenz. Dies heißt nicht, daß sie gänzlich unbeeinflußt durch diese Normen wären, es heißt zunächst nur, daß sie sich häufiger über sie hinwegsetzen als Nicht-Drogenkonsumenten.

5. Schlußfolgerungen

In Hinblick auf die notwendige Thematisierung des Drogenkonsums im Rahmen der Kampagnen der AIDS-Prävention schlußfolgern Coates etal.: „We may never settle the question of whether alcohol or drug use causes high risk sex. If issues having to do with substance use are to be included in AIDS prevention efforts, the rationale for their inclusion cannot be based on causal arguments" (Coates etal. 1995, S.28). Aus diesem Grunde sollte bei der Thematisierung von Drogengebrauch im Rahmen der AIDS-Prävention die Errichtung eines Abstinenz-„Gebotes" zusätzlich zu den bestehenden „Safer-Sex-Geboten" vermieden werden. Als wirkungsvoller dürfte sich die Thematisierung eines möglichen „Kontrollverlustes" durch Drogenkonsum erweisen. Damit diese „Botschaft" „ankommt", müssen sowohl die Aussage wie die Weise ihrer Vermittlung dem Lebensgefühl und dem Lebensstil der Zielgruppe Rechnung tragen. Das Predigen einer Abstinenz-Moral dürfte bei den hedonistisch-erlebnisorientierten jüngeren Männern in den Schwulenmetropolen nur auf Spott und/oder ironische Abwehr stoßen. AIDS-Prävention sollte vielmehr berücksichtigen, daß in der Erlebniskultur der großstädtischen Szenen kommunikative Sensibilität, Einfühlungsvermögen und Empfindsamkeit, die ästhetischen Genuß und Konsumverfeinerung erst ermöglichen, einen hohen Stellenwert haben. An diese mit einem hedonistischen Lebensstil assoziierte kommunikative Kompetenz sollte in den Präventionsansätzen für die Techno-Szene und verwandte Szenen angeknüpft werden, um die Aufnahmebereitschaft für Präventionsbotschaften zu sichern.

Dr. Michael Bochow ist Soziologe in der Gesellschaft für interdisziplinäre Sozialforschung in Anwendung mbH (Intersofia), Berlin

Literatur

Bochow, Michael: Die Reaktionen homosexueller Männer auf AIDS in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisbericht zu einer Befragung (AIDS-Forum D.A.H., Bd.10). Berlin 1993

Bochow, Michael: Schwuler Sex und die Bedrohung durch AIDS – Reaktionen homosexueller Männer in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisbericht zu einer Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Köln (AIDS-Forum D.A.H., Bd.16). Berlin 1994

Bochow, Michael: Schwule Männer und AIDS. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (AIDS-Forum D.A.H., Bd.31). Berlin 1997

Coates, Thomas J. etal.: Does HIV Prevention Work For Men Who Have Sex With Men (MSM)? Center for AIDS Prevention Studies (CAPS). University of California, San Francisco. A report prepared for the Office of Technology Assessment, Congress of the United States. August, 1995 (Unpublished Paper, pp.42)

Odets, Walt: In the Shadow of the Epidemic. Being HIV-Negative in the Age of AIDS. Durham 1995

Stall, Ron etal.: Alcohol and Drug Use During Sexual Activity and Compliance with Safe Sex Guidelines for AIDS: The AIDS Behavioral Research Project. In: Health Education Quarterly, Vol.13 (4), 1986, S.359-371

Arbeitsgruppe IV: Sex and drugs – Lust und Verklemmung

Moderation: Helmut Ahrens, eve & rave factory, Berlin;
Hans-Peter Hauschild, ehemals Vorstand DAH, Pax Christi Berlin

In Teilen schwuler Kulturen ist Drogengebrauch üblich. AIDS-Hilfe reflektiert diese Tatsache, weil Rausch und Lust u. a. über AIDS gesundheitspräventiv zusammenhängen. In der Logik struktureller Prävention seien die Fragen

- Warum nehmen schwule Männer Drogen?
- Was könnte helfen?

gesellschaftlich, subkulturell, persönlich und politisch reflektiert:

a) gesellschaftlich

Zentrale Idee der Drogenmündigkeit ist ihr Entstehen in (sub)kulturellen Strukturen: Sammeln verwertbarer Erfahrungen, über den Konsum hinausgehende Gemeinsamkeiten, Handelsnetze; Einbettung persönlichen Konsums in kollektive Anlässe; Hilfsangebote etc. und eine gesamtgesellschaftliche Spiegelung, die „den Schwulen" so etwas wie „ganz viel feiern" zutraut und es ihnen zunehmend auch lassen kann. Insofern sind Teile schwuler Szenen bereits ein Vorausgriff auf die Zeiten nach d(ies)em BtMG.

Die gesellschaftlich plausible Betrachtungsweise psychoaktiver Substanzen, das Drogen-Paradigma, soll weg von (auswegloser) Drogen-Sucht zu (möglicher) Drogen-Mündigkeit: Problematisches beim Drogengebrauch sozio- und psychostrukturell gleichermaßen zu relativieren, klassisch strukturell präventiv, indem vormals Medizin-Monopole um Betroffenenperspektiven und andere Wissenschaften bereichert werden.

Dieser geforderte Paradigmenwechsel der Fachdebatte ist Teil von uns und trifft auf das Wachsen eines gesellschaftlichen Konsenses, die Vergabe von psychoaktiven Substanzen medizinisch möglich zu machen, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist („harm reduction"); gleichzeitig aber alles dafür zu tun, daß die Brunnen versiegen, ohne den Durst des Kindes gestillt zu haben: Es soll ihn gar nicht kennenlernen.

b) subkulturell

Auch Schwule suchen mit psychoaktiven Substanzen den schnellen Eintritt in einen Zustand jenseits ihres funktional zugerichteten Ich, entweder als HyperIch mit Speed,

Koks etc. oder als SubIch mit Cannabis, LSD etc. durch eine Öffnungshilfe für die weniger zugerichteten und darum durch Zurichtungssbarrieren schwerer zugänglichen „Keller" oder auch „Dachböden" ihres trauten Selbst oder auch in Kombinationen, wie sie die „Ecstasy" bezeichneten Mischungen bieten. In beide Richtungen der IchDurchlöcherung bestimmen mythologische Erzählungen das, was als Wirkung „mündig" gebraucht werden kann.

Diese konkreten Sagen und Legenden sind quasi der vor- und halbbewußte „Text" drogengebrauchender Gruppen. Sie reformulieren größere Mythen, hier auf partialisiert schwulem Sektor, z. B. jungbrunnenhafte Fitneß, Leistung, Machismo und sexuelle Potenz als „HyperIch"; Empfänglichkeit („MuschiWeich"), Hingabe und Verschmelzung als „SubIch".

Beide „Rausch-Richtungen" erzählen den Opfer-Mythos der psychoanalytischen Instanzen bzw. „buddhisierender" u. a. Äquivalente: kulturell verschüttete Glückskeller „unter" bzw. „hinter" oder „nach" dem Ich durch Herstellen und Sich-Einlassen auf halluzinogene „Zweitwelten", „ganzheitlichere" oder auch „geteiltere" Empfindungen. Ohne solche kulturell tradierte und im persönlichen wie im kollektiven Unbewußten verknüpfbare und damit „verstehbare" Erzählungen, z. B. in schwulen Party(sub)kulturen, könnte keine Drogenmündigkeit entstehen.

c) persönlich

Betreffs „Lust und Verklemmung" seien hier folgende Qualitäten schwuler Kultur des Drogengebrauchs hervorgehoben:

- Die erlebbare Fortführung einer Auflösung des fortpflanzungsorientierten Körperschemas, die in der breiten Palette schwuler Spezialisierungen und Treffpunkte ihre kollektive, räumliche und ökonomische Entsprechung hat.
- Die Auflösungstendenz des Körperschemas während des Rausches hilft, Begegnungsmotive jenseits der Warenästhetik der Körper zuzulassen,
- sie kann die persönliche Besetzung von Körperzonen oder Praktiken in der mannmännlichen Begegnung realiseren helfen, indem das mögliche Urteil der Sinne unwichtig wird und
- „belehrt" entlastend über die Gemachtheit der nüchternen Leistungs-Körperlichkeit.
- Die Relativierung der Zeitwahrnehmung „dehnt" Momente heftiger Endorphinausschüttung in Richtung von „alle Lust will Ewigkeit" und relativiert das Bewußtsein der eigenen Vergänglichkeit, des Alterns, der Krankheit im Verhältnis zu dem aktuellen Glück.
- Gerade nicht nur interessant für sexuell hyperaktive Jahre und SzeneInsider, sondern auch partielle Aussteiger, Randexistenzen, Kranke und Behinderte.
- In der Verbindung einer situativen Neuordnung von Körper und Zeit kann ein Vorgeschmack einer „Erlösung des Leibes" aufscheinen, der es lohnt, präventiv weitererzählt zu werden bzw. seine Erzählstrukturen zu fördern und zu stützen.

schreitet die „Harm-Reduction-Liberalisierung" für „Junkies" unaufhaltbar voran (Bundesärztekammer für Heroin-Vergabe), während schwuler Drogenkonsum nur gelegentlich als Elend, meist aber als „Partyexistenz" thematisiert wird. Im Kampf um das Ideal des „klaren Kopfes" könnte eine kurzzeitige Verschärfung der Verfolgung die Liberalisierung an ihren „Party-Rändern" begleiten.

Es könnte aber auch rascher als erwartet zu einer Verschreibbarkeit mit Beipackzettel kommen. Die aufklärerische Erzählung, der sich jeder Drogenkauf und -konsum dann einordnen müßte, hieße in etwa: „Leider ist das Kind in den Brunnen gefallen, aber wir wollen es nicht mit Abstinenz quälen", auch eine Opfererzählung.
Demgegenüber hätte schwule Gesundheitspolitik das relative Gelingen szenegewachsenen Konsums psychoaktiver Substanzen in die Waagschale der kommenden Liberalisierungen zu legen.

Hans-Peter Hauschild

Workshop V:
Lust und Last – Interventionen und ihre Ebenen im schwulen Leben – Praxis und Perspektiven

ReferentInnen: Reiner Domes, Schwulenberatung, Berlin;
Bernd Aretz, ehemals Vorstand DAH, Marburg

Reiner Domes: Die Partydrogengruppe der Schwulenberatung Berlin Erfahrungen aus der Arbeit mit schwulen Partydrogenkonsumenten

1. Die Schwulenberatung

Die Schwulenberatung in der Mommsenstr. 45 in Berlin-Charlottenburg besteht seit 1981 und bietet Hilfe, Beratung und Therapie für schwule Männer in den unterschiedlichsten Lebenslagen. Besondere Schwerpunkte der Arbeit liegen in den Bereichen:

- HIV und AIDS
- Coming-Out
- Beziehungsprobleme
- Schwule mit Behinderungen
- Schwule mit Psychiatrieerfahrung
- Sucht.

2. Der Suchtbereich der Schwulenberatung

Seit 1995 hat sich innerhalb der Schwulenberatung der Suchtbereich als eigenständiger Arbeitsschwerpunkt entwickelt. Notwendig wurde dieser Schritt durch den hohen Anteil Suchtkranker/Suchtgefährdeter in den Beratungsgesprächen: Etwa 30% der Beratungsuchenden zeigten in diesem Sinne Auffälligkeiten.
Das Angebot umfaßt u.a.:

- Einzel- und Paargespräche mit Süchtigen/Suchtgefährdeten sowie mit deren Angehörigen
- Diagnostik
- Motivationsarbeit
- Therapievorbereitung, -vermittlung und -begleitung
- Nachsorge
- angeleitete Gruppen
- Weitervermittlung an Fachkollegen und -einrichtungen
- Beratung von Suchtkranken mit weiteren Erkrankungen
- Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung
- Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen

3. Spezifitäten von Sucht bei schwulen Männern

Sucht hat viele Ursachen, und sicher treffen weitgehend alle möglichen Kausalitäten, die in der Arbeit mit heterosexuellen Menschen (zumeist Männern) bisher erforscht und belegt sind, auch für schwule Männer zu. Daneben ergeben sich aber aus den spezifischen Entwicklungsaufgaben in schwulen Biographien einige Besonderheiten, deren Betrachtung im Zusammenhang mit Sucht relevant erscheinen:

• **Sucht zur Verdrängung von Homosexualität**
Am bekanntesten ist der Zusammenhang zwischen Sucht und Homosexualität als der Versuch, homosexuelle Impulse zu betäuben. So verbreitet solches Verhalten ist, in die Schwulenberatung kommen diese Männer erst im Prozeß des Coming-Out. In diesen Gruppen sind entsprechend häufig auch Männer mit Suchterfahrung anzutreffen.

• **Alkohol und Drogen als Enthemmer in der Schwulenszene**
Die kommerzielle Orientierung der Orte schwuler Begegnung steht dem Wunsch nach Beziehungen, die Wärme, Nähe, Zärtlichkeit und Verbindlichkeit ermöglichen, entgegen. Erlebte Enttäuschungen können mit Rückzug oder Drogenkonsum beantwortet werden. Ein anderer Aspekt ist die Angst vor Zurückweisung durch die Nichterfüllung schwuler Schönheitsideale. Mittels Alkohol und anderer Drogen können solche und andere Berührungsängste überwunden werden.

• **Sucht als mißglückte Bewältigung schwulenspezifischer Entwicklungsaufgaben**
Weniger Berücksichtigung finden einige Eigenheiten schwuler Sozialisation und den resultierenden notwendigen Lern- und Lebenserfahrungen. Die häufig unterschiedlichen Beziehungsangebote und -vorstellungen, die in der Gesellschaft recht divergente Akzeptanz gegenüber Schwulen sowie der besondere Umgang von Gays mit Nähe/Distanz erfordern eigene Entwicklungswege, zu deren Vollzug kaum auf die in der Heterogesellschaft erworbenen Verhaltensmuster zurückgegriffen werden kann. Sucht kann der mißglückte Versuch zu deren Bewältigung sein. So kann z.B. nicht offen gelebte Homosexualität zu Spannungen und Angst vor Infragestellung auf der Arbeit führen, die mit Alkohol zu reduzieren gesucht wird.

• **Sucht als mißglückte Bewältigung von HIV und AIDS**
Das Leben mit dem Virus ist mit außerordentlichen psychischen Belastungen verbunden, die nicht selten mit süchtigem Verhalten auszuhalten versucht werden.

• **Sex als Sucht**
Auch sexuelle Betätigung kann zur Sucht werden, wenn der starke Drang als leidvoll und als das Leben bestimmend empfunden wird.

• **Drogenkonsum als Suche nach eigenen Grenzen und Regeln**
Im Coming Out werden bis dahin bindende Grenzen und Wertvorstellungen in Frage gestellt, eigene Regeln und Werte müssen erworben werden. Der schwule Mann

muß sich eine neue eigene Identität unabhängig von den bisher vorgegebenen familiären Erwartungen aufbauen. Leicht können hierbei auch andere gesellschaftliche Normen wie Drogenabstinenz verlassen werden.

4. Die Entstehung der Partydrogengruppe

Seit einiger Zeit wird die Schwulenberatung auch von Männern aufgesucht, die empathogene, halluzinogene und stimulierende Drogen im Kontext Party konsumieren und hier in Gesprächsreihen ihre Probleme bearbeiten.

Der Mangel an zielgruppenspezifischen Angeboten in Berlin und die Tatsache, daß sich diese Klientel in ihren Problemdefinitionen und der Lebensweise deutlich von den überwiegend alkoholabhängigen Teilnehmern der bestehenden Suchtgruppe unterschiedet, hat zu dem Entschluß geführt, ein eigenes Angebot für Partydrogenkonsumenten zu schaffen. Die Probleme, mit denen die Gruppenteilnehmer zu uns kommen, lassen sich wie folgt beschreiben:

• **körperliche Beeinträchtigungen**
Das Partywochenende ist mit Nahrungskarenz, Tanzmarathon und Drogenkonsum verbunden und hinterläßt Erschöpfung, Drogenkater und eine geschwächte Immunabwehr.

• **psychische Beeinträchtigungen**
Häufig werden die Tage nach dem Wochenende mit Depressionen durchlebt. Je nach bevorzugter Droge können Vergeßlichkeit, paranoide und in seltenen Fällen auch psychotische Episoden folgen.

• **soziale Beeinträchtigungen**
Der Rückzug von Freunden und Bekannten sowie der Verlust anderer Interessen sind häufig zu beobachten, gelegentlich kommt es auch zum Arbeitsplatzverlust (resp. Schulabbruch oder Probleme im Zivildienst) und finanziellen Schwierigkeiten.

Obwohl sich unter den szeneüblichen Bedingungen (kein i.v.-Konsum, und Konsum nur an wenigen Tagen pro Monat) keine Abhängigkeit entwickeln kann, fällt die Beendigung oder eine Reduktion nicht immer leicht. Keine oder weniger Drogen nehmen bedeutet für viele:

- nicht mehr auf Parties zu gehen,
- Freunde nicht mehr zu treffen bzw. das nicht mehr gemeinsam zu erleben, was die Freundschaft im wesentlichen ausgemacht hat,
- liebgewonnene Gewohnheiten aufzugeben,
- ein wichtiges Feld der Identifikation zu verlieren,
- Konfrontation mit Gefühlen der Langeweile, Leere, Einsamkeit,
- Werthaltungen überdenken und
- neue Perspektiven entwickeln zu müssen.

5. Das Ziel der Partydrogengruppe

Das Ziel wird von jedem Teilnehmer selbst bestimmt und bleibt in der persönlichen Verantwortung. Es kann in einer Zielhierarchie von völliger Abstinenz bis zu Konsumreduktion am nächsten Wochenende reichen. Vorausgesetzt wird lediglich der Wunsch nach Veränderung. Der Fokus der Arbeit liegt vor allem auf der Suche nach persönlichen Kompetenzen und Ressourcen und deren gegenseitigen Stärkung. Nach einer Phase der Anleitung durch einen Psychologen und einen Dipl.-Soz.-Päd./ Sozialtherapeut Sucht sollte die Gruppe in einer Selbsthilfegruppe münden. Die Gruppe trifft sich freitags von 20.00-21.30 Uhr und liegt damit zeitlich dicht an der Entscheidung über die Wochenendplanung

6. Erfahrungen

Im Verlauf des vergangenen Jahres sind zwei Gruppen zustande gekommen, die sich jeweils über mehrere Monate trafen. Etwa die Hälfte der Teilnehmer war zu einer kontinuierlichen und verbindlichen Arbeit motiviert. Die Gruppensitzungen waren durch die Anleiter hoch strukturiert und selbsterfahrungsorientiert. Die ersten Phasen dienten der Vertrauensbildung, und partybezogene Themen wurden zunächst vermieden und auf später verschoben.

Sicherlich kann die große Mehrheit der Partydrogenkonsumenten den Konsum selbst und ohne Hilfe kontrollieren und auch beenden, wenn dies wünschenswert erscheint. Die Gruppenteilnehmer unterschieden sich zumeist durch das Fehlen tragender Beziehungen und Freundeskreise. Entsprechend stark war der Wunsch in der Gruppe, Männer mit ähnlichen Erfahrungen kennenzulernen.
Viele der Teilnehmer haben in Familie und Beziehung Trennungen und Brüche erlebt.

Den häufig bestehenden tiefen Ängsten vor Langeweile, Leere und Einsamkeit wird oft mit schwulentypischen Verhaltensweisen wie Arbeit oder dem Besuch von Darkrooms oder Saunen begegnet, die in ihrer Frequenz und Intensität suchthaft ausufern können. In einigen Fällen werden Sexualität und Drogenkonsum so eng miteinander verknüpft, daß Kontakte nur mehr unter Einfluß von Cannabis oder Ecstasy aufgenommen, Befriedigung nur noch mit Poppers erlebt werden kann.

Die Erfahrungen von Zurückweisung und Ablehnung in der schwulen Sub enttäuschen Wünsche nach Geborgenheit, Sicherheit, Liebe, Geborgenheit, Nähe, Selbstentfaltung. Die Funktionalität des Drogenkonsums ist hierbei den Gruppenteilnehmern meist bewußt.

Thesen zu Parallelen in der Prävention für schwule Männer und drogengebrauchende Menschen

Bernd Aretz

Schwule Männer waren bis weit in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts kaum sichtbar. Sichtbar waren diejenigen, die auffällig geworden waren, sei es durch exzentrischen Lebensstil, sei es durch psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen, sei es durch Ermittlungs- und Strafverfahren. Im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert flüchteten sich die Homosexuellen unter die Fittiche der Medizin, um so den Strafverfahren zu entkommen. Die Bestrebungen der Wissenschaft gingen dahin, nachzuweisen, daß Homosexualität ererbt oder krankhaft sei, strafrechtliche Kategorien also fehl am Platze seien. An diesem Bild haben die Homosexuellen mitgearbeitet. Magnus Hirschfeld hat hier in guter Absicht, aber mit betrüblichen Ergebnissen Wesentliches geleistet. Selbstbewußte geglückte schwule Lebensweisen kamen in der öffentlichen Diskussion nicht vor. Lediglich Karl-Heinrich Ulrichs hat im 19. Jahrhundert versucht, ein positives, nicht medizinisches Selbstbild zu entwerfen. Er ist damit gescheitert. Zu Beginn der 70er Jahre haben Dannecker und Reiche den gewöhnlichen, sozial integrierten Homosexuellen ans Tageslicht gebracht. Seit Beginn der Aids-Krise werden schwule Lebensweisen in ihrer gesamten Vielfalt gezeigt. Es wird erstmalig sichtbar, daß die Masse der schwulen Männer sozial integriert lebt, es einige kriminelle schwule Männer gibt und einige homosexuelle Männer, die an ihren homosexuellen Neigungen nach wie vor psychisch zerbrechen.

Geht man von der These aus, daß es neben dem sichtbaren Elend des Drogengebrauches, das unter dem Blickwinkel Sucht medizinalisiert oder unter den Begriffen Beschaffungskriminalität, Besitz, Handel oder Erwerb der Strafjustiz zugeordnet wurde, finden wir eine ähnliche Ausgangslage bei drogengebrauchenden Menschen wie bei den schwulen Männern zu Beginn bis zur Mitte dieses Jahrhunderts. Partydrogen-Gebrauch, Cannabis-Gebrauch, vielfältige Tablettenbenutzungen finden, dies entspricht gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis, ohne soziale Auffälligkeiten massenhaft statt. Inwieweit dies auch für intravenös genutzte Drogen, für Kokain oder andere Substanzen gilt, ist bisher nicht erforscht oder aber nicht veröffentlicht. Die Erfahrungen der Schweiz mit Heroinprogrammen, die Erfahrungen mit Substitutionsprogrammen lassen jedoch den Schluß zu, daß es unter würdigen Rahmenbedingungen auch die Möglichkeit gibt, harte Drogen sozial integriert dauerhaft zu gebrauchen.

Folgt man der These, daß der Umgang mit Drogengebrauch ein ähnliches Zuschreibungsphänomen ist, wie die Homosexuellen es lange genug von einer heterosexuellen Gesellschaft erlebten, dann ergeben sich daraus einige Konsequenzen. Übergreifend ist es Aufgabe der Aids-Hilfen, an gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu arbeiten, die einen offenen Austausch über das Leben mit Drogen ermöglichen. Dazu gehört nicht nur die Entkriminalisierung, sondern die gesellschaftlich akzeptierte Möglichkeit, über Drogengebrauch Erfahrungen auszutauschen. Die Aids-Hilfen sollten sich also darum bemühen, in ihren Veröffentlichungen und Veranstaltungen auch geglückten Drogengebrauch darzustellen, ohne allerdings die Schattenseiten außer Acht zu lassen.

Da es noch dauern kann, daß sich die nüchterne Erkenntnis in konkretes politisches Handeln umsetzt, ist die Frage, wie Betroffene bis dahin unterstützt werden können. Gleicht man es mit schwulen Lebenswirklichkeiten ab, wäre die Botschaft Safer Sex gegen Sexverbote entsprechend der Aufklärung über Risiken und Chancen des Drogengebrauches gegen Prohibition.

Wir haben mit verschiedenen Materialien versucht, schwule Jugendliche, die um ihre Identität rangen, auf ihrem Weg zu begleiten und ihnen Mut zu machen, eigene Wege zu finden. Dies heißt, daß wir Menschen am Beginn des Drogenkonsums (wo fängt der eigentlich an, bei Kaffee, Tee, Medikamenten, Zigaretten, Alkohol, Haschisch, Kokain oder Heroin?) begleiten müssen. Dabei wird man sich mit den Ursachen der Wünsche beschäftigen und möglichst risikoarme Wege beschreiten müssen, auf denen die eigene Identität gefunden werden kann. Dazu gehört m.E. ebenso die Auseinandersetzung mit Askese, Fasten, Meditation, also die Bandbreite der Möglichkeiten, im Bereich der Grenzerfahrungen Wege zum eigenen Ich zu finden.

Neben der individuellen Seite, warum jemand zu Drogen greift, gehört die Frage der Sicherheit der angebotenen Substanzen in den Bereich der Aufklärung. So wie wir Safer Sex-Broschüren, Arbeitskreise und ähnliches angestoßen haben, wären die Bedingungen des Drogengebrauchs zu verbessern mit einer Prüfung der Substanzen bis hin zu der Förderung der Möglichkeit sozial eingebundenen Konsums.

Nicht alle schwulen Lebensläufe sind glücklich. Offensichtlich ist dies auch bei Drogenkarrieren nicht der Fall. Wir brauchen also begleitende Angebote, die im Bereich Aids die Gesundheitsfürsorge bis hin zum Ermöglichen eines würdigen Sterbens einschließt.

Eines der zentralen Anliegen der Aids-Hilfe ist, Selbsthilfe zu fördern. Auch hier ist ein historischer Exkurs angesagt. Die Schwulengruppen der frühen 70er Jahre haben sich teilweise in kirchlichen Zusammenhängen verortet. Dabei waren sich die Kirchen relativ einig, daß es nicht darum gehen könne, daß die Homosexuellen sich in ihrem abartigen Lebensstil gegenseitig bestärken und möglicherweise zu ihren Treffen „noch nicht" homosexuelle Studenten dazu einladen, sondern daß es sich um therapeutisch begleitete Angebote handeln müsse. Eine ähnliche Tendenz der Sichtweise ist bei Drogengebraucherinnen und Drogengebrauchern festzustellen. Auch wenn es sicherlich viele gibt, bei denen therapeutische Begleitung Sinn macht, kann dies nicht der gesamte Bestand der Selbsthilfe sein. Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher sind also in der Emanzipation weg von ihren Helfern zu unterstützen. Daß

sie Teil der Aids-Hilfe sind und ihre Selbsthilfe darin Platz finden muß, versteht sich bei der Zielsetzung von Aids-Hilfe von selbst. Das Problem liegt hier darin, daß anders als im schwulen Bereich die sozial integrierten Drogengebraucher kaum bereit sein werden, sich sichtbar zu machen. Hier wäre darüber nachzudenken, ob nicht eine Initiative gestartet werden kann, wenigstens Unterstützung im Hintergrund zu erhalten, so wie es viele Juristen und Wissenschaftler gab, die über ihre Fachkompetenz versucht haben, auch in finsteren Zeiten schwules Leben erträglich zu gestalten.

Bei der Frage, wer denn nun die Gruppen sind, die besonderer Förderung bedürfen, oder welche Themen in der nächsten Zeit verstärkt aufgegriffen werden sollen, ergeben sich zwangsläufig die Themen Cannabis als Medizin, Kompatibilität antiviraler Therapien und Drogengebrauch, Sexualität und Drogen. Besonders anzusprechende Gruppen sind die Party-Szenen, schwule Stricher, schwule intravenös drogengebrauchende Konsumenten. Aufgegriffen werden sollte auch das Thema Alkohol.

Daß dies dann noch nach kulturellen Besonderheiten auszudifferenzieren ist und gerade im Bereich der Prostitution, allerdings nicht nur dort, die Situation der Migranten besonders beleuchtet werden sollte, ist klar.

Bei der Bestandsaufnahme, welche Angebote es im schwulen Bereich gibt, wurde festgestellt, daß es neben den Angeboten der Mommsenstraße, eve & r ave und schwulen Alkoholikergruppen zur Zeit nicht sonderlich viel gibt. Notwendig wäre nach Ansicht der Teilnehmer des Work-Shops auf bestehende Therapieangebote einzuwirken, daß Schwule mit ihren Besonderheiten für die Gründe von Abhängigkeiten und mit ihren Besonderheiten in den Lebensstilen bei vorhandenen Therapieeinrichtungen vorkommen sollten, also die Rehabilitationsträger, Rentenversicherung, Krankenkassen gedrängt werden sollten, spezielle Angebote für schwule Männer anzubieten. Insgesamt war die Zeit viel zu kurz. Es war eine lebhafte, spannende Diskussion, die etwas ausdifferenzierter fortgeführt werden sollte.