

**AIDS-FORUM D.A.H.**

**BAND IX**

**AIDS UND DROGEN II  
EVALUATION AIDS-PRÄVENTIVER  
BOTSCHAFTEN**



**Deutsche  
AIDS-Hilfe e.V.**

AIDS-FORUM D.A.H.

**Band IX**

AIDS UND DROGEN II  
EVALUATION AIDS-PRÄVENTIVER BOTSCHAFTEN

## INHALT

<b>Ingo Ilja Michels</b> <b>Heino Stöver</b> Von der Wahrnehmung des Risikos – Einschätzungen zu einer Studie über AIDS-präventives Verhalten unter i.v. DrogenkonsumentInnen	5
<b>Ursula Koch</b> <b>Sabine Ehrenberg</b> Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland	27
<b>Heino Stöver</b> <b>Klaus Schuller</b> Praxis und Politik der Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige zur HIV/AIDS-Prävention in einer ausgewählten Zahl von Mitgliedsstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO).	101
<b>Norbert Konegen</b> <b>Jan-Hendrik Heudtlass</b> <b>Werner Spikofski</b> Niederschwellige Angebote in der Drogenhilfe. Ein Beitrag zur Prävention von Drogennotfällen	125

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.  
Nestorstraße 8-9  
1000 Berlin 31

Juli 1992

Redaktion: Klaus-Dieter-Beißwenger, Christine Höpfner  
Gestaltung: Detlev Pusch  
Satz: EinSatz Ahmed Kusserow  
Druckerei: Oktoberdruck  
alle Berlin

ISSN 0937-1931

Spendenkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Berlin  
Konto 000 3500 500 (BLZ 100 906 03)  
Postgiroamt Berlin  
Konto 179 00-105 (BLZ 100 100 10)

Die D.A.H. ist als gemeinnützig und mildtätig und damit als besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

# VON DER WAHRNEHMUNG DES RISIKOS – EINSCHÄTZUNGEN ZU EINER STUDIE ÜBER AIDS-PRÄVENTIVES VERHALTEN UNTER I.V. DROGENKONSUMENTINNEN

Ingo Ilja Michels  
Heino Stöver

Die Deutsche AIDS-Hilfe beantragte 1989 bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Studie über Akzeptanz und Widersprüche bezüglich der AIDS-präventiven Botschaften unter i.v. DrogengebraucherInnen in der Bundesrepublik Deutschland. Hauptziel des Projekts war es herauszufinden, wie sich unter den spezifischen Bedingungen eines kriminalisierten und subkulturellen Lebens und angesichts der großen Gefahr, sich mit HIV zu infizieren, die AIDS-präventiven Botschaften von „Safer Use“ und „Safer Sex“ überhaupt lebenspraktisch verankern können.

## Aufgaben und Möglichkeiten empirischer Evaluation

In einem Exposé zu der Studie hieß es, daß es uns darum gehe, „unter den flankierenden Bedingungen einer Entkriminalisierungsstrategie den Ausbau einer niedrighschwelligigen Infrastruktur mit gemeindenahen sozialen Kontaktangeboten und mit szenenahen gesundheitlichen Versorgungsangeboten vom Standpunkt der Suchtakzeptanz und der Solidarität der von HIV und AIDS bedrohten und betroffenen Menschen voranzutreiben und in diesem Zusammenhang die präventiven Botschaften von Safer Use und Safer Sex kommunikativinstrumentell für die gefährdete Gruppe sinnlich wahrnehmbar zu konkretisieren“<sup>1</sup>. Was hier so abstrakt formuliert ist, basiert auf der allgemeinen Erfahrung der Behinderung dieser Präventionsarbeit durch fehlende Impulsdichte der Aufklärung, mangelnde Reichweite und geringe Haltekraft der Botschaften unter den gegebenen Lebensbedingungen von DrogengebraucherInnen – ganz besonders gilt dies im Strafvollzug. „Wir wollen nicht nur abfragen, wie die präventiven Botschaften von Safer Use und Safer Sex bei den Gefährdeten ankommen und verstanden werden“, hieß es weiter in dem Exposé, „sondern vor allem, durch welche Umstände risikoadäquate Bewältigungsformen entwickelt oder verhindert werden“<sup>2</sup>.

Wir waren uns im klaren darüber, daß eine empirische Evaluation allenfalls eine Momentaufnahme einer spezifischen Verhaltensbandbreite illustrieren könnte. Gleichwohl wollten wir in der Studie emanzipatorisches Interesse – im Sinne einer vom Lebensweisenkonzept der WHO getragenen Präventionsstrategie<sup>3</sup> – koppeln mit dem Beisteuern von Materialien zu einer differenzierteren Kenntnis der Lebenssituation von Betroffenen.<sup>4</sup>

Die Studie wollte dabei im einzelnen folgendes überprüfen:

1. die Wahrnehmung des Informations- und Beratungsangebots zu AIDS durch i.v. DrogenkonsumentInnen;
2. die spezifische Wahrnehmung des Angebots der AIDS- und Drogenhilfen;
3. die Kenntnis der HIV-Infektionswege;
4. den Vermittlungszusammenhang der Akzeptanz präventiver Botschaften.<sup>5</sup>

#### Schadensmindernde Strategien in der Gesundheitspolitik

Die Studie sollte eine solide Grundlage für interessen geleitete Forschung legen. Mit ihrer Präventionsstrategie für i.v. DrogenkonsumentInnen steht die D.A.H. zu den (noch) vorherrschenden gesundheitspolitischen Prämissen der Bundesregierung, wie sie etwa im „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ skizziert sind<sup>6</sup>, im Widerspruch.

Das Präventionskonzept der D.A.H. für i.v. DrogenkonsumentInnen basiert auf der „Harm reduction“-Strategie, wie sie mittlerweile in der gesamteuropäischen Gesundheitspolitik weitgehend anerkannt ist und wie sie auch Ausdruck findet in den „Empfehlungen der IV. Europäischen Beratung über Aufklärung und Prävention von AIDS“ von 1990<sup>7</sup>, in denen es u.a. heißt:

*„Wir erkennen an, daß es das Hauptziel von Drogen-Präventionsstrategien in ganz Europa war, Drogen-Abstinenz zu erreichen und daß Abstinenz die Verbreitungswege von HIV reduzieren würde. Als ein übergreifendes Ziel unterstützen wir diese Strategie weiterhin. Wir räumen indessen ein, daß Drogenabhängige zahlreiche verschiedene Stadien durchlaufen, bevor sie sich entschließen, keine Drogen mehr einzunehmen. HIV-Aufklärung und die jeweiligen Präventionsstrategien müssen potentielle DrogenkonsumentInnen und Drogenabhängige in jedem Stadium ihrer ‚Drogenkarriere‘ erreichen. Diese Strategien müssen daher so beschaffen sein, daß sie einer Abstinenz nicht im Wege stehen und den Drogenabhängigen nicht stigmatisieren oder entfremden, was schließlich die Botschaften dieser Strategien wirkungslos machen würde.“<sup>8</sup>*

Konkrete Empfehlungen wie die folgenden werden ausgesprochen:

*„Mitarbeiter im Bereich der Drogen- und AIDS-Aufklärung sollten davon ausgehen, daß Drogenkonsumenten wie alle anderen Gruppierungen keine homogene Gruppe darstellen; daher müssen Programme entwickelt werden, die nicht nur die Bedürfnisse von Frauen, Jugendlichen und Angehörigen unterschiedlicher ethnischer Gruppen einbeziehen, sondern auch ihren kulturellen, sozialen und sprachlichen Hintergrund berücksichtigen... Kampagnen zur Gesundheitsförderung sollten unter Hinzuziehung von DrogenkonsumentInnen entwickelt werden, um sicheren Drogenkonsum und sichere Sexualpraktiken zu fördern.*

*HIV- und Drogenaufklärungs-/Gesundheitsförderungsprogramme sollten DrogenkonsumentInnen nicht stigmatisieren und von ihrem sozialen Umfeld entfremden, sondern ihre Rechte als Bürger anerkennen. Drogen- und HIV-Aufklärungsprogramme sollten die Bedürfnisse von DrogenkonsumentInnen entsprechend dem jeweiligen Stadium sowie ihrem HIV-Status widerspiegeln.*

*Diese Programme sollen u.a.*

- *drogenfreies Leben;*
- *möglichst sicheren Umgang mit Drogen;*
- *möglichst sichere Sexualpraktiken;*
- *Lebensweisen wie Ernährung etc. fördern und darüber informieren...*

*Die bestehende Gesetzgebung und Rechtsprechung sollte nicht mit den Zielen der Strategien zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung kollidieren und sie so unwirksam machen.“<sup>9</sup>*

Diese Strategien setzt die D.A.H. auf der Grundlage fachlich-wissenschaftlicher Beratungen mit MitarbeiterInnen von AIDS- und Drogenhilfen, Forschern und nicht zuletzt Selbsthilfegruppen von Drogenkonsumenten (vor allem von Substituierten) bereits seit 1986 in konkrete Projekte um. So werden seither Seminare und Workshops zu allen Fragen der HIV-Prävention wie auch zur Behandlung von bereits HIV-positiven bzw. AIDS-kranken DrogenkonsumentInnen angeboten. Seit 1989 werden eigene Workshops von und für betroffene DrogenkonsumentInnen veranstaltet, in denen der Gedanke der Qualifizierung der „peer group“ im Vordergrund steht. Zusammen mit den Selbsthilfegruppen, die sich bundesweit als JES-Initiativen (JES steht für Junkies, Ex-Junkies und Substituierte) in mittlerweile über 40 Städten gebildet haben, entwickelte die D.A.H. spezifische Materialien zu „Safer Use“. Dabei war das Expertenwissen von langjährigen DrogenkonsumentInnen die Voraussetzung dafür, daß dieses Material szeneadäquat entwickelt werden konnte.

#### Vermittlungsinstanzen AIDS-präventiver Kenntnisse und Botschaften

Gleichwohl zeigt die jetzt vorliegende Studie auch die Defizite der Prävention auf. So läßt sich erkennen, daß neben einem Netz struktureller und instrumenteller Prophylaxeangebote (Spritzenausgabe, Spritzenaustausch, Kontaktläden, Entkriminalisierungsinitiativen, Übernachtungseinrichtungen, „Druckräume“ auf der Szene, Wohnprojekte u.a.) auch das Setting verbessert werden müßte. Berücksichtigt werden müßte zum Beispiel, daß es verschiedene Applikationsformen beim Drogenkonsum gibt, daß in einzelnen Szenen und Altersstufen (etwa bei Neueinsteigern und erfahrenen Fixern) z.T. erhebliche Unterschiede im Risikoverhalten bestehen, daß sterile Spritzbestecke nicht überall leicht zugänglich sind und daß das Wissen über die Übertragungswege von HIV unterschiedlich ist. Die vorliegende Untersuchung bestätigt dies eindrucksvoll. Sie kann aber nur zum vertieften Nachdenken und zum Dialog mit den Betroffenen anregen. Uns war dabei bewußt, daß in der Gruppe der kriminalisierten DrogenkonsumentInnen kein „Meinungsforschungsinstitut“ mit freundlichen GelegenheitsinterviewerInnen in der Lage wäre, eine derart detaillierte Befragung durchzuführen – besonders nicht bei denjenigen, die noch auf der Szene sind (und das waren in unserem Sample immerhin 68%; 74% der Frauen und 65% der Männer). Es ist insofern kein Zufall, daß die Interviews überwiegend von InterviewerInnen mit eigener Drogenerfahrung (bei 68% der Interviews) durchgeführt wurden, die selbst auch in präventiver Absicht gehandelt haben, wenn im Verlauf des Gesprächs deutlich wurde, daß noch falsche oder unzureichende Kenntnisse über den HIV-Infektionsschutz vorhanden waren. Gerade solches „peer

group“-Wissen und die Stärkung der „peer group“-Identität – die letztlich gegenseitige Akzeptanz erzeugt – müßten gefestigt und zur HIV/AIDS-Präventionsstrategie unter i.v. DrogenkonsumentInnen ausgebaut werden. Dazu bedarf es freilich eines radikalen Umdenkens in der Gesundheitspolitik: Im „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ der Bundesregierung ist zwar die Rede vom „harten Kern“ der 15.000 – 20.000 sog. „Altfixer“, die aber lediglich negativ definiert werden als die Gruppe derjenigen, die andere zum Drogenkonsum „verführen“<sup>10</sup>. Aber gerade hier käme es darauf an, deren Kompetenz im risikoarmen Überleben trotz riskanter Lebensbedingungen brauchbar zu machen für die Prävention. Dies wird von Experten in den USA (Friedmann et al.)<sup>11</sup>, in den Niederlanden (F. Trautmann)<sup>12</sup>, (J.P. Grund)<sup>13</sup> (W. de Jong)<sup>14</sup> oder Großbritannien<sup>15</sup> gefordert. In Liverpool z.B. werden die Klein-Dealer in die Spritzenvergabeprojekte miteinbezogen, in dem diese im „snow ball“-System ihre privaten Kunden, die nicht die Spritzenabgabestellen im öffentlichen Gesundheitswesen aufsuchen, neben den Drogen auch mit sterilen Bestecken versorgen. Das scheint auch deshalb besonders bedeutsam zu sein, weil in unserem Sample deutlich wird, daß das Injizieren der Drogen selbst ein im Grunde genommen „privater“ Akt ist. Nahezu 60% gaben an, „nur privat“ oder „überwiegend privat“ zu konsumieren, während dies 12% „überwiegend“ oder „nur öffentlich“ tun. Dabei sind in unserem Sample wesentlich solche KonsumentInnen erreicht worden, die mit dem AIDS-/Drogenhilfssystem in Berührung stehen. Eine Studie über die BesucherInnen der „Platzspitzszene“ in Zürich hat gezeigt, daß selbst in dieser offenen Drogenszene etwa 40 – 60% der unregelmäßigen BenutzerInnen noch nicht mit dem AIDS- und Drogenhilfssystem in Berührung gekommen sind und selbst zwischen 50 und 60% noch nicht einmal mit den Strafverfolgungsbehörden<sup>16</sup>. Ähnliche Hinweise auf die bisherige Vernachlässigung der „privaten Szenen“ in der Forschung gibt auch eine holländische Studie (de Loo)<sup>17</sup> über KonsumentInnen von Ecstasy. Diese KonsumentInnen-Schicht ist bislang jedenfalls kaum über spezialisierte Angebote erreicht worden, wobei Ecstasy- und Kokain-KonsumentInnen nicht im engeren Sinne Zielgruppe von AIDS-präventiven Botschaften sein müssen (vgl. Studie von P. Cohen<sup>18</sup> aus Amsterdam und Waldorf et al. aus den USA<sup>19</sup>), sondern eher im Sinne von AnsprechpartnerInnen von „hidden risks“ etwa über öffentliche Medien<sup>20</sup>. Es scheinen hier solche Vermittlungsinstanzen in der Zukunft als Träger präventiver Diskurse ins Blickfeld zu rücken, die bislang vernachlässigt wurden bzw. gar nicht in Betracht gezogen worden sind:

1. die niedergelassenen Ärzte
2. die MitarbeiterInnen in Entgiftungseinrichtungen
3. die MitarbeiterInnen in therapeutischen Einrichtungen und im Strafvollzug
4. die MitarbeiterInnen in Polizeidienststellen.
5. An entscheidender Stelle kommen noch – neben den ohnehin in diesem Bereich schon tätigen professionellen ehren- oder hauptamtlichen MitarbeiterInnen – gerade für die offenen und privaten Szenen des Drogenkonsums die Drogenselbsthilfegruppen in Betracht. Dabei sind hier nicht die abstinenzorientierten Selbsthilfegruppen (etwa Narcotics Anonymous oder Synanon) gemeint, weil sie als Ex-User im Prozeß der Abspaltung ihrer bisherigen User-Identität vermutlich in zu große Rollenkonflikte gerieten, sondern die eher akzeptanzorientierten JES-Gruppen und Junkieverbände. Diese sind bislang jedoch weder struktu-

rell-finanziell abgesichert (außer durch die von den Landesregierungen finanzierten Selbsthilfekontaktläden in Köln, Dortmund, Düsseldorf und Bonn sowie in Bremen und Berlin<sup>21</sup>), noch in ihrer Kompetenz anerkannt.

Zu 1.

*Niedergelassene Ärzte* gehören zu denjenigen Ansprechpartnern, die bezüglich einer HIV-Testberatung bzw. eines HIV-Antikörper-Tests besonders wichtig im Hilfesystem für i.v. DrogenkonsumentInnen sind. Sie haben ebenfalls einen zentralen Stellenwert in bezug auf die Verschreibung und Vergabe von „legalen“ Opiaten bzw. Opiat-Ersatzmitteln (etwa 33% des Studiensamples erhielten solche Medikamente – 61% Codein, 31% L-Polamidon – davon 80% durch niedergelassene Ärzte und 7% in staatlichen Programmen).

Hier liegt auch eine zentrale, bisher nicht ausreichend genutzte Schaltstelle für Informationen über HIV-präventive Praktiken. Das gilt sowohl für den Bereich risikoärmerer Injektionspraktiken – die Ärzte und medizinisches Personal ohnehin beherrschen müssen –, als auch für eine Beratung über die Vermeidung HIV-relevanter Sexualpraktiken. Gleichwohl muß vermerkt werden, daß die medizinische Ausbildung weder adäquates Wissen über Drogenkonsum und -abhängigkeit, über die Pharmakologie von Opiaten und Opiat-Derivaten sowie Substitutionsmitteln oder die Psychodynamik süchtigen Verlangens vermittelt, noch spezifische Fähigkeiten in der nondirektiven Beratungspraxis und schon gar nicht eine ausreichende Qualifikation zur Beratung von Sexualproblemen – und im übrigen auch nicht über HIV und AIDS und deren spezifische medizinische und psychosoziale Behandlung.

Gerade Beratung wird von den Betroffenen positiv verbunden mit akzeptierender, nichtmoralisierender Haltung der BeraterInnen (siehe Koch-Studie S. 66ff). Deshalb sollte diese Schnittstelle für Beratungen zu HIV-risikorelevantem Verhalten im Kontext eines interdisziplinären Diskurses unbedingt genutzt werden<sup>22</sup>.

Zu 2.

Als weitere Schnittstelle kann die *Entgiftung* angesehen werden. Nahezu jeder Drogenkonsument kommt im Laufe der Konsumdauer mit Entgiftungs-/Entzugseinrichtungen – entweder ambulant über niedergelassene Ärzte oder stationär über Kliniken, Psychiatrien oder drogenspezifische Entzugseinrichtungen – in Berührung. Hier ergäbe sich – innerhalb einer „Ruhepause“ durch eine wenigstens vorübergehende Clean-Phase – die Möglichkeit des Trainings von „Safer Use“- und „Safer Sex“-Praktiken vor der Entlassung. Modellhaft wird dies in einer Einrichtung praktiziert, nämlich in der L-Polamidon-gestützten Entzugseinrichtung „Cleanok“ in Lengerich/Westfalen:

*„Immer dringlicher wird heute die Notwendigkeit, Präventionsbotschaften gegen das Risiko der HIV-Infektion an Drogenkonsumenten zu vermitteln.*

*Genauso dringlich ist es, der drohenden Verelendung eines zunehmend größeren Teils der Drogenkonsumenten entgegenzuwirken. Aus dem Erfahrungswissen von 'Cleanok' sage ich,*

1. *das vermeintliche Expertenwissen der Drogenkonsumenten sowohl bezogen auf HIV-Prophylaxe als auch auf Maßnahmen der ersten Hilfe und des Schutzes vor Verelendung durch risikoreichen Konsum ist wirklich gering;*

2. die aktivierbaren Selbstheilungstendenzen und Selbsthilfepotentiale sind umso größer, je einfallsreicher wir ein ‚Learning by Doing‘ auch in der AIDS-Prophylaxe, dem Schutz vor risikoreichen Konsumformen und dadurch forcierter Verelendung praktizieren.

Im Drogenentzug von Cleanok haben wir erste Schritte dahin unternommen, einen schadensmindernden Konsum – Safer Use – einzuüben:

Wenn ich schon weiter konsumiere, wie versorge ich vorhandene Wunden, wie pflege ich meine Venen, wie leiste ich Erste Hilfe, wenn mein Mitkonsum nach Barbituratkonsum krampft, wie gehe ich mit dem ‚Shake‘ konsumbelastender Beimengungen um? Was kann ich tun, wenn es zu Atemdepression kommt? Wie wird Spritzenbesteck angemessen gereinigt? In der Vorbereitung und Durchführung eines Trainingsprogramms mit Beantwortung eben dieser unterschiedlichen Aspekte sind wir auch mit dem Vorwurf konfrontiert, uns auf die Ebene des ‚Co-Abhängigen‘ zu begeben, den Krankheitsverlauf zu begünstigen und zur Fortsetzung des Konsums sogar zu ermutigen.

Unsere Antwort – hier kurz gefaßt:

Die Realität nach Kurzzeitbehandlungen, nach Entwöhnungsbehandlungen und nach Kriseninterventionen ist doch: die Mehrheit der Klienten wird zunächst den Konsum fortsetzen, zumeist auch intravenös applizieren. Also spalten wir diese Realität nicht ab, sondern nehmen sie vorweg, betreiben die aktive Auseinandersetzung auch mit den damit verbundenen Risiken. Safer-Use-Training gehört sowohl in den Alltag der Drogenberatung, des Streetworking, der Entzugsbehandlung und auch in das erste Quartal der Entwöhnungsbehandlung mit den bekannt hohen Abbruchquoten.

Es muß eine Selbstverständlichkeit werden, um Präventionsbotschaften näherzubringen. Dadurch glorifizieren wir nicht den praktizierten Konsum und die Kultur des Drogengebrauchs, wir leisten aber einen Beitrag zur Sicherung des Überlebens und zur Entwicklung möglichst geringer, schadensminimierender Konsumformen.“<sup>23</sup>

Man könnte dieses Projekt als „paradoxe Intervention“ definieren, eine im psychotherapeutischen Prozeß durchaus bekannte Interventionsmethode. Erste Ergebnisse einer Vorstudie zu den Ursachen von Drogentodesfällen<sup>24</sup> haben ergeben, daß riskante Injektionen besonders nach Clean-Phasen (nach der Entgiftung, aber auch nach Haft- und Therapieaufenthalten) praktiziert werden – oft unter Verknennung der akzeptablen Dosis und unter mit Schuldgefühlen besetzten, klandestinen Bedingungen (psychoanalytisch als Selbstbestrafung bewertbar).

Zu 3.

Insofern sind neben Entzugseinrichtungen gerade auch drogenfreie Therapieeinrichtungen<sup>25</sup> und Haftanstalten Orte, an denen „Safer Use“- und „Safer Sex“-Regeln „erlernt“ werden könnten. Dagegen steht indes, daß solche Interventionen nur dann erfolgversprechend sein können, wenn die MitarbeiterInnen, die sie anbieten, keine innerlich moralisierenden und ablehnenden Haltungen einnehmen. Dazu aber bedarf es eines Paradigmenwechsels: weder in der Haft, noch in der Therapie darf der drogengebrauchende Anteil der Klienten gezeugnet oder abgespalten werden. Wenn immer mehr Einrichtungen der Drogenhil-

fe rückfall- („relapse“) prophylaktisch orientiert arbeiten<sup>26</sup>, liegt hier auch eine Chance, AIDS-präventives Training unterhalb der Schwelle der Abstinenz zu verankern. Das gilt natürlich auch für den Strafvollzug. In unserer Studie wird erneut deutlich, daß der Strafvollzug nach wie vor einer der riskantesten Aufenthaltsorte bezüglich einer HIV-Infektion ist. Ein sehr großer Teil des Samples hat bereits Hafterfahrung (71% der Männer und 41% der Frauen), wobei insbesondere die Männer lange Hafterfahrung haben. Ein Drittel von ihnen hat Hafterfahrung zwischen 2 und mehr als 5 Jahren! Fast die Hälfte hat den Drogenkonsum auch im Gefängnis fortgesetzt. Ein Drittel konsumierte mehrmals am Tag bis mehrmals pro Woche Heroin in der Haft. Es ist wenig erstaunlich, daß die HIV-Prävalenz unter den Hafterfahrenen doppelt so hoch ist wie bei denjenigen ohne Hafterfahrung, bei den Frauen sogar mehr als dreimal so hoch.

Hier zeigt sich ein dringender Bedarf an HIV-Prophylaxe und – wenn schon keine Spritzbestecke zur Verfügung gestellt werden – an „Safer Use“-Trainingsprogrammen, in denen die Desinfizierung erlernt wird. Wegweisend könnte die Praxis des Gefängnisses von Regensdorf bei Zürich in der Schweiz sein, wo die Gefangenen eine „Taschenapotheke“ ausgehändigt bekommen, die Desinfektionsmaterial für Spritzen enthält.

**Beispiel: Taschenapotheke für Insassen der Kantonalen Strafanstalt Regensdorf, Zürich, Schweiz**

Beim Eintritt wird an alle Insassen ein allgemeiner Informationsprospekt über AIDS in der jeweiligen Sprache des Gefangenen abgegeben, wie auch eine Taschenapotheke, welche ein Merkblatt mit Ratschlägen für die Erste Hilfe und zur AIDS-Prophylaxe enthält. So ist die Apotheke auch für jene nützlich, die nichts mit Drogen oder AIDS zu tun haben. Eine ausschließliche Abgabe an User oder HIV-Positive würde als diffamierend empfunden werden.

Der Inhalt der Apotheke besteht aus Zellstofftupfern, Watte, Pflastern, einer Flasche mit Natriumhypochlorit 1% und 3 Kondomen.

Die Wahl des „Bleach in verdünnter Form“ = Milton’sche Lösung als Desinfizierungsmittel ist auf dessen Erwähnung in der Publikation der Autoren Robert J. Battjes, D. S. W. und Roy W. Pickens (National Institute on Drug Abuse, 5600 Fishers Lane, Rockville ) im NIDA Research Monograph 80, 1988, zurückzuführen und auch darauf, daß die verdünnte Bleach-Lösung ebenfalls für die Desinfektion kleiner Wunden gebraucht werden kann. Da das Mittel keinen Alkohol enthält und eine i.v. Injektion in kleinen Mengen keine fatalen Nebenwirkungen haben soll, dürfte die mißbräuchliche Verwendung gering sein. Nach zweimaligem Gebrauch sollte die Lösung im Arztdienst erneuert werden, da die Virusdesinfizierende Wirkung nachläßt.

Generell wird das Interesse an der AIDS-Prophylaxe von den Insassen geschätzt. Nach Ansicht des verantwortlichen Arztes stellen nach den geführten Gesprächen nicht wenige der Konsumenten von der intravenösen auf die nasale Applikation um.

Die Taschenapotheke enthält (Kosten in Schweizer Franken):

1. eine Plastikdose	0,35
2. Pflaster	1,10
3. Watte	0,95
4. Tupfer	0,95



5. eine Plastikflasche	0,61
6. 100 ml Miltonlösung	0,44
7. 3 Kondome	2,60
8. ein Merkblatt	0,36
9. 2 Klebeetiketten	0,15
10. Bereitung der Apotheke	0,60
<b>1 Taschenapotheke kostet</b>	<b>7,56</b>

Diese Initiative ist Resultat der Zusammenarbeit zwischen Anstaltsleitung und Arztdienst.<sup>27</sup>

Weitere Informationen sind erhältlich bei:  
 Dr. Karl E. Bolli  
 Strafanstalt Regensdorf  
 Postfach 31 43  
 CH-8105 Regensdorf/Schweiz  
 Tel.: +41 18 40 1711/Fax.: +41 18 40 48 19

Hier gilt es, vorhandene Grenzen moralischer, ethischer und juristischer Art zu überwinden. Beamte des Strafvollzugs argumentieren nicht selten mit dem Konflikt einer „double bind“-Situation, wenn von ihnen verlangt wird, einerseits laut Strafvollzugsgesetz dafür Sorge zu tragen, daß im Strafvollzug keine Drogen konsumiert werden und andererseits nicht nur den vorhandenen Konsum tatsächlich anzuerkennen, sondern ihn auch noch zu „erleichtern“. Nun stellt aber die Gefährdung durch eine HIV-Infektion einen objektiven Grund des „rechtfertigenden Notstands“ dar ( 34 StGB), der eine überlebendensichernde und schadensminimierende Intervention durchaus erlaubt. Wenn schon die Bereitstellung von Spritzbestecken aus sicherheitspolitischen Erwägungen zurückgewiesen wird, so sollte die aktive Bereitstellung von Desinfektionsmöglichkeiten und das Anleiten zum Desinfizieren von Spritzutensilien doch geboten sein. Sowohl das ärztliche und medizinische Hilfspersonal als auch der allgemeine Vollzugsdienst sollten darin einbezogen werden.

#### Zu 4.

Die Einbeziehung des *Personals von Ermittlungsbehörden* – Polizeibeamte und Beamte der Rauschgiftdezernate – in das Netz personalkommunikativer Intervention darf schließlich auch nicht ausgeschlossen bleiben. Auch hier könnte ein vorurteilsfreies Ausbildungs- und Aufklärungsprogramm dafür sorgen, daß statt rigider Strafverfolgungspraxis der nothelfende Aspekt dieser Arbeit einen größeren Stellenwert erhält. Polizei und Rauschgiftdezernate auf der einen und DrogenkonsumentInnen auf der anderen Seite haben nicht selten einen persönlichen – wenn auch von gegenseitigem Mißtrauen und von Seiten der betroffenen DrogenkonsumentInnen durch leidvolle Erfahrung von nicht respektierten Bürger- und Menschenrechten geprägten – Kontakt zueinander.

Im Sinne einer schadensminimierenden Gesundheitspolitik kann auch in diesem Bereich aktive HIV-Prävention betrieben werden. Dazu bedarf es aber ebenfalls eines Paradigmenwechsels in der Aufgabenstellung der Ermittlungsbehörden:

nicht länger im Sinne des Legalitätsprinzips Verfolgungsdruck gegenüber den kleinen Dealern und Konsumenten, sondern im Rahmen des Opportunitätsprinzips (wie es jüngst auch in den Entkriminalisierungsvorschlägen des Bundesrates und der SPD-Bundestagsfraktion geschieht<sup>28</sup>) Verbraucherschutz durch Beratung über die vorliegenden aktuellen Qualitäten von auf der Szene gehandelten Substanzen (Reinheitsgrade des Heroins und Kokains; vorhandene Schwankungen), Ausgabe steriler Spritzbestecke und Kondome, keine Verhöre unter Entzugssymptomen und Akzeptanz der Integrität von Hilfsangeboten (Kontaktläden und „Fixerräume“).

Das mag zunächst ungewöhnlich, ja befremdlich klingen und utopisch obendrein, aber angesichts der AIDS-Krise unter den DrogenkonsumentInnen und unter den Bedingungen einer sich zuspitzenden Verelendung und gesundheitlichen Krise auf den offenen Szenen bedarf es eben auch ungewöhnlicher Interventionsstrategien im Bereich der Prävention.

#### zu 5.

Die entscheidende gesundheitspolitische Interventionsstrategie jedoch bleibt die Unterstützung des „subjektiven Faktors“, die Freisetzung der Selbsthilfepotentiale und Handlungskompetenzen von *Betroffenen*, was schon in der Bedrohung der „gay community“ durch AIDS die gesundheitspolitisch relevante Strategie von Prävention und Behandlung geworden war. Die vorliegende Studie macht das erneut zum Gegenstand und unterstreicht genau diesen Faktor.

Verbesserte Beratungsangebote – und hier werden insbesondere qualifiziertes Informationsmaterial (46%) und Gespräche (48%) genannt sowie Anleitungen zu „Safer Use“ (60%) und „Safer Sex“ (58%) – wurden vor allem auf der Szene (54%) gewünscht und sollten durch Betroffene/User (52%) geleistet werden. Sie werden am vertrauenswürdigsten eingeschätzt. Die D.A.H. organisiert die Treffen und die Qualifizierung der Drogenselbsthilfe, in enger Kooperation mit den JES-Gruppen als Teil der AIDS-Hilfe-Bewegung. Es muß aber eingefordert werden, daß diese Qualifizierung auch anerkannt wird, ebenso daß sie auch bezahlt und nicht als ehrenamtliche Komponente von der staatlichen Drogen- und Gesundheitspolitik stillschweigend vorausgesetzt wird. Selbsthilfegruppen von (ehemaligen und substituierten) DrogenkonsumentInnen bedürfen der gleichen finanziellen Ausstattung wie die professionelle Drogen- und AIDS-Hilfe. Ließen sich spezifische Projekte und Materialien noch über Krankenkassen gemäß § 20 SGB V finanzieren<sup>29</sup>, so bedarf es einer Sockelfinanzierung von Kontaktläden und Projekten auf der Szene durch Modellprojektfinanzierung durch den Bund und Kostenübernahme durch Länder und Kommunen.

Diese Forderung entspricht im übrigen auch den Ergebnissen der Studie des „Sozialpädagogischen Instituts“ (Kleiber/Pant) zu HIV-Prävalenz, Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenkonsumenten. Kleiber/Pant kommen zu der Schlußfolgerung:

„Das zunehmende Auseinanderdriften der HIV-Prävalenzen bei FixerInnen in Therapie und auf der offenen Szene erfordert den Ausbau von niedrigschwelligen Angeboten der sekundären Prävention (aufsuchende Arbeit, medizinische und psychosoziale Ambulanzen, betreute Wohnprojekte), da offenbar viele HIV-Ak-positive Drogenkonsumenten ein Leben auf der offenen Szene den problematischen Lebenschancen eines HIV-infizierten Ex-Drogengebrau-



chers ohne Arbeit, Wohnung und soziales Netzwerk vorziehen. (...) ohne den geförderten und betreuten Zugang zu stabilen Wohn-, Ausbildungs- und Arbeitsverhältnissen werden Maßnahmen, die auf der Ebene der Verhaltensmodifikation ansetzen und dort stehenbleiben, bald an ihre Effektivitätsgrenzen stoßen. (...) das größte Potential zukünftiger Präventionserfolge (liegt) in der Förderung von Selbsthilfe und Selbstorganisation der Betroffenen.“<sup>30</sup>

Auch die sog. „AMSEL“-Studie – eine Längsschnittstudie bei 324 hessischen Drogenkonsumenten in den Jahren 1985 bis 1990 zur ambulanten Therapie und Selbstheilung<sup>31</sup> – kommt zu dem Ergebnis:

„Aber schon im Verlauf des Längsschnitt konnten wir beobachten, daß für die bereits heute erkrankten Drogenabhängigen, die es (noch) nicht schaffen, ohne Drogen leben zu können, eine ausreichende lebenspraktische Unterstützung weitgehend fehlt. Die zentralen Probleme betreffen die medizinische Versorgung sowie die sozialen und gesundheitlichen Folgen ihrer Wohnsituation. HIV-infizierte und an AIDS erkrankte Drogenabhängige, die weiterhin Drogen konsumieren, werden nicht von den abstinenzorientierten Hilfeangeboten aufgefangen.“<sup>32</sup>

Als Identitätsstiftend und das Selbsthilfe- und Heilungspotential am meisten zur Geltung bringend gilt aber sicherlich der Ansatz, die Selbstorganisationsbedürfnisse von betroffenen DrogenkonsumentInnen zu fördern. Und hier zeigen sich deutliche positive Entwicklungen. So gaben im Sample der Koch/Ehrenberg-Studie 47% der Befragten an, Selbsthilfegruppen (SHG) für DrogengebraucherInnen zu kennen (49% der Männer, 43% der Frauen).

Welche Gruppen diese 47% kannten, zeigt folgende Tabelle:

Gruppe	Männer	Frauen	gesamt
	%	%	%
Narcotic Anonymous	16	15	16
Junky Bund	35	39	36
J.E.S.	36	42	38
Lokale Gruppe	24	23	24
SHG AIDS-Hilfe	2	4	3
Name unbekannt	12	4	9
3 und mehr Angaben	5	5	5

Den höchsten Bekanntheitsgrad hatten J.E.S. mit 38% und Junky Bund mit 36%. Beide Gruppen sind den Frauen bekannter als den Männern.

Von den Befragten, die eine oder mehrere SHG kannten, gaben 24% an, selbst in einer Gruppe mitzuarbeiten.

#### Hindernisse in der Umsetzung und Umsetzbarkeit der Präventionsbotschaften

Neben den Erfordernissen im Bereich der Sekundärprävention müssen aber auch im Bereich der Umsetzbarkeit der „Safer Use“- und „Safer Sex“-Botschaften unter DrogenkonsumentInnen sowohl die strukturellen Bedingungen, wie auch das Setting für sozialpsychologische Intervention und Unterstützung verbessert werden.

In bezug auf das „Needle Sharing“ kommen Kleiber/Pant zu ähnlichen Ergebnissen wie Koch/Ehrenberg: subjektiv wie objektiv erschwelter Zugang zu Spritzbestecken, aber auch habitueller Gebrauch von Spritzbestecken in vermeintlich abschätzbarer Risikosituation mit vertrauten Partnern/Freunden.

Noch immer ist in einigen Bundesländern die Versorgungsstruktur mit sterilem Spritzbesteck skandalös: eine kostengünstige, anonyme, nicht-moralisierende, sozialverträgliche und dezentrale 24-Stunden-Zugänglichkeit in Apotheken, Beratungsstellen und Automaten ist eine entscheidende Voraussetzung für hygienische Injektionen.

Ein weiterer Problembereich ist die mangelnde oder falsche Spritzendesinfektion.

In der Studie von Kleiber/Pant „wird deutlich, daß fast 80% der Befragten hinsichtlich der Verhinderung einer HIV-Transmission ineffektive Methoden angewandt haben (Durchspülen mit heißem oder kaltem Wasser)“<sup>33</sup>, in der Studie von Koch/Ehrenberg reinigen ebenfalls nur 15% ihre Spritzbestecke adäquat.

Hier müssen konsequente Bemühungen hin zu einer konkreten Anleitung unternommen werden, ebenso aber sollte erwogen werden, endlich – wie in anderen europäischen Ländern und den USA – „Bleach“-Mittel – in der Bundesrepublik böte sich eine verdünnte Chlorix-Abfüllung an – in leicht zugänglicher Form in der Drogenszene und im Gefängnis bereitzustellen.

Ähnlich wie beim Bestücken von Spritzenautomaten könnte der zentrale Vertrieb von der AIDS-Hilfe übernommen werden.

Ein weiterer Defizitbereich bleiben die sog. „Hidden risks“, auf die Jean-Paul Grund et al. zum ersten Mal bei der First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm im April 1990 in Liverpool aufmerksam machten. Sie berichteten dort über die Methoden des „Drug Sharing“ und des „Back/ Frontloading“ und die damit verknüpften Risiken einer HIV-Transmission unter DrogengebraucherInnen<sup>34</sup>.

Im Sample unserer Studie gaben 36% der Befragten an, Drogen mit anderen zu teilen, 2% immer, 7% oft und 27% manchmal. Auch hier müßte eine Präventionsstrategie differenzierter auf die Risiken hinweisen, die damit verknüpft sind.

Der schwierigste Bereich von Verhaltensänderungen, die weniger habituell oder strukturell, als vielmehr sozialpsychologischer Natur sind, ist zweifelsohne der des sexuellen Verhaltens.

In den bereits vorliegenden Studien zur Veränderung des Sexualverhaltens schwuler Männer im Zeichen der AIDS-Krise<sup>35</sup> wird u.a. auf die psychischen Blockaden verwiesen, die eine kontinuierliche, quasi habituell verinnerlichte Kondombenutzung („Das Kondom im Kopf“) verhindern (Becker/Clement).

Was schon in einer relativ gut organisierten Subkultur mit eigenen Szenenormen auf Schwierigkeiten stößt, dürfte bei einer Population, die ohnehin ein Sexualleben in vielfach schwierigen Bedingungsgefügen lebt, nicht eben einfacher lebbar sein. Wobei die „doppelte Riskiertheit“ – über Spritzenbenutzung und Sexualverkehr – möglicherweise zur Ausblendung wenigstens einer riskanten Praxis führt. Zunächst gibt es natürlich auch erhebliche Unterschiede im realen Risiko einer HIV-Transmission via Sexualkontakt.

In der Studie von Michael Bochow über schwule Männer gaben 1988 3,7% der Befragten an, keinen Sexualpartner zu haben. Im Sample von Koch/Ehrenberg

sind dies dagegen 42% (!) (Bei Kleiber/Pant sind es 20%; bei Koch/Ehrenberg 33% der Frauen und 47% der Männer).

Bei Bochow hatten 16% einen „Steady partner“. Im Sample von Koch/Ehrenberg sind es 46% (58% der Frauen und 39% der Männer) (bei Kleiber/Pant sind es 43%). Bei Bochow haben 37,2% zwei bis fünf Partner, im Sample von Koch/Ehrenberg sind es dagegen nur 11% mit zwei bis vier PartnerInnen (6% der Frauen und 13% der Männer; bei Kleiber/Pant sind es 30%). Und mehr als fünf Partner gaben bei Bochow 43,1% an, bei Koch/Ehrenberg sind es lediglich 1% mit mehr als vier PartnerInnen (3% der Frauen und 1% der Männer; bei Kleiber/Pant sind es 7%).

In diesen Zahlen spiegeln sich sehr unterschiedliche Konzepte von Partnerschaft und Sexualität wider. Gleichwohl scheint aber das psychoanalytische Muster der Mystifikation von Beziehung, Liebe und Sexualität durchaus ähnlich zu sein, wenn man die Interviews vergleicht, die Annick Prieur dazu gemacht hat<sup>36</sup> und wenn wir den Ansatz von Volkmar Sigusch zugrundelegen, wie er in seinen Reflexionen „Die Mystifikation des Sexuellen“ zutage tritt:

*„Als zentraler Wert bestimmt Liebe über das Geschehen. Wer sie hat, ist zu allem berechtigt. Sie ist die Moral schlechthin. Ihr Herkommen ist ebenso unklar wie ihre Stimmung irrational. Es geht zu, wie wenn Naturgesetze am Ruder wären. Hat sich Liebe einmal in ihr eigenes Recht gesetzt, findet sich die vordem beschworene Freizügigkeit im Unrecht wieder. Jetzt wird Treue gefordert. Doch die Liebe ist fast so punktuell und kurzfristig und unzuverlässig wie der sexuelle Reiz. Geht sie wieder, darf der, der sie besaß, sein Gerede von dem ganzen Menschen und dem ganzen Leben mit ihr vergessen...“*

*In der Mystifikation der Liebe produziert die Verdinglichung ihre eigene Verdeckung. Dort, wo sie sich, wenn auch noch so vermittelt, durchsetzt, imponiert sie gerade als das Nichtverdinglichte schlechthin, als das intime, volle, persönliche Leben. In der Warenwelt scheint der eigentliche Kern der Sexualität, der von persönlichsten Gefühlen und Wertvorstellungen gebildet wird, dem Diktat der gesellschaftlichen Wertform entzogen zu sein. Das Verhältnis zu den Menschen und menschlichen Werten erscheint als eines der Unmittelbarkeit, die Herrschaft der ‚echten‘ Werte als ein Bollwerk gegen die Versachlichung. Doch dieser Schein ist es gerade, der das Sexuelle in die Wertform zwingt. Das ist der spezifische Fetischcharakter des Sexuellen. Das macht das Sexuelle zur Sexualität. Warencharakter haben die sexuellen Werte dadurch, daß sie aufgebraucht werden und Gefühle an sich heften, ohne daß ihre spezifischen Eigenschaften und ihr Bezug zum Ganzen vom ‚Besitzer‘ durchschaut würden. Die Mysterien von Privatheit, Innerlichkeit, Intimität, Spontaneität und Rausch sind von außen eingespritzt. Ihr Ausdruck ist Imitation, ihre Bewegung Pseudoaktivität, ihre Vollendung Barbarei. Die Affekte, die sich an die Werte heften, erzeugen den Schein des Unmittelbaren. Doch die beziehungsvolle Beziehungslosigkeit zum Liebes- und Sexualobjekt widerruft ihn. Die Beziehungslosigkeit basiert auf dem Fetischcharakter der Werte. Eigen scheint den Liebenden nur noch das Entfremdete, Abstrakte zu sein. Ihrer Spontaneität werden sie gerade dort vollends beraubt, wo sie in ihr aufgegangen zu sein scheinen. Die Preisgabe fällt mit dem Betrug zusammen. Ihre größte Verinnerlichung ist ihre größte Veräußerlichung. Um so romantischer geht es zu. Sie verehren die Beziehung von eigenen Gnaden, die ihnen den*

*Gnadenstoß geben wird. Denn auch das gehört zum spezifischen Fetischcharakter des Sexuellen: daß er gedoppelt ist und nicht in zwei Hälften zerfallen, die die Verschleierung durch ihre Überlappung stabilisieren könnten. So aber stoßen seine Verkehrungen immer wieder an den Bewußtseinsschleier, um sogleich durch ein anderes Quidproquo zurückgestoßen zu werden. Was bleibt ist Genußfeindschaft im Genuß, Ungebundensein in der Bindung, Treulosigkeit in der Treue, Menschenverachtung in Liebe.“<sup>37</sup>*

Einen solchen analytischen „Liebesbegriff“ unterstellt, versagt sich natürlich jegliche Reduzierung einer „Safer Sex“-Botschaft auf die Botschaft: „Benütze Kondome!“. Zumal, wenn wir zustimmend mit Cranfield/Dixon<sup>38</sup> zur Kenntnis nehmen müssen, daß „most staff working with drug users will have had no previous training in counselling and educating clients about sexuality and will lack the knowledge and skills to tackle this area (in contrast to the relative ease with which many have been able to adjust to harm minimisation strategies). In addition, the majority of drug users do not approach drug agencies for advice on sexual issues: they come to seek help with a drug or drug-related problem.“<sup>39</sup>

Wie können wir die eigene Sprachlosigkeit in einer sexualisierten Gesellschaft überwinden: wir lavieren herum zwischen Vulgär-, kindlich-naiver und Wissenschaftssprache. Diese Sprachbarrieren abzubauen, wäre ein Ziel weiterer D.A.H.-Fortbildungsarbeit. Zudem verweisen die Autoren darauf, daß in den „safersex“-Training-Sessions weitgehend die Kondombenutzung – und damit die Form der patriarchal-definierten penetrativen Sexualität – propagiert wird und weniger Alternativen zum penetrativen Sex.

*„We’re educating women to avoid this, avoid that, don’t this, don’t that, but the real issue is that it’s a male problem.“<sup>40</sup>*

Darüber hinaus wird „Belehrung“ – als bloß technische Anleitung zum Benutzen von Kondomen – keinen Einfluß haben auf Veränderung sexueller Attitüden. „Sex is a form of communication“ und nicht zuletzt auch ein Zeichen von Vorstellungen über Beziehungen. Es ist – gerade in der Erfahrung der Verdinglichung einer kriminalisierten, marginalisierten und entsolidarisierten Drogen-Subkultur – ein Funken der Hoffnung nach einer doch besseren Welt (das gilt in gleichem Maß auch für den Kinderwunsch vieler drogenkonsumierenden Frauen trotz vollkommen desolater Lebenszusammenhänge)<sup>41</sup>.

Insofern muß es kaum verwundern, daß 78% des Samples „Monogamie“ als HIV-Risiko minimierendes Mittel einschätzen (davon sehen 25% die Chance der Risikoverringerung durch Monogamie sogar als „sehr hoch“; wohingegen nur 10% der Ansicht waren, daß sich Treue nicht kontrollieren lasse und nur 4% angaben, Treue gebe es nicht).

Darüber hinaus muß sicherlich auch beachtet werden, daß die – wahrnehmbaren – HIV-Infektionsrisiken via Sexualkontakte differenziert werden müssen, was in den Präventionsstrategien Beachtung finden sollte:

So geben 52% (45% der Männer, 66% der Frauen) als Grund, „nie Kondome zu benutzen“ an, in festen Partnerschaften zu leben (und 41% gaben als Grund „Abneigung“ gegenüber Kondomen an: 47% der Männer, 28% der Frauen). Gilt schon die „feste Partnerschaft“ für sexuelle Übertragungsrisiken als wenig relevant; so wird dies noch weniger als bedrohlich empfunden, wenn beide Partner auch noch HIV-negativ sind (was in 62% der Partnerschaften der Fall ist) oder beide HIV-positiv, was bei 11% der HIV-positiven Frauen und 8% der HIV-positi-

ven Männer der Fall war. Tatsächlich finden Abspaltungen der Realität dort statt, wo ausgeübte bzw. aktuelle Prostitutionserfahrung vorliegt (22% bzw. 24% der Frauen und 6% bzw. 5% der Männer). Neben dem schon benannten Defizit in der Ausbildung und Fortbildung von AIDS-Hilfe- und DrogenhilfearbeiterInnen in bezug auf „Safer Sex“ – in der AIDS-Hilfe spielt natürlich die Frage der Sexualität in der Aus-/Fortbildung eine zentrale Rolle, jedoch nehmen DrogenkonsumentInnen AIDS-Hilfen eher dann wahr, wenn sie bereits HIV-positiv oder AIDS-erkrankt sind – fehlen aber nach wie vor auch die strukturellen Voraussetzungen, präventive Botschaften auch zu praktizieren und langfristig umzusetzen. Insbesondere im Bereich der Beschaffungsprostitution führen Versorgungspässe und damit verursachte Entzugserscheinungen zu Drucksituationen, die professionelles Verhalten gegenüber Freiern erschweren.

Hier sollten frauenspezifische Angebote auf den Drogenszenen verstärkt werden, die konkrete soziale und instrumentelle Unterstützung leisten, wie das „Nachtangebot für drogengebrauchende Frauen“ in Bremen<sup>42</sup> oder das H.A.P. (Huiskamer Aanloop Prostituees)Projekt in Utrecht:

*„Linking of addiction to unsafe sex might lead to the somewhat hasty conclusion that in schemes for AIDS-prevention amongst street-prostitutes the focus should be on additional behavior rather than on soliciting behavior. This view runs the risk of becoming a self-fulfilling prophecy. By saying it often enough, the addicted prostitute will eventually begin to believe it too: ‘I can’t work safely anyway, for I’m an addict’ This ‘self-fulfilling prophecy approach’ accentuates the addicted prostitutes’ weaker points... This means that, within the scope of AIDS-prevention, it is essential to try and find possible ways to break out the downward spiral and to define this in term of feasible objectives. The point of departure should not be the existing stereotypes, but rather the positive development of the individuals’ (creative) ability to carry on. A more positive and more worthwhile approach is to accentuate their strength. Like for instance, the fact that they work in order to be able to buy dope or to meet with other financial responsibilities... If you want to achieve something in AIDS-prevention amongst street-prostitutes, you will have to begin with taking them seriously in their work and recognize that it can be done in a professional way.“<sup>43</sup>*

Auch das Bremer Projekt definiert sich so:

*„Ziel der Arbeit des Projekts ist es, die Frauen bedürfnisgerecht im gesundheitlichen und sozialen Bereich zu unterstützen, die Vereinzelung aufzuheben und ihnen Hilfestellungen bei der Rückgewinnung ihrer Würde als Frau zu geben. Der konzeptionelle Ansatz ist hier die niedrigschwellige, akzeptierende Drogenarbeit.“*

#### Verbesserung der Lebenssituation

Wir haben auch die subjektiven Wünsche nach Verbesserung der Lebenssituation und nach vordringlichen strukturellen und sozialen Veränderungen abgefragt und hier eine hohe Übereinstimmung mit den konzeptionellen Forderungen der Deutschen AIDS-Hilfe<sup>44</sup> feststellen können. Bei der Auswertung dieses Komplexes muß zunächst auf einige wesentliche Probleme hingewiesen werden: Es gab für

die Befragten zwei verschiedene Ebenen, auf denen sie diese Frage beantworten konnten. Die Interviewer wurden eindringlich angewiesen, die Fragen so zu stellen: „Ist das jetzt für dich wichtig oder unwichtig?“ und nicht zu fragen, ob die Befragten die einzelnen Items allgemein für wichtig halten. Wir müssen davon ausgehen, daß es Überschneidungen in den Bereichen gibt; als Beispiel: Jemand, der zur Zeit nicht drückt, kann die Frage, ob für ihn jetzt Druckräume wichtig sind, deswegen mit „ja“ beantwortet haben, weil er der Meinung ist, daß sie wichtig sind. Im Sinne unserer Fragestellung hätte er die Frage aber auch mit „nein“ beantworten können, weil es für ihn im Moment nicht wichtig ist, da er nicht drückt. Bei der Bewertung der Daten ist dieses Problem unbedingt zu beachten. Die folgende Tabelle gibt Aufschluß über die Antworten in Verbindung mit dem aktuellen Drogenkonsum und nach Geschlecht.

Tabelle:

#### Bewertung nach Geschlecht und aktuellem Drogenkonsum in %

(Berücksichtigt nur die Antwort: „Ist für mich wichtig“)

Vorschläge	Anteil gesamte Stichprobe	Drückt z. Zt. gesamt	Drückt z. Zt. Männer	Drückt z. Zt. Frauen	Drückt nicht gesamt	Drückt nicht Männer	Drückt nicht Frauen
1 Es sollte Kontakt- läden geben	81	83	85	80	81	82	80
2 Es sollte Druck- räume geben	75	78	79	77	68	67	69
3 Es sollte ambu- lante Versorgung/ Betreuung geben	89	88	88	88	91	91	90
4 Entgiftung sollte schnell zugänglich sein	89	88	89	87	91	92	89
5 Mehr ambulante Therapie	77	77	77	77	78	81	69
6 Mehr stationäre Therapie	46	40	40	40	58	66	39
7 Differenzierte Therapie	48	49	42	59	48	46	53
8 Therapiestationen im Knast	51	48	50	43	58	57	60
9 Erleichterung Zugänglichkeit Spritzbesteck	81	82	84	78	80	82	75
10 Zugang Substitu- tion erleichtern	88	92	94	91	80	81	76
11 Drogenbesitz straffrei	90	95	95	94	81	82	78
12 Spritzenbesitz straffrei	93	96	96	96	88	88	88
13 Freigabe Heroin	61	70	71	68	42	41	44
14 Methadon injizierbar	44	47	50	42	37	37	37
15 Selbsthilfe unterstützen	85	84	86	83	87	87	86
16 Anleitung „Safer Use“	60	58	57	59	65	68	57
17 Anleitung „Safer Sex“	58	53	53	55	67	69	63

Zu einigen Ergebnissen:

1. Bei der Bewertung der Vorschläge lassen sich einige geschlechtsspezifische Unterschiede aufzeigen:
  - Von den Frauen, die zur Zeit nicht drücken, bewerteten 69% „mehr ambulante Therapie“ als wichtig (Männer 81%) und „mehr stationäre Therapie“ 39% (Männer 66%).
  - „Mehr differenzierte Therapie“ ist für mehr Frauen, die zur Zeit nicht drücken, wichtig (53%) als für Männer (46%), ebenso für Frauen, die zur Zeit drücken (59%) im Vergleich zu den Männern (42%).
  - Die Freigabe von Heroin bewerteten 68% der Frauen, die zur Zeit drücken, als wichtig (Männer 71%), wichtiger ist dieser Aspekt für Frauen, die zur Zeit nicht drücken (44%) im Vergleich zu den Männern (41%).
  - Für Frauen, die zur Zeit drücken, ist die Erhältlichkeit von injizierbarem Methadon mit 42% unwichtiger als für die Männer (50%).
  - Von denjenigen, die zur Zeit nicht drücken, bewerteten die Frauen die Anleitungen zu „Safer Use“ und „Safer Sex“ geringer („Safer Use“ = 57%, „Safer Sex“ = 63%) als die Männer („Safer Use“ = 68%, „Safer Sex“ = 69%), geringfügig höher ist die Bewertung bei Frauen, die zur Zeit drücken gegenüber den Männern.
2. Zwischen aktiven Drogenkonsumenten und denjenigen, die nicht drücken, lassen sich Unterschiede in der Bewertung feststellen:
  - Die ambulante Versorgung, schnellere Zugänglichkeit zur Entgiftung, mehr ambulante Therapie, mehr stationäre Therapie und Therapiestationen im Knast bewerteten diejenigen, die zur Zeit nicht drücken, höher als diejenigen, die drücken.
  - Die Selbsthilfe zu unterstützen halten 87% derjenigen, die zur Zeit nicht drücken, für wichtig, gegenüber 84% derjenigen, die drücken.
  - Die Anleitungen zu „Safer Use“ und „Safer Sex“ werden von denjenigen, die zur Zeit nicht drücken, für wichtiger gehalten als von denjenigen, die zur Zeit drücken: Anleitung „Safer Use“ wichtig: drückt zur Zeit = 58%, drückt nicht = 65%.  
Anleitung „Safer Sex“: drückt zur Zeit = 53%, drückt nicht = 67%.

Resümee

Abschließend läßt sich bekräftigen, daß eine erfolgreiche Verhinderung weiterer HIV-Infektionen unter i.v. DrogengebraucherInnen sowohl individuelle Verhaltensänderungen als auch kollektive Verhältnisänderung beinhaltet: Die von Verfolgung, Ausgrenzung und Verelendung geprägten Lebensverhältnisse müssen strukturell verbessert werden, damit sich individuell ein gesundheitsbewußtes, HIV-präventives Verhalten entwickelt, stabilisiert oder überhaupt erst lohnt. Denn das Gefühl subjektiver Ohnmacht, auch nur minimale Verbesserungen der Lebenslage herbeiführen zu können, und die Einstellung, nichts wert zu sein, prägen das Verhalten sich selbst gegenüber: „Mangelndes Selbstbewußtsein erschwert eine situationsgerechte Auseinandersetzung mit den Gefahren des Drogenkonsums (Gelbsucht, AIDS, Überdosis, Verschuldung, soziale Isolation).“ (45)

Strukturelle Prävention, so wird es im „Memorandum zur aktuellen drogenpolitischen Debatte in der Bundesrepublik Deutschland“ von Akzept e.V. und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. vom Juni 1990 eingefordert, meint die Stärkung noch intakter Bezüge der drogenabhängig gewordenen Menschen innerhalb ihrer Gemeinwesen und ihrer Drogenszenen. Zentrale Forderungen zur Umsetzung dieser strukturellen Prävention sind die soziale Integration und die Entkriminalisierung von DrogengebraucherInnen.

Akzeptierende Ansätze in der Drogenhilfe haben diese Ziele präzisiert und Mittel zu ihrer Erreichung genannt; drogenpolitische und rechtliche Veränderungen begünstigen heute mehr als vor fünf Jahren eine akzeptierende Drogenhilfe und Sichtweise des sog. Drogenproblems:

- Eine verbesserte und differenzierte Substitutionsbehandlung für jeden Drogengebraucher, der sie in Anspruch nehmen will, bildet eine wesentliche Grundlage für die gesundheitliche und soziale Stabilisierung und ist Voraussetzung schulischer/beruflicher Reintegration.
- Niedrigschwellige gesundheitliche und soziale Hilfen für Menschen, die eine Substitutionsbehandlung nicht aufnehmen wollen oder können – übrigens Angebote, die zunehmend auch von der gesundheitlichen Regelversorgung eingefordert werden.
- Eine Entkriminalisierung auf der Konsumentenebene wird gegenwärtig in den Rechtsausschüssen des Bundestages diskutiert, d.h. der Kriminalisierungsdruck könnte für DrogengebraucherInnen etwas reduziert werden.

Die Notwendigkeit eines Umdenkens in der Wahrnehmung des HIV-Infektionsrisikos und der risikobehafteten Lebensbedingungen von i.v. DrogengebraucherInnen ist durch die vorliegende Studie bestärkt worden. Es kommt zukünftig darauf an, Erreichtes zu konsolidieren, flächendeckend anzubieten, aber auch gegenüber zunehmendem ordnungspolitischem Vorgehen gegen Drogenkonsumenten zu verteidigen – und auch weiterhin innovative Ansätze der HIV-Prävention zu entwickeln.

## ANMERKUNGEN

- 1 Protokoll vom 12.12.1988
- 2 ebenda
- 3 vgl. Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, wo ausführlich das Lebensweisenkonzept der WHO vorgestellt wird (im „Bericht über ein Seminar ‚Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit‘ vom 18.-21.10.1982“); Köln 1983
- 4 Kleiber, D.: HIV-Infektionen bei i.v. Drogenabhängigen; in: *Neurologie und Psychiatrie* 3, 1989
- Kleiber, D.; Pant, A.: HIV-Prävalenz, Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenkonsumenten. Ergebnisse einer sozialemidemiologischen Studie; Berlin 1991
- Kleiber, D.: Erfordernisse der AIDS-Prävention bei i.v. Drogenabhängigen; in: *Prävention* 13/199
- Arnold, T.; Frietsch, R.: AIDS-Problematik und Drogengebrauch – Zur Sichtweise der betroffenen Drogenkonsumenten; in: *Suchtgefahren* 34/1988
- Kindermann, W.: Zur HIV-1-Antikörperprävalenz bei Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland; in: *Suchtgefahren* 35/1989
- Sickinger, R.: Drogenabhängigkeit – Einbahnstraße ohne Ausweg oder gibt es Chancen für den Ausstieg? in: *drogen-report* 6/1991
- Projektgruppe Rauschmittelfragen: Forschungsprojekt „AMSEL“, Abschlußbericht Bd.1 und 2; Frankfurt/M. 1991
- Forschungsprojekt Selbstheil. Zwischenbericht 1990; Frankfurt/M. 1990
- Schneider, W.: Herauswachsen aus der Sucht; Münster 1990/91
- Beckmann, H.: Die Bewältigung der HIV-Infektion und Betreuungsverläufe bei HIV-infizierten i.v. Drogenabhängigen; in: *DAH-Aktuell* 5/1991
- Schuller, K.; Stöver, H.: Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck; in: *AIDS FORUM D.A.H. Bd. III, Berlin 1988* Stöver, H.: Der tolerierte i.v. Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe; in: *AIDS-FORUM D.A.H. Bd.VI, Berlin 1991*
- Grund, J. P.; Stern L. S.: Die Drogensubkultur und betroffenennahe Ansätze zur HIV-Prävention; in: ebenda
- 5 Weitere Fragestellungen in diesem Zusammenhang wären: Wie können die Ebenen „kognitive Vernunft“ und das tatsächliche Verhalten in ein produktives Verhältnis gesetzt werden? Warum tritt eine riskante Praxis nach anfänglicher Akzeptanz präventiver Botschaften erneut auf (sog. Relapse-Verhalten)? Wie steht es mit der „grauen Prävention“, d.h. mit Präventionspraktiken, die szenespezifischen Gesetzmäßigkeiten unterworfen sind (z.B. die häufig berichtete Praxis, einen HIV-positiven Drogenkonsumenten nur als letzten in einer Runde injizieren zu lassen). Wir wollten überdies etwas erfahren über Veränderungswünsche und -forderungen der Betroffenen selbst.
- 6 Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan; Bonn 1990: „Jeder Tag ohne Droge ist für einen abhängigen Menschen ein Gewinn. Drogenfreiheit bleibt deshalb das entscheidende Ziel aller Behandlungsbemühungen bei Drogenabhängigkeit. Gleichwohl sind auf dem Weg dorthin Teilerfolge unter dem Gesichtspunkt einer Schadensminimierung zu fördern... Dabei ist zu berücksichtigen, daß solche Angebote, obwohl sie auf Suchtkürzung zielen, auch die Gefahr beinhalten, suchtvördernd zu wirken.“ (S.24)
- 7 Empfehlungen der IV. Europäischen Beratung über Aufklärung zur Prävention von AIDS im Bereich AIDS und Drogen; 10. – 12.10.1990 in Bad Honnef
- 8 ebenda
- 9 ebenda  
vgl. auch das Grundsatzreferat der Tagung: Nutbeam, D.; Blakey, V.; Pates, R.: Health Promotion Approaches to Preventing HIV-Infektion from Injecting Drug Use. In dem ebenfalls während dieser Tagung gehaltenen Referat „AIDS und Drogen aus dem Blickwinkel der Suchtprävention“ kommt Wolfgang Heckmann (AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes) zwar einerseits zu dem Schluß: „Unter dem Gesichtspunkt der HIV/AIDS-Prävention lassen sich fünf Stufen der Verhaltensänderungen unter i.v. konsumierenden Opiatabhängigen unterscheiden: ■ die Abstinenz, der Entzug aller Drogen ■ der Verzicht auf intravenösen Konsum
- die sorgfältige Einhaltung von Hygieneregeln: Kein Nadeltausch, ausschließliche Verwendung von Einmalspritzen, keine Weitergabe von Spritzen
- Desinfektion gebrauchter Spritzen (bleach, Reinigungsmittel, Alkohol oder wenigstens Durchspülen mit Wasser), kein Nadeltausch mit unbekanntem Personen
- Gebrauch von unbekanntem Spritzen nur, wenn der Immunstatus der anderen Person bekannt ist, Weitergabe der Spritze an die Infizierten in der Runde zu allerletzt und andere einfache Vorsichtsmaßnahmen.
- AIDS-Prävention in der Drogenszene wird diese unterschiedlichen Ebenen auseinanderhalten müssen. Zugleich dürfte aber auch klar sein, daß ein Fortschritt in jeder dieser Ebenen – auch wenn er z.B. das hehre Ziel der Abstinenz nicht erreicht – einen Schritt vorwärts bedeutet und damit dazu beiträgt, das HIV/AIDS-Problem in der Drogenszene zu vermindern.“ (S.2)
- Auf der anderen Seite behauptet er jedoch: „Es hat sich vor allem in den Großstädten gezeigt, daß die Verfügbarkeit (von Kondomen und Einwegspritzen) über Apotheken völlig ausreicht, daß praktisch kein Engpaß bei der Beschaffung von Einmalspritzen entstehen kann... Insgesamt haben Nadeltauschprogramme in der Bundesrepublik Deutschland eher symbolischen Wert.“ (S.13 f.)
- 10 „Die Besitzer von Rauschgift sind für die Polizei insoweit von Interesse, als sie häufig auch Kleinhandel betreiben und damit Multiplikatoren des Rauschgiftkonsums sein können...“ (Nat. Rauschgiftbekämpfungsplan; a.a.O.; S.33)
- 11 Friedmann, S.; van Vliet, H.: Assessment of and conditions for users self organisation and self empowerment; paper presented at the 2nd International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Barcelona, 2nd – 6th March 1991
- Sorge, R.: Act Up before you shoot up: „Ungergrund“ needle exchange in New York City; ebenda
- Stern; L. S.: Self-injection education for streetlevel sexworkers; paper presented at the 1st Int. Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Liverpool, 9th – 12th April 1990
- Wiebel, W.: Intervention efficacy using a model AIDS prevention strategy; paper presented in Liverpool (s.o.)
- Wiebel, W.: Risk Reduction through indigenous outreach to intravenous drug users; Paper presented in Barcelona; s.o.
- Vardy, G.: Peer education with street youth: responding to substance abuse in the street; paper presented in Barcelona
- 12 Trautmann, F.: Akzeptierende Drogenarbeit in Amsterdam – Wie fortschrittlich ist die niederländische Drogenpolitik heute? in: *Kriminologisches Journal* 2/1989; S. 126 ff.
- 13 Grund, J. P.; Stern, L. S.: Die Drogensubkultur und betroffenennahe Ansätze zur HIV-Prävention; in: Stöver, H. (Hrsg.): *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe, AIDS-FORUM D.A.H. Bd. VI; Berlin 1991; S.129 ff.*
- Grund, J. P. et al.: Reaching the unreached: an outreach model for „on the spot“ AIDS prevention among active, out of treatment drug addicts; paper presented in Liverpool (s.o.)
- 14 de Jong, W.: Stimulating social support for AIDS related change with drug users; Paper presented in Barcelona (s.o.)
- de Jong, W.: AIDS and drugs in the Netherlands from the perspective of AIDS prevention; paper presented at the 4th European Consultation on Public Education and AIDS Prevention; Bad Honnef 10th -12th October 1990; de Jong schreibt u.a.: „The national government supports the involvement of drug users in the AIDS policy, among other things, subsidizing the Federation of Dutch Junkie Associations and, more recently, stimulating local AIDS projects in which drug users are involved“.
- 15 Clements, I.: Taking drugs seriously: a model of Harm reduction in drug education; paper presented in Barcelona (s.o.)
- Dalton, S.: Working together: a systematic approach to the delivery of innovative HIV prevention and associated health and social care in Wirral (Mersey Side Region); paper presented in Liverpool (s.o.)
- Mc Dermott, P.: Representations of drug users: facts, myths and their role in Harm reduction strategy; paper presented in Liverpool (s.o.)
- 16 Künzler, H.: Analyse der offenen Drogenszene „Platzspitz“ in Zürich. Sozio-ökonomische und medizinische Aspekte (Dissertation); Zürich 1990
- Genauer aufgeschlüsselt ergab sich bei der Studie, daß 15% der Befragten (N=422) nur weiche Drogen konsumierten; 11% unregelmäßig (Weekend-, Quartals-, Gelegenheitsfixer) 2 und weniger Jahre harte Drogen konsumierten; 12% täglich seit 2 Jahren oder weniger und 31% täglich länger als 2 Jahre harte Drogen konsumierten. Von den Cannabis-Konsumenten hatten 82% noch keine Kontakte zu Strafverfolgungsbehörden.
- Bei den unregelmäßigen Fixern mit kürzerer Konsumdauer waren es 56%, bei langjährigen Fixern mit kürzerer Konsumdauer waren es 56%, bei langjährigen unregelmäßigen Konsumenten harter Drogen 25% und selbst bei den täglich konsumierenden mit

- kürzerer Konsumdauer waren es immerhin noch 54%, die noch nicht durch die Polizei kontrolliert wurden, und bei denjenigen, die seit längerem täglich konsumieren, noch 13%. Ähnliches gilt für Kontakte zu Drogenberatungsstellen. Von den Cannabiskonsumern hatten 92% bisher keine solchen Kontakte. Bei Gelegenheitsfixern mit kürzerer Konsumdauer waren es 59%, bei Gelegenheitsfixern mit längerer Konsumdauer 30%, bei täglichen Konsumenten mit kürzerer Konsumdauer 56% und bei Altfixern 21%.
- 17 de Loor, A.: The drug XTC does not exist. A survey; Amsterdam 1991
- 18 Cohen, P.: Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures; Amsterdam 1989
- 19 Waldorf, O.; Reinerman, D.; Murphy S.: Cocaine Changes. The experience of using and quitting; Philadelphia 1991
- 20 Dabei müßte allerdings die „double bind“-Situation in Kauf genommen werden, in der Absicht rationaler Aufklärung über Konsummuster (vgl. holländisches Faltblatt über Ecstasy) auch noch Nicht-Einsteiger anzusprechen, die möglicherweise zum Probierkonsum animiert werden. Aber 1. bleibt es fast ausschließlich beim einmaligen Probieren (wie bei Cannabis) und 2. werden riskante Konsumformen durch clandestinen Gebrauch verhindert bzw. minimiert.
- 21 In Bremen wird der JES-Kontaktladen vom Senat finanziert, in Berlin erhält die Drogen-Selbsthilfeinitiative „Fixpunkt“ ebenfalls Senatsmittel.
- 22 In der Studie von Kleiber/Pant (HIV-Prävalenz, Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenkonsumenten; Berlin 1991) kannten 62,6% der Befragten Arztpraxen als Orte der AIDS-Prävention; 93,3% nutzten sie auch und 84,9% erschienen sie als glaubwürdig, etwa im gleichen Maß wie Streetworker mit 85,1% noch vor Drogenberatungen und AIDS-Hilfen mit 79,3% bzw. 77,3%
- 23 Heudtlass, J.-H.: Binnendifferenzierete Ansätze zum Drogenentzug und zur Drogenabstinenz. In: Leben mit Drogen; Kongreßdokumentation; Berlin 1992
- 24 Birkholz, M. u.a.: Drogentodesfälle – eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie von Drogentodesfällen in Berlin, Bremen und Hamburg; Berlin 1991
- 25 vgl.: IFT München; Törne, v.L.; Borrmann, L.; Fohrner, E.-M.: Programm zur HIV-Prävention und stationären Behandlung von Drogenabhängigen. Institut für Therapie-Forschung (IFT) (Manuskript); München 1980
- 26 Kampe, H.; Kunz, P.; Schreck, Th.: Der Rückfall Drogenabhängiger als Forschungsproblem. Untersuchung zur Rückfalltheorie von G.A. Morlatt; in: Suchtgefahren S. 198a (5. Jg.) S. 281 ff.
- 27 Rundbrief von Prof. T.W. Harding, Institute Universitaire de Medicine Légale, Geneve, Switzerland vom 2.12.1991
- 28 vgl. Stenographischer Bericht der 42. Sitzung des Deutschen Bundestags vom 20.9.1991 zur Beratung des vom Bundesrat eingebrachten Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Drucksache 12/934) (Plenarprotokoll 12/42) sowie die Ergebnisse der Anhörung des Gesundheitsausschusses vom 4.12.1991
- 29 Wiche, E.: Zum Stand der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen nach dem GRG (Gesundheitsreformgesetz) in: Prävention 1/1990 (13. Jg.) S. 3-5
- 30 Kleiber, D.; Pant, A.: a.a.O.; S.83
- 31 Sickinger, R.: Drogenabhängigkeit – Einbahnstraße ohne Ausweg oder gibt es Chancen für den Ausstieg? Forschungsprojekt „AMSEL“ zeigt Wege aus der Sucht auf; in: Drogen-Report 6/1991; S. 23 ff.
- 32 ebenda, S.30
- 33 Kleiber/Pant: a.a.O.; S.32
- 34 Grund, J. P. et al.: Hidden risks in the drug-taking ritual of injecting drug users: The case of frontloading; paper presented at the First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Liverpool
- 35 Becker, S.; Clement: HIV-Infektion – Psychologie und Politik; in: Psyche Jg. 43, H. 8, 1989; S. 698-709; Bochow, M.: AIDS – wie leben schwule Männer heute? AIDS-FORUM D.A.H. Bd II, Berlin 1988
- Bochow, M.: AIDS und Schwule. Individuelle Strategien und kollektive Bewältigung; AIDS-FORUM D.A.H. Bd.IV, Berlin 1989
- Prieur, A.: Mann-männliche Liebe in den Zeiten von AIDS. Eine Untersuchung zum Sexualverhalten norwegischer homosexueller Männer; AIDS-FORUM D.A.H. Bd VII; Berlin 1991
- 36 Prieur, A.: a.a.O.
- 37 Sigusch, V.: Die Mystifikation des Sexuellen; Frankfurt/M. 1984; S. 104 ff
- 38 Cranfield, S.; Dixon, A.: Drug Training, HIV and AIDS in the 1990s. A guide for training professionals; London 1990
- 39 ebenda, S. 67
- 40 ebenda, S. 70. Cranfield/Dixon verweisen auf US-amerikanische Trainingsprogramme wie das vom „Narcotic and Drug Research Incorporated (NDRI) in New York City „Human Sexuality and Safer Sex: A Training for a Drug Treatment Provider“  
vgl. auch: Turner, Ch. et. al.: AIDS, Sexual Behavior and Intravenous Drug Use. National Research Council; Washington D.C. 1989
- 41 vgl. auch: Soer, v. J.; Stratenwerth, I.: Süchtig geboren. Hamburg 1991
- 42 Michaelis, S.: Gesundheitsförderndes Nachtangebot für drogenabhängige Prostituierte; In: Leben mit Drogen. Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik; Berlin 1991; S. 175 ff.
- 43 Kleinegriss, C.M.: Innovative AIDS prevention among drug using prostitutes; presentation at the 2nd International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Barcelona, March 1991; S. 1 f
- 44 Ahrens, H.; Michels, I.: Drogen-Strategiepapier: Befunde und Strategien zur AIDS-Prävention im Bereich AIDS und Drogen. AIDS-FORUM D.A.H. Bd. I; Berlin 1988; S. 13 ff.
- 45 vgl. Spreyermann, C.: Bessere Lebensbedingungen als Grundlage der AIDS-Prävention bei Drogenkonsumierenden. Kurzfassung des Berichts: AIDS-Prävention bei DrogenkonsumentInnen. Studie des Institute Universitaire de Médecine Sociale et Préventive. Lausanne 1990

**AKZEPTANZ AIDS-PRÄVENTIVER BOTSCHAFTEN  
EVALUATION DER AUFKLÄRUNGS- UND  
BERATUNGSARBEIT BEI I.V. DROGENABHÄNGIGEN  
IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND**

**Prof. Dr. Ursula Koch  
Dipl. Soz.-Wirt. Sabine Ehrenberg**

Fachhochschule Ostfriesland, Emden

Forschungsprojekt in Zusammenarbeit  
mit der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.  
und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Arbeitsbericht

Emden/Berlin 1992



## ZUSAMMENFASSUNG

Mit dieser von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (D.A.H.) initiierten bundesweiten mündlichen Befragung von n = 660 i.v. Drogenabhängigen wird die Akzeptanz von AIDS-präventiven Botschaften in dieser Zielgruppe evaluiert. Objektive Merkmale wie soziale Lage, Drogenkonsummuster und Sexualverhalten werden in Beziehung gesetzt zu Kenntnis und Bewertung AIDS-präventiver Botschaften. Die Daten zeigen fast vollständige Kenntnis der Hauptübertragungswege von HIV, jedoch noch mangelnde Umsetzung in präventives Verhalten a) bezüglich Kondombenutzung, vor allem in Partnerschaften und bei Beschaffungsprostitution; b) bezüglich sicherem Spritzengebrauch: 56% praktizieren Needle Sharing vor allem mit guten Bekannten und festen Partnern; 23% nennen mangelhafte Versorgung mit Spritzen. 15% reinigen ihre Spritzen adäquat; 33% benutzen ihre Spritzen nur einmal. Die Hälfte der Befragten hält das Informations- und Beratungsangebot zu AIDS nicht für ausreichend. Es fehlt noch mehr szenenahe Beratung sowie Beratung vor dem HIV-AK-Test. Beratung wurde besonders bei akzeptierender Haltung des Beraters als gut eingeschätzt. Von den Materialien der D.A.H. sind besonders Poster und Broschüren bekannt. Hauptdroge in der Zielgruppe ist injiziertes Heroin. Die HIV-Prävalenzrate ist im Sample 19,6%; unter den Beschaffungsprostituierten: Frauen 37,2%, Männer 29,3%. Datenerhebung: 1990/91.

## SUMMARY

In this nationwide survey among n = 660 West German i.v. drug addicts the acceptance of AIDS-preventive messages is evaluated. The study was initiated by Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (D.A.H.), an NGO in the field of AIDS-prevention. Objective factors as social situation, drug consumption patterns, and sexual behaviour are related to knowledge of, attitude towards, and practice of AIDS-prevention. Data show complete knowledge of main HIV transmission routes, however non safe practice concerning condom use especially among steady partners, and within prostitution. There is still non safe syringe use: 23% claim poor syringe supply; 56% share syringes, mainly with partners or close friends. Only 15% clean used syringes adequately; 33% use their syringes only once. Half of subjects consider information and counselling offered not sufficient. There is not yet enough counselling in the scene and before HIV antibody testing. Counselling was considered effective if the counsellor had an accepting attitude. D.A.H. materials best known were posters and leaflets. Main drug is injected heroin. Sample HIV prevalence rate is 19,6%; among prostitutes: women 37,2%, men 29,3%. Data collection was 1990/91.

## INHALTSVERZEICHNIS

1.	<b>Einleitung</b>	<b>33</b>		5.3	Zusammenfassung		57
2.	<b>Die vorliegende Untersuchung</b>	<b>36</b>		6.	<b>Wahrnehmung und Bewertung des Informationsangebots zur AIDS-Problematik</b>		<b>57</b>
2.1	Gegenstand der Untersuchung	36		6.1	Informationshäufigkeit zum Thema AIDS und HIV-Infektionsgefahren		57
2.2	Population der Untersuchung	36		6.2	Wichtigste Informationsquellen zum Thema AIDS		58
2.2.1	Definition der Zielpopulation	36		6.3	Kenntnis von Informationsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. oder regionaler AIDS-Hilfen (AH)		58
2.2.2	Szenezugehörigkeit innerhalb der Zielpopulation	37		6.4	Bewertung des Informationsangebots		60
2.2.3	Die Wahl der Stichprobe	37		6.5	Zusammenfassung		61
2.3	Forschungsdesign	38		7.	<b>Kenntnis und Bewertung AIDS-präventiver Botschaften</b>		<b>62</b>
2.3.1	Evaluationsforschung	38		7.1	Kenntnis des Slogans „Safer Use“		62
2.3.2	Deskriptive Querschnittuntersuchung	38		7.2	Kenntnis des Slogans „Safer Sex“		63
2.3.3	Aktivierende Anteile	39		7.3	Einschätzung der AIDS-präventiven Wirksamkeit der Botschaften		65
2.3.4	Sprache	39		7.4	Zusammenfassung		66
2.4	Durchführung der Untersuchung	40		8.	<b>Wahrnehmung und Bewertung des Beratungsangebots zur AIDS-Problematik</b>		<b>66</b>
2.4.1	Datensammlung	40		8.1	Beratungsorte		66
2.4.2	Interviewer	40		8.2	Bewertung des Beratungsangebots		67
2.4.3	Situation der Interviews	41		8.3	HIV-Antikörper-Testberatung		69
2.4.4	Datenaufbereitung, Auswertung	41		8.4	Zusammenfassung		70
3.	<b>Sozialdaten der Stichprobe</b>	<b>42</b>		9.	<b>Spritzengebrauch</b>		<b>71</b>
3.1	Geschlecht und Alter	42		9.1	Needle Sharing		71
3.2	Schulabschluß und Berufsausbildung	43		9.1.1	Häufigkeit von Needle Sharing		71
3.3	Familienstand, Wohnsituation und Einnahmequellen	44		9.1.2	Needle Sharing-Partner		73
3.4	Heim- und Hafterfahrung	45		9.1.3	Gründe für Needle Sharing		73
3.5	Geographische Verteilung	46		9.1.4	Spritzenversorgung und Needle Sharing		74
3.6	Szenezuordnung	47		9.1.5	Needle Sharing und Drogenkonsum in Haft		74
3.7	HIV-Status	48		9.2	Häufigkeit des Spritzengebrauchs		75
3.8	Zusammenfassung	50		9.3	Spritzenreinigung		76
4.	<b>Drogenkonsum</b>	<b>50</b>		9.4	Drug Sharing: Frontloading, Backloading		77
4.1	Drogenerfahrung	50		9.5	Zusammenfassung		78
4.2	Injektionshäufigkeit der Substanzen	51		10.	<b>Sexualität und Kondombenutzung</b>		<b>78</b>
4.3	Drogenkonsumorte	52		10.1	Sexualverhalten		78
4.4	Drogenkonsum im Strafvollzug	53		10.1.1	Sexuelle Präferenz		78
4.5	Zusammenfassung	53		10.1.2	Anzahl der Sexualpartner/-partnerinnen ohne Prostitution		79
5.	<b>Informationsstand zur AIDS-Problematik</b>	<b>54</b>		10.1.3	Feste Beziehungen		79
5.1	Kenntnis von HIV-Übertragungswegen	54		10.2	Prostitution		80
5.2	Kenntnis der Aussage des HIV-Antikörper-Tests	56		10.2.1	Prostitutionserfahrung		80
				10.2.2	Anzahl der Freier		81
				10.2.3	Drogenkonsum und Prostitution		81
				10.3	Kondombenutzung		81

10.3.1	Kondombenutzung und Sexualpartner	81
10.3.2	Kondombenutzung und HIV-Status	83
10.3.3	Kondombenutzung und Prostitution	83
10.3.4	Kondombenutzung und Sexualpraktiken	84
10.3.5	Kondombenutzung und Needle Sharing	85
10.3.6	Gründe, nie Kondome zu benutzen	86
10.4	Zusammenfassung	86
<b>11.</b>	<b>Verhaltensänderungen wegen AIDS</b>	<b>87</b>
11.1	Änderung des Drogenkonsums	87
11.2	Änderung des Spritzengebrauchs	88
11.3	Änderung des Sexualverhaltens	89
11.4	Gründe für Verhaltensänderungen	90
11.5	Zusammenfassung	91
<b>12.</b>	<b>Fazit</b>	<b>92</b>
<b>13.</b>	<b>Synopse</b>	<b>95</b>
<b>Literatur</b>		<b>98</b>

Anschriften:

**Drogenreferat der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.**

**Deutsche AIDS-Hilfe e.V.**

**Dr. Ingo Ilja Michels**

Nestorstr. 8 – 9

W-1000 Berlin 31

Tel. (030) 896 90 60

Fax: (030) 896 906 42

**Prof. Dr. Ursula Koch**

**Dipl. Soz.-Wirt. Sabine Ehrenberg**

**Fachhochschule Ostfriesland**

Constantiaplatz 4

W-2970 Emden

Tel. (049 21) 80 72 64

Fax: (049 21) 80 72 01

---

## 1. EINLEITUNG

Intravenös Drogenabhängige stellen in der Bundesrepublik – nach den homo- und bisexuellen Männern – immer noch die zweitgrößte Gruppe der an AIDS Erkrankten und HIV-Infizierten dar.<sup>1</sup> Ihr Anteil ist in den letzten Jahren nicht wesentlich gesunken, Schwankungen werden u.a. der Diagnose- und Berichtspraxis zugeschrieben.

Tabelle 1

**AIDS: Anteil der i.v. Drogenabhängigen, Zeitraum der Diagnose<sup>2</sup>**

	1988	13,6 %
	1989	15,4 %
	1990	14,7 %
	1991	13,5 %
1. 1. 1992 – 30. 4. 1992		9,9 %

Angestiegen ist der Anteil der HIV-Infizierten unter den i.v. drogenabhängigen Drogentoten.<sup>3</sup>

Da zwischen dem Grad der Betroffenheit und spezifischen sozialen Merkmalen dieser Gruppe auch im internationalen Vergleich<sup>4</sup> jeweils ein enger Zusammenhang besteht, muß zielgruppenspezifische Präventionsarbeit so differenziert wie möglich auf diese sozialen Merkmale eingehen können. Ihre Erforschung setzt die Erreichbarkeit der Zielgruppe voraus. Vorliegende Untersuchungen von i.v. Drogenkonsumenten konnten vorwiegend über das Drogenhilfssystem ihre jeweilige Zielgruppe erreichen.<sup>5</sup> Hierdurch sind systematische Verzerrungen unvermeidbar, etwa einerseits eher diejenige Subpopulation zu erreichen, die Hilfsangebote freiwillig oder zwangsweise in Anspruch nimmt; andererseits nicht nur an einer hoch verletzten Subpopulation jenseits aller Hilfen vorbeizugehen, sondern auch an deren Gegenteil, einer undefinierten Gruppe privater, sozial integrierter Drogengebraucher ohne Nachschub- oder Geldprobleme, die dem Hauptübertragungsweg Needle Sharing nicht ausgesetzt ist. Zur sozialen Heterogenität der i.v. Drogenabhängigen tragen unterschiedliche internationale Einflüsse (Stoffnachschieb), innerdeutsche Entwicklungen (Neue Bundesländer) und mode- und angebotsabhängige Änderungen der Konsumstrukturen bei. Diese Wandlungen werden kaum wissenschaftlich analysiert, eher punktuell-journalistisch und lokalstatistisch dokumentiert.

Der Heterogenität der Drogenszenen entspricht – die Vorteile der Subsidiarität nutzend – ein vielfältiges Beratungs- und Therapiesystem unterhalb juristischer

Sanktionen. Die epidemiologische Situation hat die ideologische Vielfalt des Beratungssystems neuen Einschätzungskriterien unterworfen: entscheidend ist der Erfolg der präventiven Botschaften. Präventive Maßnahmen und Botschaften müssen lebensweltlich und wissenschaftlich wohlbegründet sein, um Akzeptanz bei den Zielgruppen zu erreichen. Evaluieren wurden bislang vor allem Modellversuche.<sup>6</sup> Evaluierung im breiteren, nicht projektbezogenen Rahmen steht noch aus, Forschungsbedarf wurde an mehreren Stellen formuliert.<sup>7</sup>

Lebensweltliche Begründung bedeutet Kenntnis der Lebens- und Risikosituationen von i.v. Drogenabhängigen sowie deren Bewältigungsstrategien in den unterschiedlichen Drogenszenen. Drogenkonsummuster und Sexualverhalten als potentielle Hauptübertragungswege müssen in Beziehung gesetzt werden zu subjektiven und objektiven Verhaltensdeterminanten. Subjektive Einflüsse sind Einschätzung der Infektionsgefahr, Kenntnis der Präventionsmöglichkeiten, individuelle und szenetypische Handlungsperspektiven, Verhaltensänderung nach Testergebnissen, Substitutions- oder Hafterfahrung. Zu objektiven Verhaltensdeterminanten können gezählt werden Zugänglichkeit von Spritzbestecken und Kondomen, Beratungsangebote, Drogenkonsum und Partnerschaften.

Für die Inhalte der wichtigsten zielgruppenspezifischen AIDS-präventiven Empfehlungen, die über allgemeine Hygienemaßnahmen hinausgehen, sollen im folgenden die Slogans „Safer Use“, „Safer Sex“, „Drogenabstinenz“ und „Treue in Partnerschaften“ (Monogamie) stehen.

„Safer Use“ wurde 1986 aus den Niederlanden übernommen und wird etwa seit dieser Zeit von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (D.A.H.) propagiert als lebensweltbezogene akzeptierende Empfehlung zum sicheren Umgang mit Spritzbesteck. Plakat- und Aufkleberserien tragen z.B. die Texte „Mit AIDS kann man nicht dealen. Safer Use“, „Safer Use: Gebrauchtes Spritzbesteck nie weitergeben – Für jeden Druck ein neues Spritzbesteck“.

„Safer Sex“ ist ein ursprünglich bei den homosexuellen Männern verbreiteter Slogan, der auch für alle anderen Zielgruppen verbreitet wurde, z.B. auf einem Plakat der D.A.H. „Vögeln nur mit Kondom. Safer Sex“. Dabei bedeutet „Safer Sex“ außer Kondombenutzung auch noch die Vermeidung risikoreicher, z.B. die Haut verletzender Sexualpraktiken.

Drogenabstinenz als AIDS-Prävention wird von vorwiegend regierungsnahen Institutionen und von den großen Trägern im Drogenbereich empfohlen, da dort rechtliche Bedenken bestehen, zu risikoarmem illegalem Verhalten aufzufordern. So heißt es im Enquêtebericht des Deutschen Bundestags im Kapitel Prävention für Fixer: „Das Risiko der Übertragung kann theoretisch durch den Entzug der Droge auf Null reduziert werden.“<sup>8</sup> Da ein weitaus dichteres Netz an Drogen- als an AIDS-Beratungsstellen in der Bundesrepublik vorhanden ist, treffen ratsuchende Drogenabhängige zumal außerhalb der Großstädte zum großen Teil auf Einrichtungen mit folgender Zielsetzung des Drogenhilfssystems: „... – Freiheit von Drogen, – soziale Integration, – berufliche Rehabilitati-on. Diese Ziele werden auch in der genannten Reihenfolge angegangen ...“<sup>9</sup>

Monogamie (Treue in Partnerschaften) wird zielgruppenübergreifend als AIDS-Prävention propagiert, etwa: „Wer mit seinem Partner ohne Ausnahme in gegenseitiger geschlechtlicher Treue lebt und nicht infiziert ist, braucht keine Schutzmaßnahmen. Beim Geschlechtsverkehr außerhalb der so definierten Monogamie müssen Kondome benutzt werden.“<sup>10</sup>

Die unterschiedlichen Träger von AIDS-präventiven Maßnahmen verfolgen ihrer im Subsidiaritätsprinzip verankerten weltanschaulichen Vielfalt entsprechend unterschiedliche gesellschaftspolitische Ziele.<sup>11</sup> In ihrer praktischen Arbeit nähern sie sich einander aber häufig im Interesse der Zielgruppe an. So rät die D.A.H.: „Besorgt Euch also eine saubere Nadel, bevor Ihr Euren Stoff drückt! Besser ist es: Weg von der Nadel – weg von Stoff.“<sup>12</sup> Und in der genannten Bundes-enquête heißt es: „Während man sich bei der großen Mehrheit der Erkrankungen notgedrungen damit zufrieden geben muß, daß die Medizin Krankheiten nur lindern, nicht aber heilen kann, verlangt die Drogenpolitik die Heilung praktisch unter Ausschluß der Linderung. ... Die sogenannte nachgehende akzeptierende Drogenarbeit vor Ort bemüht sich deshalb immer mehr um konkrete Hilfen auch für solche Drogenabhängige, die zu einer Entwöhnungsbehandlung nicht bereit oder nicht in der Lage sind.“<sup>13</sup>

<sup>1</sup> AIDS-Fälle für den Zeitraum der Diagnose 1.1.1992 – 30.4.1992. Information vom AIDS-Zentrum am Bundesgesundheitsamt.

Homo- oder bisexuelle Männer:	72,9 %
i.v. Drogenabhängige:	9,9 %
Hämoph./Empf.v. Bluttransf.:	3,5 %
sonstige zusammen:	8,4 %
keine Angaben:	5,4 %

<sup>2</sup> Stand am 30.4.1992. Information vom AIDS-Zentrum am Bundesgesundheitsamt.

<sup>3</sup> Vgl. Penning, R. et al.: Prävalenz der HIV-Infektion bei gerichtlich Obduzierten und speziell Drogentoten am Institut für Rechtsmedizin der Universität München von 1985 – 1988. In: AIFO 9/1989, S. 459.

<sup>4</sup> Vgl. Bornemann, R. et al.: AIDS- und HIV-Progression 1982 – 1987 bei i.v. Drogengebranchern und -abhängigen in Europa. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): AIDS-Forum D.A.H. Bd. 1: AIDS und Drogen, Berlin 1988, S. 35 f.

<sup>5</sup> Vgl. Kleiber, D.; Arnold, T.: AIDS und Drogengebrauch. In: Herrmann, C. et al. (Hrsg.): AIDS und die Sozialwissenschaften. AZ-Hefte 1/1990, S. 43. Ebenso eine neuere Zusammenstellung bei Stark, K.; Kleiber, D.: AIDS und HIV-Infektion bei intravenösen Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Dtsch.med.Wschr. 116/1991, S. 865.

<sup>6</sup> Vgl. Fahrner, E.-M. et al.: Beschreibung und Tätigkeiten der Einrichtungen im Modellprogramm „Drogen und AIDS“: Ergebnisse der ersten Befragung. In: IFT-Berichte, Institut für Therapieforschung (Hrsg.) Bd. 50, München 1989.

<sup>7</sup> Bengel, J. et al.: Evaluation der personalen AIDS-Kommunikation. In: Prävention 3/1990, S. 103-107.

<sup>8</sup> Eine im Juli 1990 vom AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes vorgelegte Projektdatenbank versteht unter Evaluation „Begleitforschung, Evaluation von Modellprojekten“. Davon gab es 1990 3 abgeschlossene, 21 laufende und 2 geplante Projekte. Damit ist dieser Projektbereich in allen Projektstadien deutlich schwächer vertreten als etwa sozialpolitische Aspekte, psychosoziale Faktoren, Prävention und sexualwissenschaftliche Aspekte.

<sup>9</sup> Vgl. Melchinger, H.; Eicher, G.: Evaluationsforschung im AIDS-Bereich. In: Herrmann, C. et al. (Hrsg.): AIDS und die Sozialwissenschaften. AZ-Hefte 1/1990, S. 71/72.

<sup>10</sup> Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.): AIDS: Fakten und Konsequenzen. Zwischenbericht der Enquête-Komm. Bonn 1988, S. 242.

<sup>11</sup> A.a.O., S. 184.

<sup>12</sup> A.a.O., S. 142.

<sup>13</sup> Dunde nennt sie die impliziten Ziele von AIDS-Politiken. Danach sei das implizite Ziel einer auf Aufklärung und Selbstverantwortlichkeit beruhenden AIDS-Politik zu verstehen aus dem Wunsch nach sozialem Wandel und einer Verstärkung schon bestehender Solidarisierungsprozesse gegenüber Krankheit, Sexualität, Minderheiten. Das implizite Ziel einer auf Zwangsmaßnahmen beruhenden AIDS-Politik sieht er als die Aufrechterhaltung des Status Quo: Minder-

heiten und Mehrheiten sollen einander nicht näherrücken, die bestehende strukturelle Ordnung der Gesellschaft werde als Wert an sich behandelt.  
Vgl. Dunde, S.R.: Die Philosophien hinter den AIDS-Politiken. In: Zenz, H.; Manok, G. (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis. Bern 1989. S. 109.

12 Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: AIDS-Info für Drogengebraucher. Berlin 1987.

13 Deutscher Bundestag, a.a.O., S. 185.

---

## 2. DIE VORLIEGENDE UNTERSUCHUNG

### 2.1 Gegenstand der Untersuchung

Gegenstand der Untersuchung ist die Evaluation der Aufklärungs-, Informations- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen bezüglich der Akzeptanz der vermittelten AIDS-präventiven Botschaften und des Informations- und Beratungsangebots. Analysiert werden Kenntnisse, Einstellungen und Verhalten bezüglich beider Hauptinfektionswege (Spritzengebrauch, Sexualverhalten) sowie Wahrnehmung und Bewertung von Information und Beratung.

Zentrale präventive Botschaften sind Safer Use, Safer Sex, Treue in Partnerschaften und Drogenabstinenz. Ihre Akzeptanz wird gemessen

- a) auf kognitiver Ebene: Kenntnis der HIV-Übertragungswege; Vorstellungen über den Bedeutungsgehalt der Botschaften; Einschätzung ihrer Wirksamkeit zur Vermeidung von HIV-Infektion.
- b) im Verhaltensbereich: Umgang mit Spritzbesteck; Sexualverhalten und Kondombenutzung; Verhaltensänderungen wegen HIV-Infektionsgefahr.

### 2.2 Population der Untersuchung

#### 2.2.1 Definition der Zielpopulation

Zielpopulation sind intravenös applizierende Drogenkonsumenten in den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland. Innerhalb dieser Gruppe, die sowohl abhängige wie auch nichtabhängige Drogenkonsumenten<sup>1</sup> legaler und illegaler Stoffe umfaßt, sind im Sinne des formulierten Untersuchungsgegenstands von besonderer Bedeutung diejenigen Drogenkonsumenten, die dem HIV-Infektionsrisiko verstärkt ausgesetzt sind. Das bedeutet, daß in dieser Gruppe aus subjektiven und objektiven Gründen wie Sucht, Illegalität, Versorgungsproblemen mit Spritzen und Stoffen das erhöhte Infektionsrisiko anzufinden sein muß, das zur weiter oben dargestellten epidemiologischen Situation geführt hat. Dies trifft vor allem zu in der Subpopulation „intravenös applizierende Drogenabhängige illegaler Drogen“.

Doch selbst nach dieser Präzisierung der Zielpopulation kann noch keine exakte Zuweisung von Individuen zur Stichprobe vorgenommen werden, denn innerhalb der Gruppe der „i.v. Drogenabhängigen“ sind zu jedem beliebigen Zeitpunkt viele Individuen, die aus freiwilligen, mehr noch aus unfreiwilligen Gründen gerade nicht intravenös applizieren, aber dennoch mit der Untersuchung gemeint sind, weil sie die spezifische Zielgruppe repräsentieren. Es sind dies Individuen, die gerade substituiert werden oder sich in einem Entzug be-

finden, den sie selbst gewählt haben oder der im Rahmen einer Therapie Auflage zu einer gerichtlichen Verurteilung ist. Weiterhin können dies Individuen sein, die vorübergehend etwa aufgrund von Nachschubproblemen legale Mittel parenteral oder oral konsumieren, bei nächster Gelegenheit aber wieder zum bevorzugten Konsum zurückkehren werden.

Qualität und zeitliche Ausdehnung aktueller Cleanzeiten können somit nicht die Zugehörigkeit zur Zielpopulation näher bestimmen, haben jedoch Einfluß auf die Befragungsergebnisse zumal einer Querschnittbefragung, da viele Items sich auf definierte Zeiträume („im letzten Monat“ u.ä.) beziehen müssen.

Definitiv wurde dieses Dilemma in der vorliegenden Untersuchung wie folgt gelöst: Zur Zielpopulation gehören diejenigen Individuen, die sich selbst als „Fixer“ oder „Fixerin“ bezeichnen, gleichgültig, wie ihr Drogenkonsum am Befragungstag aussieht. Items, die den Drogenkonsum direkt betreffen, beziehen sich entweder auf einen entsprechenden Zeitraum „während Deiner aktiven Drogenzeit“ oder richten sich nur an aktuell Injizierende.

Im übrigen löste der pragmatische Rekurs auf „Fixer“ und „Fixerin“ das definitorische Dilemma sehr einfach, da dieser Begriff im Alltagsverständnis genau die Gruppe meint, die im o.g. Sinn dem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt ist. Der Begriff umfaßt eine Lebensform mit intravenösem Drogenkonsum, die weit über phasenweise Verhaltensformen hinausreicht, und der erst bei endgültiger und langfristig erfolgreicher Absage an die gesamte Lebensform nicht mehr trifft.

#### 2.2.2 Szenezugehörigkeit innerhalb der Zielpopulation

Ausgehend von der Differenzierung der Lebensweisen innerhalb der Lebensform „Fixer“ und „Fixerin“ ist eine genauere Zuordnung der Individuen zu bestimmten Szenen (und deren Einflußfaktoren wie fehlende/vorhandene Hygiene; Kontaktmöglichkeiten; Nachschubregelung; Verhaltenszwänge u.ä.) sinnvoll, um im Hinblick auf das HIV-Infektionsrisiko spezifischere Aussagen über den offenen Szenebereich, die private Szene, Betreuungsformen oder Haftbedingungen machen zu können.

Hier jedoch erweist sich die definitorische Zuweisung von Individuen als vollständig unmöglich, da Individuen nicht nur mehreren Szenen gleichzeitig angehören können (z.B. der offenen Szene und dem Strafvollzug, oder der privaten Szene und einer Drogen- oder AIDS-Beratung), sondern auch noch nacheinander und immer wieder in bestimmten Szenen sich aufhalten (etwa in Haft).

Die Szenezuweisung im Sinne des paradigmatisch gesetzten Merkmals HIV-Infektionsrisiko wurde operationalisiert a) mittels Angabe des Interviewkontaktortes mit 13 Ausprägungen<sup>2</sup> und b) mittels einer getrennten Zuordnung der Befragten zur offenen oder privaten Szene durch den Interviewer.

#### 2.2.3 Die Wahl der Stichprobe

Die Zahl der i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik ist nicht bekannt, in den letzten Jahren beliefen sich die Schätzungen auf 60 000 - 100 000. Eine repräsentative Stichprobe kann somit nicht gezogen werden. In dieser Situation kann eine bewußte Auswahl der Stichprobe (purposive sample) ausgehend von einem zentralen Merkmal („Fixer“) vorgenommen werden. Diese Quasi-Quota-Stichprobe ist durch zwei Selektionsschwächen gekennzeichnet: 1. Da die Teil-

nahme an der Untersuchung den Individuen freigestellt ist (Selbstselektivität), bedeutet dies eine systematische Ausgrenzung nicht-kooperativer, desinteressierter Individuen, deren Anteil nicht bekannt ist, und auf deren sonstige Merkmalsausprägungen im Sinne des Untersuchungszwecks (Evaluation präventiver Botschaften) keine Rückschlüsse gezogen werden können. 2. Die Selektion durch den Interviewer (Interviewte aus dem Umkreis seiner Beratungsstelle, seines Stadtteils) birgt eine zusätzliche Quelle disproportionaler Verteilung aller Merkmale im Vergleich zur Grundgesamtheit.

Die statistischen Schwächen dieses Samples sind auch seine inhaltlichen: Rückschlüsse auf die unbekannte Grundgesamtheit sind eingeschränkt, die Berechnung von Stichprobenfehlern und Varianzen entbehrt ihrer systematischen Grundlage.<sup>3</sup>

Der Stichprobenumfang der vorliegenden Untersuchung wurde errechnet mit folgender Formel:<sup>4</sup>

$$n = x \cdot k^v$$

wobei:

- n = Stichprobengröße
- x = ein angenommenes Minimum an Fällen pro Feld in Vierfeldertabellen = 5
- v = Anzahl der Hauptvariablen = 3
- k = durchschnittliche Anzahl der Merkmalsausprägungen = 5

Danach beträgt die errechnete Minimalstichprobengröße  $n = 625$ , die vorliegende Untersuchung wurde mit  $n = 660$  Befragten in der mündlichen Befragung durchgeführt.

## 2.3 Forschungsdesign

### 2.3.1 Evaluationsforschung

Die vorliegende Untersuchung ist Evaluationsforschung im Sinne von Effektivitätsanalyse (impact evaluation). In diesem Sinne werden die Auswirkungen von Information und Beratung auf Kenntnisse, Einstellungen und Verhalten der Zielgruppe im Bereich AIDS-Prävention erhoben. Da vor dem Einfluß von Information und Beratung keine Daten in der Zielgruppe erhoben worden sind, können Veränderungen nicht unabhängig gemessen werden (Quasi-Experimentalanordnung), sondern müssen a) inhaltlich unterstellt werden, z.B. operationalisiert als Kenntnis neuer spezifischer Slogans, die es vor den Kampagnen nicht gegeben hat, und b) als von den Befragten über sich selbst berichtete Veränderungen akzeptiert werden.

Evaluation als Qualitätsanalyse kann im vorliegenden Rahmen nur dort geleistet werden, wo einzelne Maßnahmen eingeschätzt werden sollen, etwa beim Themenkomplex Beratung.

### 2.3.2 Deskriptive Querschnittuntersuchung

Neben einigen qualitativen Interviews wurde als Hauptmethode die mündliche Befragung gewählt, da die Bereitschaft von i.v. Drogenabhängigen, sich schrift-

lich zu äußern, gering eingeschätzt werden muß. Wegen Illegalisierung und problematischer Lebenssituation der Zielgruppe mußte der Verlust an Anonymität, der bei der gewählten Methode in Kauf genommen wurde, durch eine wie auch immer erhöhte Motivierung zur Teilnahme an der Untersuchung wettgemacht werden.

Antwortbereitschaft der zu Befragenden kann generell gesehen werden als eine Größe, die resultiert aus einer Beziehung zwischen der „sozialen Distanz zwischen Umfrageträger und Zielgruppe“ und der „Aufforderungsgröße des Umfrageträgers“, darstellbar mit folgender Formel:<sup>5</sup>

$$\text{Antwortbereitschaft} = \frac{\text{Aufforderungsgröße des Umfrageträgers}}{\text{soziale Distanz zwischen Umfrageträger und Zielgruppe}}$$

Maximierung der Antwortbereitschaft bedeutet danach Maximierung der „Aufforderungsgröße...“, bzw. Minimierung der „sozialen Distanz...“, bzw. beides gleichzeitig. In der Zielgruppe hat vermutlich jeder überregionale Umfrageträger aus vielfältigen Gründen schlechte Chancen, daher konnte nur soziale Distanz minimiert werden vermittels Einbeziehung lokaler und vertrauter Interviewer und Interviewerinnen. Diese Forderung nach Zielgruppennähe erfüllen im großen Maßstab nur Beratungseinrichtungen und Personen in deren Umfeld (z.B. Ex-User, Substituierte); in diesem Rahmen wurden Interviewerinnen und Interviewer rekrutiert.<sup>6</sup>

Als situative Erleichterung wurde den Interviewern zusätzlich zu ihrem Honorar von 60,- DM pro Interview eine Bewirtungspauschale von 15,- DM überlassen, um mit den Befragten ein Café aufsuchen zu können. Weitere Zugeständnisse an den besonderen Status der Zielgruppe wurden nicht gemacht (keine Bezahlung für die Befragten).<sup>7</sup>

### 2.3.3 Aktivierende Anteile

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. hatte grundsätzlich Interesse an einer offenen, aktivierenden Gesprächssituation bei der Datenerhebung. Dem standen – jedenfalls bei der mündlichen Befragung von  $n = 660$  Befragten – die Erfordernisse der Reliabilität entgegen, da die Ergebnisse aus 660 „Gesprächssituationen“ nur dann vergleichbar sein können, wenn der Fragebogen standardisiert und die Erhebungssituation einigermaßen kontrolliert ist. Gleichwohl wurden bei wichtigen, die AIDS-Prävention betreffenden Fragen aktivierende Anteile in die sonst eher einseitige Frage-Antwort-Situation einbezogen. Das heißt, wenn Befragte bei entsprechenden Items (Was verstehst Du unter Safer Sex/ Safer Use?) den Begriff nicht kannten, wurde dies vermerkt, der Begriff danach aber erklärt. Auf diese Weise ergaben sich nicht selten noch nach der Befragung intensive Gespräche zum Thema.

### 2.3.4 Sprache

Es wurde die Du-Form in den Fragen des Fragebogens angewandt. Die meisten Begriffe wurden in gängiger Szene-sprache benutzt, wenn Szenebegriffe üblich waren: fixen, Knast, Druck, Besteck, Turkey, dealen, anschaffen. „Speedball“ und „Cocktail“ wurden definiert.<sup>8</sup> Bei der Beschreibung der Sexualpraktiken hatten

sich im Pretest Verständnisschwierigkeiten ergeben, so daß folgende Terminologien gewählt werden mußten:

- „anders geschlechtliche Sexualpartner“ statt „heterosexuell“
- „gleichgeschlechtliche Sexualpartner“ statt „homosexuell“
- „auch gleichgeschlechtliche Sexualpartner“ statt „bisexuell“
- „Sex mit Penis und Scheide“ statt „Vaginalverkehr“
- „Sex mit Penis und After“ statt „Analverkehr“
- „Sex mit Penis und Mund“ statt „Oralverkehr“
- „Verkehr während der Monatsblutung“ statt „Verkehr während der Menstruation“

## 2.4 Durchführung der Untersuchung

### 2.4.1 Datensammlung

#### a) mündliche Befragung

Die Hauptbefragung (n = 660) mittels eines aus 92 Items bestehenden Fragebogens wurde von Juli 1990 bis März 1991 durchgeführt.

Fragen zur sexuellen Ausrichtung und zu Details der Kondombenutzung bei verschiedenen Sexualpraktiken konnten von den Befragten anonym auf separaten Bögen selbst beantwortet werden und im verschlossenen Umschlag den Interviewern zurückgegeben werden. Von dieser Möglichkeit, intime und z.T. gesellschaftlich tabuisierte Angaben nicht mündlich den Interviewern gegenüber machen zu müssen, machten die Befragten wie folgt Gebrauch:

Tabelle 2

#### Beantwortung intimer Fragestellungen (%)

Fragestellung	schriftlich	mündlich	keine Angaben keine Kondombenutzung
Sexuelle Ausrichtung	36	57	7
Details Kondombenutzung und Sexualpraktiken	52	48	0

#### b) Qualitative Interviews

Insgesamt wurden im März und April 1991 sechs qualitative Interviews mit i.v. Drogenabhängigen und Mitarbeiterinnen aus Drogen- und AIDS-Beratungsstellen durchgeführt. Intensive Diskussionen in Workshops und Kooperationstreffen, zu denen besonders auch Mitglieder der Befragungszielgruppe, d.h. JES-Mitglieder<sup>9</sup> und Ex-User konstruktive und kritische Beiträge lieferten, traten an die Stelle eines Teils qualitativer Interviews.

### 2.4.2 Interviewer

Insgesamt führten 65 Interviewer und Interviewerinnen durchschnittlich je 10 Interviews durch. Es waren überwiegend haupt- und ehrenamtliche Mitarbeite-

rinnen und Mitarbeiter aus Einrichtungen des Drogen- und AIDS-Hilfesystems, sowie einige wenige Privatpersonen mit Kontakten zum Drogenszenemilieu.

Die folgende Übersicht zeigt die Anzahl der Interviews, die von Mitarbeitern verschiedener Einrichtungen durchgeführt wurden:

	Anzahl der Interviews
Jugend- u. Drogenberatungsstellen	272
AIDS-Hilfen	151
Stationäre Therapien/Kliniken	55
Kontaktläden	45
Private Kontakte	30
AIDS-Beratungsstellen	5
Nicht einzuordnen	102
	<b>660</b>

Die Interviewerinnen und Interviewer wurden an zentralen Orten in Gruppen geschult. 40% der Interviews wurden von Interviewerinnen, 60% von Interviewern durchgeführt. 68% der Interviews wurden von Interviewerinnen und Interviewern mit eigener Drogenfahrung durchgeführt.

### 2.4.3 Situation der Interviews

94% der Interviews dauerten unter 2 Stunden, 6% dauerten 2 Stunden und länger. Die Atmosphäre wurde in 82% der Interviews als positiv (gut, lustig, normal) beurteilt, als wechselhaft in 10% und negativ (gespannt, unruhig, aggressiv) in 8%. Interviewerinnen und Interviewer, die Angaben zu Problemen während der Durchführung machten (46%), nannten überwiegend Probleme mit der Fragestellung und mit der Länge des Interviews.

5 Interviews wurden erst nach Item 30 abgebrochen und deshalb in die Auswertung mit einbezogen. Abbruchgründe waren „Lustlosigkeit, Unkonzentriertheit“.

### 2.4.4 Datenaufbereitung, Auswertung

Die Daten wurden an der Fachhochschule Ostfriesland aufbereitet und mit SPSS/PC 3.0 ausgewertet.

1 Zur Frage „Abhängigkeit“ und „Konsum“ von Drogen vgl. Bühringer, G.: Forschungsbedarf im Bereich der Drogenabhängigkeit. In: Sucht 1/1991, S. 45: „Das Risikogruppenkonzept kann nicht hinreichend erklären, warum sich nur bei einem verschwindend geringen Anteil von Personen, die Drogen probieren, langfristig eine Drogenproblematik entwickelt.“

2 Vgl. Tabelle 6, S. 47.

3 In der Praxis der Sozialforschung erschienen jedoch nicht die systematischen Fehler solcher Stichproben problematisch, sondern eher ihre an statistischen Modellen orientierten Maßstäbe, die zumal in unerforschten Bereichen wie der Drogen/AIDS-Problematik irrelevant sind. Hier erscheint es eher sinnvoll, nicht explizit angebbare systematische Fehler als zufällige zu behandeln in einem „hypothetischen Universum“. Dieser Begriff umfaßt die Zeitdimension als eine Quelle zufälliger Fehler, die zur Folge hat, daß in diesem Universum möglicher Stichproben jedes Individuum nicht nur einmal, sondern beliebig oft mit unterschiedlichen kontextabhängigen Antworten vertreten ist. So gesehen ist die jeweilige Stichprobe eine zufällige Auswahl möglicher Antworten möglicher Individuen, und sie erlaubt dann wieder Rückschlüsse auf eine größere



Grundgesamtheit.

Vgl. Küchler, M.: Multivariate Analyseverfahren. Stuttgart 1979. S. 114 f.

4 Vgl. Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen 1980, S. 146 f.

5 Friedrichs, a.a.O., S. 239.

6 siehe Kapitel 2.4.2.

7 Vgl. Albrecht, G.; Karstedt-Henke, S.: Ethical Problems of Survey Research on Delinquency: An Empirical Analysis of Accessing and Interviewing Young Offenders. In: Albrecht, P.A.; Backes, O. (Eds.): Crime Prevention and Intervention – Legal and Ethical Problems. Berlin, New York 1989, S. 25.

8 Vgl. Kapitel 4.2.

9 Junkies, Ex-User, Substituierte

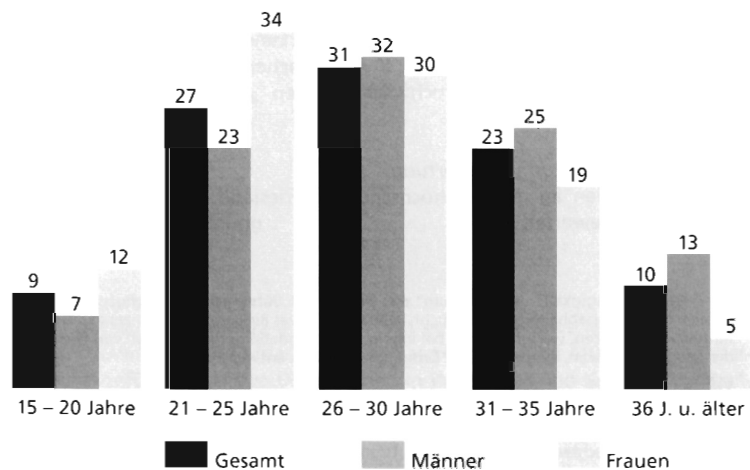
### 3. SOZIALDATEN DER STICHPROBE

#### 3.1 Geschlecht und Alter

Die Stichprobe setzt sich zusammen aus 64,2% Männern und 35,8% Frauen. Das Durchschnittsalter der Befragten ist 28 Jahre (Frauen 27 Jahre, Männer 29 Jahre).

Graphik 1

Altersverteilung nach Geschlecht in % (X = 28)



Die Graphik zeigt, daß die Frauen häufiger in den Altersstufen 15 - 25 Jahre vertreten sind, die Männer ab 31 Jahre ( $p = .001$ ).

### 3.2 Schulabschluß und Berufsausbildung

Das Sample weicht bei allen Schulabschlüssen signifikant vom Bundesdurchschnitt der entsprechenden Altersstufen ab. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die Schulbildung der Befragten nach Abschluß und Alter im Vergleich mit den Bundesdaten 1990<sup>1</sup>.

Tabelle 3  
Schulabschluß nach Alter im Vergleich mit Bundesdaten (B) in %<sup>2</sup>

Schulabschluß	Altersstufen					Gesamt Sample
	15-20 Jahre	21-25 Jahre	26-30 Jahre	31-35 Jahre	36-40 Jahre	
<i>Sonderschule</i>						
Sample:	1,8	1,1	1,5	2,7	1,6	1,7
B:	-	-	-	-	-	-
<i>Hauptschule</i>						
Sample:	39,3	48,9	46,0	53,3	55,7	48,8
B:	27,8	38,6	44,1	51,1	58,5	
<i>Realschule</i>						
Sample:	30,4	24,7	27,0	18,7	23,0	24,3
B:	20,6	32,2	27,9	23,4	20,1	
<i>Gymnasium</i>						
Sample:	3,6	12,6	12,0	13,3	13,1	11,9
B:	4,0	26,7	27,0	24,9	20,9	
<i>Fachschule</i>						
Sample:	3,6	1,1	5,5	2,7	1,6	3,1
B:	-	-	-	-	-	
<i>Kein Abschluß noch zur Schule</i>						
Sample:	21,5	11,4	8,0	9,3	4,9	10,1
B:	47,6	2,6	0,9	0,6	0,7	

Danach weist das Sample signifikant häufiger als der Bundesdurchschnitt „keinen Schulabschluß“ auf (ohne 15- bis 20-jährige berechnet). Hauptschüler sind deutlich überrepräsentiert, und in allen Altersstufen finden sich signifikant weniger Abiturienten. Der Bildungsstand der befragten Frauen und Männer weicht signifikant voneinander ab: Frauen haben häufiger Realschulabschluß oder Abitur, Männer häufiger Hauptschulabschluß. 37% aller Befragten gaben an, über eine abgeschlossene Berufsausbildung zu verfügen (Frauen 31%, Männer 41%). Zum Zeitpunkt des Interviews befanden sich 3% in einer Ausbildung.

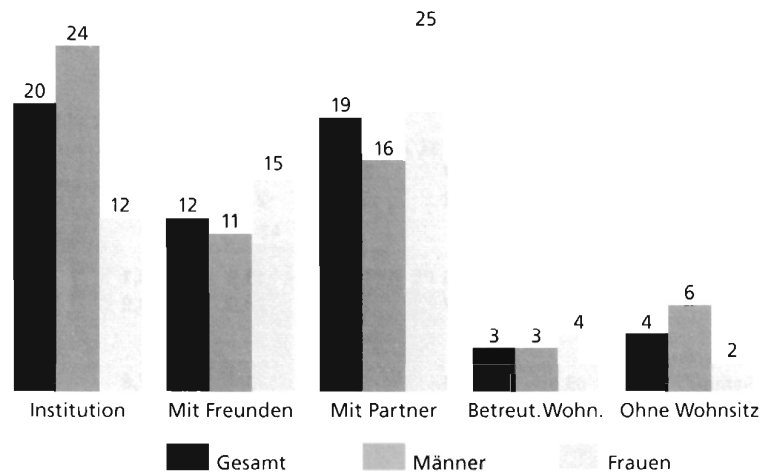
Insgesamt zeigt sich bei i.v. Drogenabhängigen ein niedrigerer Bildungsstand als im Bundesdurchschnitt in den entsprechenden Altersstufen.

### 3.3 Familienstand, Wohnsituation und Einnahmequellen

Die Mehrheit der Befragten war ledig (73%), geschieden/verwitwet waren 13%, verheiratet 10% und getrennt lebend 4%.

Graphik 2 zeigt, daß sich Männer signifikant häufiger in Institutionen aufhielten und keinen Wohnsitz hatten; Frauen lebten häufiger mit Partnern oder mit Freunden zusammen ( $p = .005$ ).

Graphik 2  
Aktuelle Wohnsituation und Geschlecht (%)



Erwartungsgemäß lebten die 15- bis 20-jährigen überproportional häufig bei den Eltern/Verwandten (32%), kaum in Institutionen (7%). Es fällt jedoch auf, daß sie häufiger ohne Wohnsitz (9%) waren und in Hotels oder Notunterkünften (11%) wohnten. Die 26- bis 30-jährigen waren eher in Institutionen (28%) und oft in Hotels/Notunterkünften (11%) zu finden, während die Älteren (ab 31 Jahre) signifikant häufiger mit Partnern (22%) zusammen oder alleine (26%) (eigene Wohnung) wohnten ( $p = .001$ ).

Als wichtigste Einnahmequelle wurde von 38% „staatliche Unterstützung“ genannt (Frauen 46%, Männer 33%). Frauen nannten häufiger als Männer

„Prostitution“ und „Eltern / Verwandte / Freunde“, wie aus Tabelle 4 zu ersehen ist.

Tabelle 4  
Einnahmequelle und Geschlecht in % (Mehrfachnennungen möglich)

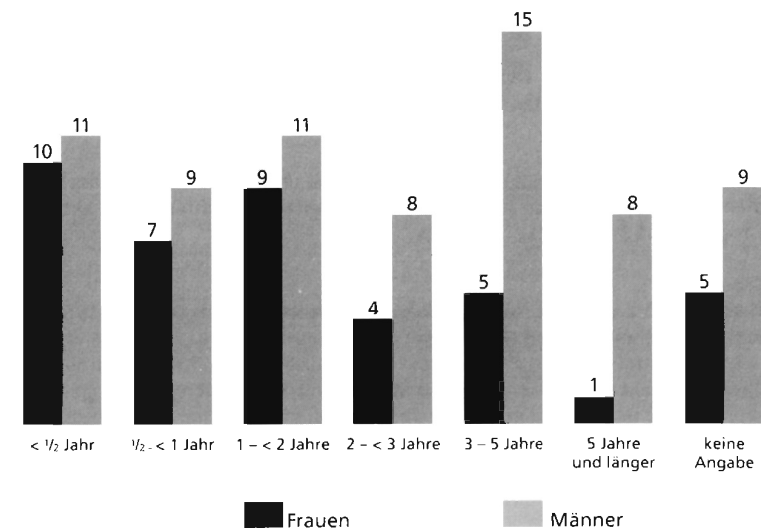
Einnahmequelle	Frauen	Männer	gesamt
Staatl. Unterstützung	46	33	38
„illegal“	29	33	31
Arbeitslosengeld/-hilfe	15	26	22
Lohn/Gehalt	20	21	21
Eltern/Verwandte/Freunde	20	15	17
Prostitution	17	1	7
Selbständig	1	1	1
trifft nicht zu/Institution	11	20	17

### 3.4 Heim- und Hafterfahrung

Ein Fünftel (21%) berichtete über Heimerfahrung.

Hafterfahrung wegen Drogen hatten 60%, Männer signifikant häufiger (71%) als Frauen (41%). Die Dauer der Haftzeit insgesamt war bei Männern länger als bei Frauen ( $p = .001$ ), wie die folgende Graphik zeigt.

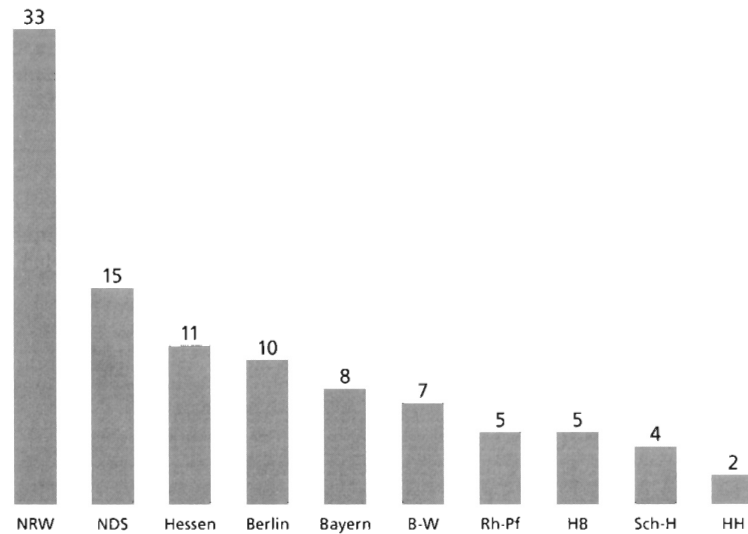
Graphik 3  
Länge der gesamten Haftzeit nach Geschlecht (%)



### 3.5 Geographische Verteilung

Graphik 4 zeigt die Verteilung der Befragten auf die Bundesländer. Dabei sind die südlichen Bundesländer insgesamt gering vertreten (im Saarland wurden keine Daten erhoben), ebenso die Stadtstaaten Hamburg und Bremen. Ein Drittel der Befragten rekrutierte sich aus Nordrhein-Westfalen.

Graphik 4  
Geographische Verteilung der Stichprobe auf die Bundesländer (%)



Als Anhaltspunkt für die Zuordnung in ländliche und städtische Drogenszenen diente der überwiegende Aufenthaltsort der Befragten während ihrer aktiven Drogenzeit.

Tabelle 5  
Größe des Ortes, an dem sich die Befragten in ihrer aktiven Drogenzeit überwiegend aufhielten, nach Geschlecht (%)

Einwohnerzahl	Männer	Frauen	gesamt
5 000 bis unter 20 000	8	3	6
20 000 bis unter 100 000	24	21	23
100 000 bis unter 500 000	29	28	29
500 000 und mehr	38	48	42

### 3.6 Szenezuordnung

Im Sinne der Fragestellung ist es wünschenswert, unabhängig vom Interviewkontaktort eine Zuordnung der Befragten zu den einzelnen Szenen zu erreichen. Tabelle 6 zeigt, daß sich hiernach die Stichprobe zusammensetzt aus 43% offener Szene, 37% privater Szene, 20% wurden nicht zugeordnet bzw. befanden sich in Institutionen.

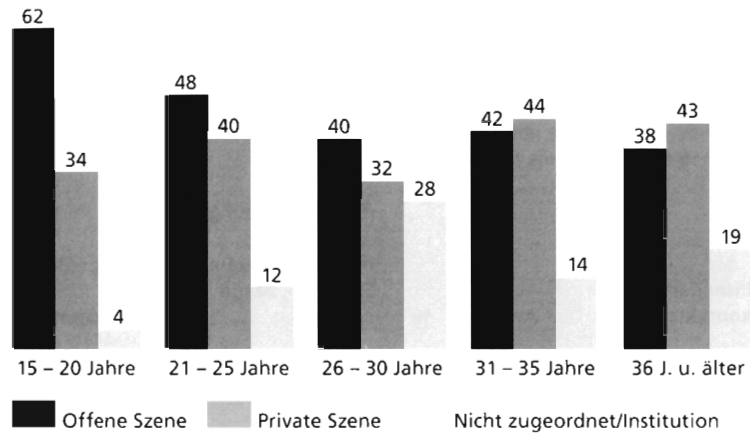
Tabelle 6  
Interviewkontaktorte und Szenezuordnung der Befragten durch die Interviewer (%)

Interviewkontaktort	Anzahl	%	Szenezuordnung		
			offene Szene	private Szene	nicht zugeordnet bzw. Institutionen
Auf der Szene	74	11	8	3	-
Kontaktladen	96	15	11	3	1
Private Szene/ Privater Kontakt	141	21	5	15	1
Ambulante Therapie	1	1	-	1	-
Wohnprojekt	6	1	1	-	-
AIDS-Beratung	7	1	-	1	-
Drogenberatung	141	21	12	8	2
AIDS-Hilfe	27	4	1	2	1
Stationäre Therapie	62	9	-	-	9
Klinik	21	3	1	1	1
Nachsorge	7	1	-	-	1
Selbsthilfegruppe	25	4	1	1	1
Strafvollzug	57	8	3	2	3
<b>Gesamt</b>	<b>n = 660</b>	<b>100%</b>	<b>43%</b>	<b>37%</b>	<b>20%</b>

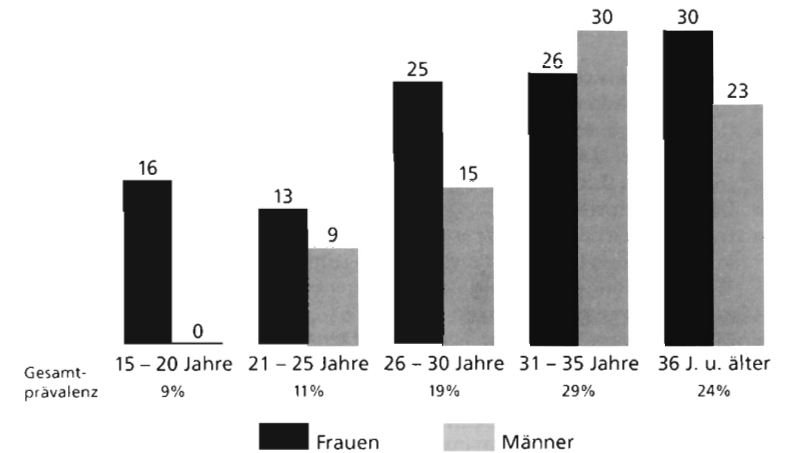
Es wurden diejenigen Befragten der „offenen Szene“ zugeordnet, die sich überwiegend im Drogenszenemilieu (sofern definierbar und vorhanden) aufhielten und auch hier eher ihre sozialen Kontakte hatten. „Private Szene“ bedeutete, daß die Befragten sich entweder hauptsächlich nur zur Drogenbeschaffung oder gar nicht ins offene Szenemilieu begaben oder eine offene Drogenszene dort nicht existierte.

Die Anteile der Frauen und Männer waren in den einzelnen Szenen angeglichen, Jüngere wurden häufiger der offenen Szene zugeordnet, der privaten Szene tendenziell eher die Älteren ( $p = .001$ ).

Graphik 5  
Szenezuordnung nach Alter (%)



Graphik 6  
HIV-Prävalenz und Alter (%)



### 3.7 HIV-Status

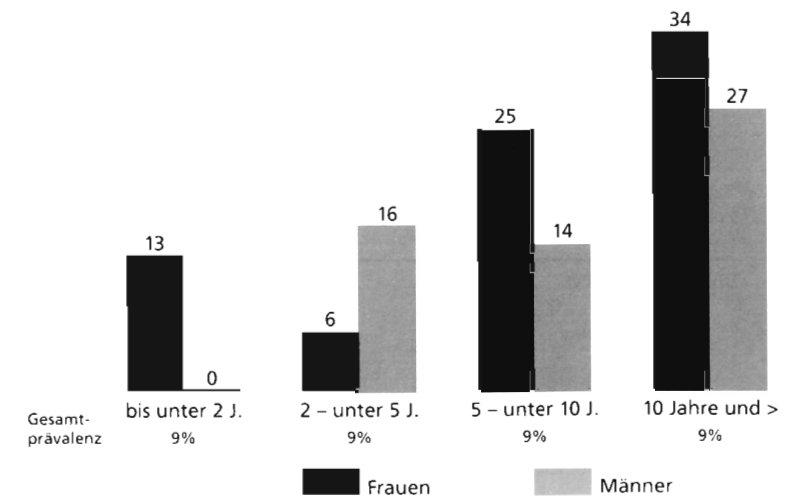
Bisher auf HIV-Antikörper getestet wurden insgesamt 85% der Befragten. Ein positives Testergebnis hatten 18,4% der Männer und 21,8% der Frauen, insgesamt lag die Quote bei 19,6%.

Die folgenden Darstellungen zeigen HIV-Prävalenzen in Verbindung mit unterschiedlichen Merkmalen.

Tabelle 7  
Merkmale, HIV-Prävalenz und Geschlecht (%)

Merkmale	Frauen	Männer	Gesamt
Stichprobe	21,8	18,4	19,6
<i>Prostitutionserfahrung</i>			
aktuell ja	36,2	35,3	35,9
aktuell nicht mehr	38,3	25,0	33,8
keine	8,4	17,1	14,9
<i>Hafterfahrung</i>			
ja	35,6	19,8	23,7
nein	11,5	13,8	12,5

Graphik 7  
HIV-Prävalenz und Drogenkonsumdauer (%)



Frauen hatten generell eine höhere HIV-Prävalenz als Männer, besonders im Zusammenhang mit Prostitution. Diese allgemeine Tendenz zeigt sich verstärkt in niedrigen Altersgruppen und bei noch kurzer Drogenkonsumdauer.

### 3.8 Zusammenfassung

- Die Stichprobe setzt sich aus 64,2% Männern und 35,8% Frauen zusammen.
- Die Frauen waren insgesamt jünger als die Männer.
- Das Bildungsniveau lag unter dem Bundesdurchschnitt, bei Frauen relativ höher als bei Männern.
- Mehr als ein Drittel hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung.
- Die Mehrheit war ledig.
- Frauen lebten häufiger mit Partnern oder Freunden zusammen, Männer eher in Institutionen (besonders die 26- bis 30-jährigen).  
15- bis 20-Jährige waren insgesamt häufiger ohne Wohnsitz und lebten öfter in Hotels/Notunterkünften.
- Die Haupteinnahmequellen waren bei Männern: staatliche Unterstützung und „illegal“, bei Frauen: staatliche Unterstützung, Eltern/Verwandte/Freunde und Prostitution.
- Männer hatten häufiger Haft Erfahrung und insgesamt längere Haftdauer.
- Mehr als zwei Drittel lebten im großstädtischen Bereich.
- 43% wurden der offenen Szene, 37% der privaten Szene zugeordnet, 20% wurden nicht zugeordnet bzw. lebten in Institutionen.
- Die HIV-Prävalenz betrug insgesamt 19,6% (Frauen 21,8%, Männer 18,4%).
- Die höhere HIV-Prävalenz bei Frauen steht in engem Zusammenhang mit Prostitution.

1 Bei der Signifikanzberechnung wurde die Altersstufe „über 40“ wegen zu geringer Besetzung (n=7) ausgespart.  
2 Vgl. Statistisches Bundesamt der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1990, S. 355.

## 4. DROGENKONSUM

### 4.1 Drogenerfahrung

Das Einstiegsalter in den Drogenkonsum lag im Durchschnitt bei 19,0 Jahren (Frauen 18,6 Jahre, Männer 19,3 Jahre).

Tabelle 8 zeigt, daß Frauen signifikant häufiger ihren Drogenkonsum im Alter von unter 15 Jahren begonnen hatten, Männer häufiger zwischen 20 und 25 Jahren ( $p = .05$ ).

Tabelle 8  
Einstiegsalter und Geschlecht (%)

Einstiegsalter	Männer	Frauen	gesamt
unter 15 Jahre	5	11	7
15 - unter 17 J.	21	20	21
17 - unter 20 J.	41	41	41
20 - unter 25 J.	27	22	25
25 J. und älter	6	6	6

Die durchschnittliche Konsumdauer lag bei 8,2 Jahren, 36% gaben die Dauer ihres Drogenkonsums mit 10 Jahren und länger an.

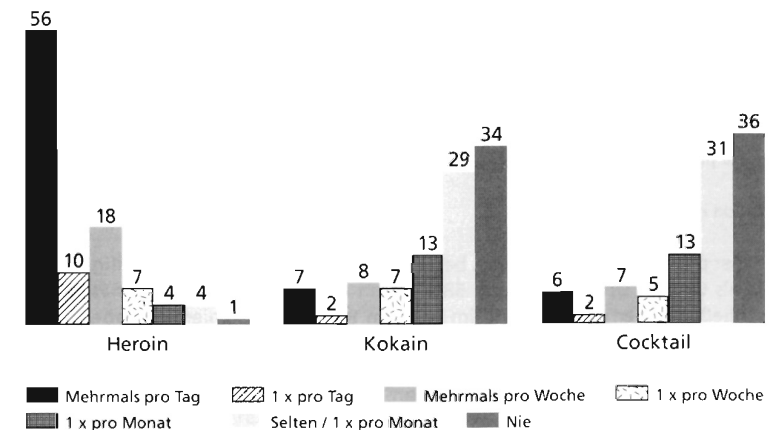
### 4.2 Injektionshäufigkeit der Substanzen

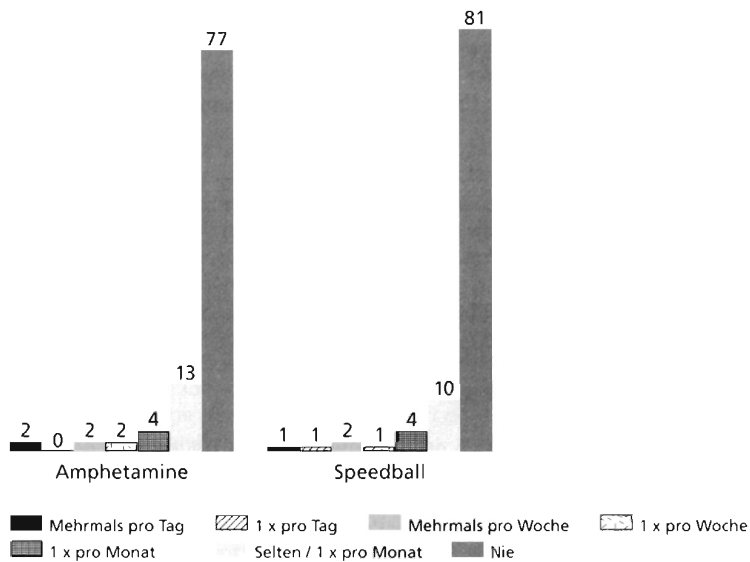
Aktuell injizierten Drogen 68% der Befragten (74% der Frauen, 65% der Männer). Von den aktuell *nicht* Injizierenden (32%) hielten sich mehr als die Hälfte im stationären Bereich und im Strafvollzug auf.

Die Konsumhäufigkeit der verschiedenen Substanzen erstreckte sich von „mehrmals pro Tag“ bis „seltener als 1 x pro Monat“. Insgesamt wurde Heroin von 99% injiziert, Kokain von 66%, Cocktail von 64%, Amphetamine von 23% und Speedball von 19%. Mindestens mehrmals pro Woche wurde am häufigsten Heroin konsumiert (84%), danach Kokain (17%), Cocktail (15%), Amphetamine (4%) und Speedball (4%).

Graphik 8 zeigt die Dominanz von Heroin, die relativ hohe Bedeutung von Cocktail und Kokain sowie die eher geringere Gebrauchshäufigkeit vom Amphetaminen und Speedball.<sup>1</sup>

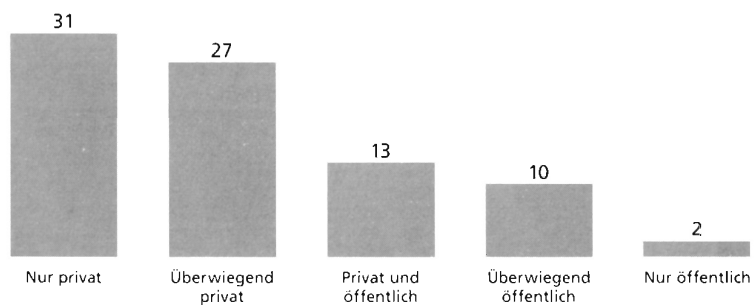
Graphik 8  
Injektionshäufigkeit der verschiedenen Substanzen (%)





### 4.3 Drogenkonsumorte

Graphik 9  
Ort des Drogenkonsums während der letzten 6 Monate (%)



Drückt nicht/keine Angabe: 17%

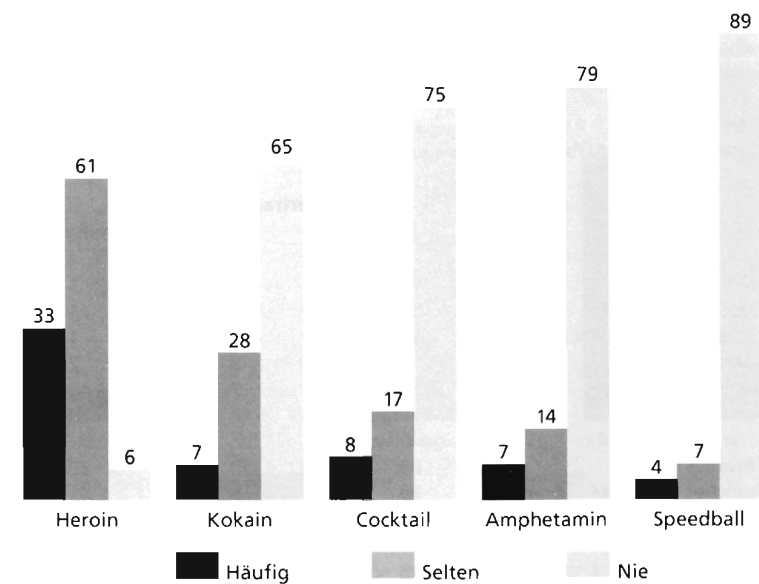
Der private Bereich (zu Hause, bei Freunden) spielt offenbar die wichtigste Rolle als Ort des Drogenkonsums: 58% gaben an, in den letzten 6 Monaten ausschließlich oder überwiegend im privaten Bereich konsumiert zu haben, 12% ausschließlich und überwiegend im öffentlichen Bereich (auf Plätzen, Straßen und in öffentlichen Einrichtungen). Diese Selbstangaben über den Ort des Drogenkonsums sind unabhängig von der Interviewerzuweisung „Szenezugehörigkeit“.

### 4.4 Drogenkonsum im Strafvollzug

Angaben hierzu wurden von allen Befragten (aktuell injizierend oder nicht) gemacht. Von den insgesamt 60%, die bereits inhaftiert gewesen waren (41% der Frauen, 71% der Männer), hatten fast die Hälfte (27%) ihren Drogenkonsum im Strafvollzug fortgesetzt.

Aus Graphik 10 wird deutlich, daß die Drogen, die in der Szene erhältlich sind, durchaus auch in den Strafvollzugsanstalten verfügbar waren und injiziert wurden. Die Konsumhäufigkeit wurde von „mehrmals am Tag“ bis zu „seltener als 1 x pro Monat“ angegeben. Nachschubprobleme mit Heroin und Kokain schießen im Strafvollzug kaum zu bestehen.

Graphik 10  
Injektionshäufigkeit der verschiedenen Substanzen in Haft (%)



Häufig: Mehrmals pro Tag bis mehrmals pro Woche

Selten: 1 x pro Woche bis seltener als 1 x pro Monat

### 4.5 Zusammenfassung

- Das Einstiegsalter in den i.v. Drogenkonsum lag im Durchschnitt bei 19 Jahren, Frauen begannen häufiger im Alter unter 15 Jahren.
- Die durchschnittliche Konsumdauer lag bei 8,2 Jahren, mehr als ein Drittel konsumierte 10 Jahre und länger.

- Die injizierte Hauptdroge war Heroin, danach Kokain und ein Gemisch aus beiden (Cocktail).
- Drogenkonsum fand überwiegend im privaten Bereich statt.
- Die Hälfte der bereits Inhaftierten setzte ihren i.v. Drogenkonsum in Haft fort, ebenfalls vorwiegend mit der Hauptdroge Heroin.

1 Cocktail: Gemisch aus Heroin und Kokain  
Speedball: Gemisch aus Heroin und Amphetamin

## 5. INFORMATIONENSTAND ZUR AIDS-PROBLEMATIK

### 5.1 Kenntnis von HIV-Übertragungswegen

Die Hauptübertragungswege von HIV „offene Blutkontakte“, „Geschlechtsverkehr“ und „Needle Sharing“, waren mit hohen Prozentsätzen im gesamten Sample bekannt.

Tabelle 9:  
Kenntnis von HIV-Übertragungswegen in %

	Übertragungsweg?		
	ja	nein	weiß nicht
Needle Sharing	99	-	1
Geschlechtsverkehr	98	1	1
Offene Blutkontakte	98	1	1
Sperma	93	5	2
Vaginalflüssigkeit	76	9	15
Schwangerschaft	70	12	18
Tätowierung	63	17	20
Speichel	20	69	11
Kot/Urin	27	43	30
Küssen	6	86	8
Insekten	8	71	21
Gemeinsam Geschirr benutzen	11	87	2
Hautkontakte	1	95	4

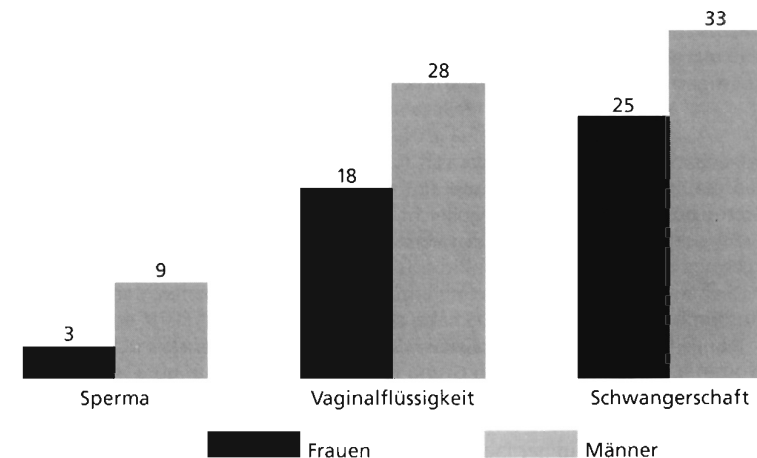
Informationslücken bestanden in der *Überbewertung* von „gemeinsames Geschirr benutzen“ und „Insekten“, und in der *Unterbewertung* von „Schwangerschaft“. Die größten *Unsicherheiten* wurden sichtbar bei „Kot/Urin“, „Tätowierung“, „Insekten“ und „Schwangerschaft“. Auffällig ist auch, daß „Sperma“ bei 93% als möglicher HIV-Träger bekannt war, „Vaginalflüssigkeit“ jedoch nur bei 76%.

Bei der Kenntnis von Sperma, Vaginalflüssigkeit und Schwangerschaft als HIV-Übertragungswege zeigten sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede.

de. Der Übertragungsweg Sperma war 97% der Frauen, 91% der Männer bekannt ( $p = .01$ ), wobei homosexuelle und bisexuelle Männer diesen Übertragungsweg häufiger kannten als heterosexuelle Männer (Homosexuelle: 95%, Bisexuelle: 98%, Heterosexuelle: 89%). Vaginalflüssigkeit als Übertragungsweg kannten 82% der Frauen, 72% der Männer ( $p = .01$ ), hierbei waren homosexuelle Frauen und Männer besser informiert als Hetero- und Bisexuelle. Homosexuelle: Frauen 86%, Männer 90%. Heterosexuelle: Frauen 82%, Männer 72%. Bisexuelle: Frauen 81%, Männer 69%. Schwangerschaft war 75% der Frauen, 67% der Männer bekannt ( $p = .05$ ).

Wenn man die Antworten „nein“ und „ich weiß es nicht“ jeweils als Maß für Unkenntnis zusammenfaßt, zeigen sich Männer bei diesen drei Übertragungswegen als systematisch schlechter informiert, wie in Graphik 11 dargestellt:

Graphik 11:  
Übertragungsweg unbekannt und Geschlecht (%)



Darüber hinaus wurde aus den Indikatoren zum Kenntnisstand der HIV-Übertragungswege ein Index („allgemeine Informiertheit über HIV-Übertragungswege“) konstruiert.

Tabelle 10 zeigt, daß Frauen signifikant besser informiert waren als Männer ( $p = .05$ ).

Tabelle 10:  
„Allgemeine Informiertheit über HIV-Übertragungswege“ nach Geschlecht (%)

Informiertheit	Frauen	Männer	gesamt
gut	91	85	87
schlecht	9	15	13



## 5.2 Kenntnis der Aussage des HIV-Antikörper-Tests

68% kannten die Aussage des Tests. Ihre Antworten verteilten sich wie folgt:

Tabelle 11:  
Antworten zur Bedeutung des HIV-AK-Tests

Was kann man mit dem Test herauskriegen?	%
<i>Richtige Antworten:</i>	
daß der Körper Antikörper gegen HIV gebildet hat	43
daß HIV-Status positiv oder negativ ist	16
daß man vielleicht AIDS bekommen wird	6
daß der Körper keine Antikörper gegen HIV gebildet hat	2
sonstiges	1
	68%
<i>Falsche Antworten:</i>	
daß man AIDS hat	26
daß man kein AIDS hat	5
sonstiges	1
	32%

Präzisere richtige Angaben, die sich auf Antikörper gegen HIV bezogen, machten die meisten Befragten: insgesamt 45%. Unpräzisere Aussagen, wie „HIV-Status positiv/negativ“ und „vielleicht AIDS bekommen“ sind zwar im Effekt richtig, sagen aber nichts über das Verständnis der Befragten über das Zustandekommen des Effekts aus.

Die häufigste Falscheinschätzung bezog sich auf die Annahmen, der Test gäbe Auskunft darüber, ob man AIDS habe oder nicht (31%).

Tabelle 12 zeigt, daß die Befragten mit zunehmendem Alter eher richtige Antworten gaben ( $p = .001$ ). Einen Grund für die signifikant häufigere Unkenntnis in den jüngeren Altersklassen stellt die eigene Testerfahrung dar: Jüngere waren seltener getestet und die nicht Getesteten unter ihnen gaben – ebenso wie bei den Älteren – häufiger falsche Antworten ( $p = .001$ ). Die Teilnahme an einer Testberatung hatte keinen signifikanten Einfluß auf die Kenntnis der HIV-AK-Test-Aussage.

Tabelle 12:  
Kenntnis der Aussage des HIV-AK-Tests und Alter der Befragten (%)

Alter der Befragten	Aussage bekannt	Aussage nicht bekannt
15 – 20 Jahre	39	61
21 – 25 Jahre	61	39
26 – 30 Jahre	73	27
31 – 35 Jahre	77	23
36 Jahre und älter	72	28
<b>Gesamt</b>	<b>68%</b>	<b>32%</b>

## 5.3 Zusammenfassung

- Die HIV-Hauptübertragungswege waren überwiegend bekannt, Frauen waren besser informiert als Männer.
- Informationsdefizite bei Frauen und Männern bestanden bei Schwangerschaft und Vaginalflüssigkeit als HIV-Übertragungswege, bei Männern zusätzlich bei Sperma.
- 68% kannten die HIV-AK-Testaussage, Ältere besser als Jüngere, die Unkenntnis stand in Zusammenhang mit Testerfahrung.

## 6. WAHRNEHMUNG UND BEWERTUNG DES INFORMATIONSEBOTS ZUR AIDS-PROBLEMATIK

### 6.1 Informationshäufigkeit zum Thema AIDS und HIV-Infektionsgefahren

Sich um Informationen zu AIDS zu bemühen, gaben an: häufig 27%, manchmal 55%, nie 18%. Wer informierte sich nie? 74% von ihnen waren gut informiert. (Zum Vergleich: 87% aller Befragten waren gut informiert, siehe Tabelle 10). Entsprechend lauteten ihre Begründungen, warum sie sich nie informierten: „ich weiß genug“, „kein Interesse“, „ich kann es nicht mehr hören“. Dabei fällt auf, daß Jüngere sich seltener als Ältere ( $p = .001$ ), Personen mit negativem oder unbekanntem HIV-Status sich seltener als HIV-Positive ( $p = .001$ ) um Informationen bemühten. Sozial Isolierte<sup>1</sup> informierten sich häufiger „nie“ (32%) als sozial Integrierte (14%) ( $p = .001$ ).

Befragte, die in Bereichen interviewt wurden, in denen die Drogen- und AIDS-Problematik stärker thematisiert wird (Selbsthilfegruppe, AIDS-Beratung, AIDS-Hilfe, Nachsorge), informierten sich häufiger als Interviewte in Einrichtungen, in denen diese Themen nicht grundsätzlich im Vordergrund stehen müssen (Kontaktladen, Drogenberatung, auf der Szene, Klinik).

Tabelle 13:  
Interviewkontaktort und Informationshäufigkeit (%)

Kontaktort	Informationshäufigkeit		
	häufig	manchmal	nie
Selbsthilfegruppe	72	20	8
AIDS-Beratung	71	29	-
AIDS-Hilfe	44	52	4
Nachsorge	43	43	14
Stat. Therapie	32	55	13
Strafvollzug	29	58	13
Private Szene	27	54	19
Kontaktladen	21	61	18
Drogenberatung	19	58	23
Auf der Szene	19	55	26
Wohnprojekt	17	83	-
Klinik	14	57	29

## 6.2 Wichtigste Informationsquellen zum Thema AIDS

Tabelle 14 faßt die wichtigsten genannten Informationsquellen in drei Hauptmedien zusammen:

Tabelle 14:  
Wichtigste Informationsquellen zum Thema AIDS (%)

Medium	Informationsquelle	Anteil in %
Personelle Kommunikation	Gespräche mit Professionellen mit Betroffenen	20
	Gespräche allgemein	19
		<u>8</u>
		<b>47%</b>
Zielgruppenspezifische Printmedien	Poster	1
	Broschüren	6
	Fachzeitschriften/-bücher	4
	Info-Material der AIDS-Hilfen	13
	Info-Material des Gesundheitsamts	1
		<u>25%</u>
Sonstige Medien	Fernsehen	17
	Zeitungen	7
	Radio	1
		<u>25%</u>
Sonstige Informationsquellen		3%

47% der Befragten nannten Gespräche (mit Professionellen, mit Betroffenen, allgemeine) als wichtigste Informationsquelle unabhängig davon, ob sie gut oder schlecht informiert, sozial integriert oder eher isoliert waren.

Jeweils 25% nannten zielgruppenspezifische Printmedien und sonstige Medien an erster Stelle. Dabei zeigte sich, daß die anonymen Massenmedien öfter für diejenigen wichtigste Informationsquelle waren, die sich ansonsten „nie“ informierten, während zielgruppenspezifische Medien und persönliche Gespräche von den sich „häufig“ Informierenden bevorzugt wurden ( $p = .001$ ). Unter den zielgruppenspezifischen Printmedien wurden die Materialien der AIDS-Hilfen am häufigsten als wichtigste Informationsquelle genannt.

## 6.3 Kenntnis von Informationsmaterial der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. oder regionaler AIDS-Hilfen (AH)

Unabhängig von den genannten Informationsquellen wurde der Bekanntheitsgrad der Informationsmaterialien der AIDS-Hilfen erfragt. Informationsmaterial der AIDS-Hilfen war 72% bekannt, am meisten denjenigen, die in Selbsthilfegruppen interviewt wurden (84%), in stationärer Therapie (81%) und in der privaten Szene (78%). Relativ unbekannter waren die AH-Informationsmaterialien Befragten in Kontaktläden (68%), in Drogenberatungsstellen (67%), im Straf-

vollzug (60%) und in Kliniken (48%). Diese Angaben lassen nur bedingt Rückschlüsse zu über die Verfügbarkeit von AH-Materialien am jeweiligen Ort, da es sich ja um *Interviewkontaktorte* handelte, und keine systematische Material-sichtung vorgenommen wurde.

AH-Materialien waren besonders denjenigen bekannt, die als wichtigste Informationsquelle zielgruppenspezifische Printmedien und personelle Kommunikation nannten.

Tabelle 15:  
Kenntnis Info-Material der AIDS-Hilfen und wichtigste Informationsquelle (%)

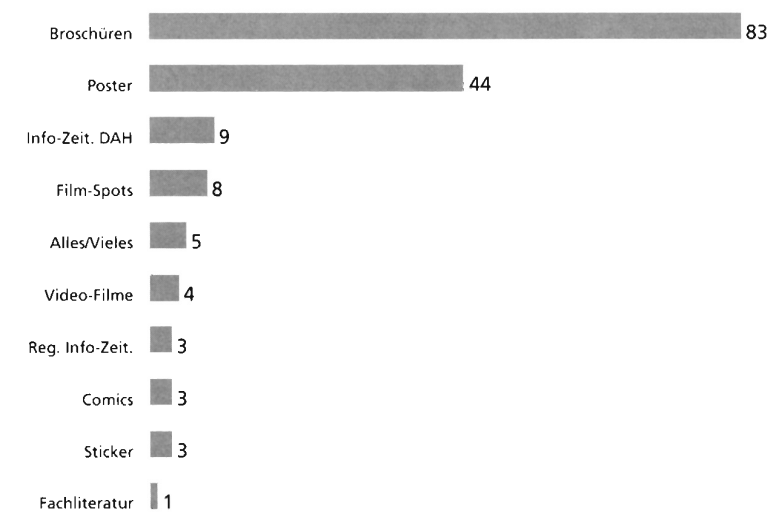
Informationsquelle	AH-Material bekannt
Zielgruppenspezifische Info-Materialien	87
Personelle Kommunikation	73
Sonstige Medien	57

Von den Befragten, die insgesamt als gut informiert galten, kannten 74% die AH-Materialien, gegenüber 55% derjenigen, die schlecht informiert waren.

Die bekanntesten Informationsmaterialien der AIDS-Hilfen waren deutlich Broschüren (83%) und Poster (44%).

Als besonders ansprechend an dem Material wurden genannt „Verständlichkeit und Aufklärung“, „Aufmachung“ und „besondere Klarheit“.

Graphik 12:  
Kenntnis von Materialien der AIDS-Hilfen in % (Mehrfachnennungen möglich)



#### 6.4 Bewertung des Informationsangebots

51% aller Befragten hielten das Informationsangebot zu AIDS für ausreichend. Diese Einschätzung lag bei denjenigen, die sich *nie* zum Thema AIDS informierten, signifikant höher, als bei den Befragten, die sich *häufig* informierten ( $p = .001$ ).

Tabelle 16:  
Informationshäufigkeit und Bewertung des Informationsangebots (%)

Bewertung des Info-Angebots	Anteil gesamt	Informationshäufigkeit		
		häufig	manchmal	nie
ausreichend	51	40	52	65
nicht ausreichend	47	60	46	28
unentschlossen	2	-	2	7

Diejenigen, die sich häufig informierten (27%) wollten noch mehr Information, diejenigen, die sich nie informierten (18%) hielten das Informationsangebot eher für ausreichend. Informationswünsche bezogen sich auf Anleitung zum sicheren Spritzen (60%) und zum sicheren Sex (58%).<sup>2</sup>

Wo nach Ansicht der Befragten mehr Information angeboten werden sollte, zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 17:  
Wo sollte mehr Information angeboten werden?  
(in %; Mehrfachnennungen möglich; \* = Antwortvorgaben im Fragebogen)

Medien*:	43
Auf der Szene*:	36
Schule*/Arbeit:	25
Öffentliche Einrichtungen*:	19
Strafvollzug*:	18
Drogenberatung*:	9
Kontaktläden*:	7
Stationäre Therapie*:	5
Haushalte allgemein:	4
überall:	4
Ärzte/Pflegepersonal:	4

Wenn man von der eher unspezifischen Nennung der „Medien“ an erster Stelle absieht, fällt auf, daß am häufigsten betroffenennahe Orte genannt wurden, an denen i.v. Drogenabhängige sich ohnehin aufhalten: Szene, Schule/Arbeit, öffentliche Einrichtung, Strafvollzug. Zu den Antwortvorgaben im Fragebogen fügten die Befragten selbst die Kategorien „Arbeit“, „Haushalte“, „überall“ und „Ärzte/Pflegepersonal“ hinzu. Diese Tendenz zum Informationswunsch im

alltäglichen Lebensbereich zeigte sich auch in den qualitativ erhobenen Daten (Interviews, Workshops).

Information sollte danach noch stärker gebracht (Lebensalltag) als nur angeboten werden. Die Fragestellung („Wo sollte mehr Information angeboten werden?“) bezieht sich aber deutlich auf defizitäre Bereiche, d.h. die geringere Nennung von Drogenberatungsstellen, Kontaktläden bedeutet hier, daß die Quantität des Informationsangebots dort bereits als angemessen eingeschätzt wurde.

Welche Informationsträger wurden gewünscht? Genannt wurden vor allem mehr Gespräche und qualifizierte Informationsmaterialien. Film-Spots und Zeitschriften/Bücher wurden als eher unwesentlich bewertet, wie Tabelle 18 verdeutlicht.

Tabelle 18:  
Gewünschte Informationsträger in % (Mehrfachnennungen möglich)

Gespräche:	48
Qualifiziertes Info-Material:	46
Broschüren/Poster:	27
Filme:	21
Spots im Kino/Fernsehen:	15
Zeitschriften/Bücher:	10

#### 6.5 Zusammenfassung

- 82% aller Befragten bemühten sich selbst um Information zum Thema AIDS, davon 27% häufig.
- Ältere informierten sich häufiger, auch wenn sie bereits gut informiert waren, Jüngere verzichteten häufiger auf weitere Information, sie waren mehrheitlich auch gut informiert.
- Sich „nie“ zu informieren, bedeutet demnach nicht, schlecht informiert zu sein: Der Informationsgrad derjenigen, die sich nie informierten, war jedoch gering niedriger (74%) als der der Gesamtstichprobe (87%).
- Den größten Stellenwert als Informationsquelle hatte persönliche Kommunikation, vor allem Gespräche mit Professionellen und mit Betroffenen.
- Der allgemeine Bekanntheitsgrad von AIDS-Hilfe-Materialien war 72%, darunter in erster Linie Broschüren und Poster.
- Das Informationsmaterial zu AIDS für i.v. Drogenabhängige reichte nicht aus. Es wurden gewünscht Anleitungen zu Safer Use und Safer Sex, sowohl in szenenahen Einrichtungen, wie auch an alltäglichen Aufenthaltsorten. Gewünschte Informationsträger waren vor allem Gespräche und qualifizierte Informationsmaterialien.

1 Ein mittels Faktorenanalyse aus 6 Indikatoren konstruierter Index „Soziale Isolation“ ergab, daß 24% aller Befragten als sozial isoliert gelten können, 76% als eher sozial integriert.

2 Weitere Wünsche nach Informationsinhalten wurden nicht erhoben.

## 7. KENNNTNIS UND BEWERTUNG AIDS-PRÄVENTIVER BOTSCHAFTEN

Die zentralen AIDS-präventiven Botschaften an die Gruppe der Drogenabhängigen sind einerseits die auf Risikominimierung (Harm reduction) abzielenden Slogans „Safer Use“ und „Safer Sex“, andererseits die Forderungen nach Drogenabstinenz und Monogamie.

### 7.1 Kenntnis des Slogans „Safer Use“

Für 54% der Befragten war der Begriff „Safer Use“ unbekannt (Frauen 51%, Männer 56%). Da jeweils über 98% der Befragten „offene Blutkontakte“ und „Needle Sharing“ (vgl. Tabelle 9, S. 54) als HIV-Infektionsrisiko kannten, scheint die Unkenntnis des Begriffs nicht mit der Unkenntnis seines Inhaltes identisch zu sein. Vielmehr wird hier die Problematik des kulturellen Transfers eines Präventionslogans deutlich.<sup>1</sup>

Diejenigen, die den Begriff kannten, nannten in erster Linie „Gespräche mit Professionellen“ (23%) sowie „Info-Material der AIDS-Hilfen“ (19%) als ihre wichtigste Informationsquelle. Graphik 13 zeigt, welche Inhalte die Befragten mit „Safer Use“ verbanden.

Graphik 13:  
Verständnis von „Safer Use“ (%)

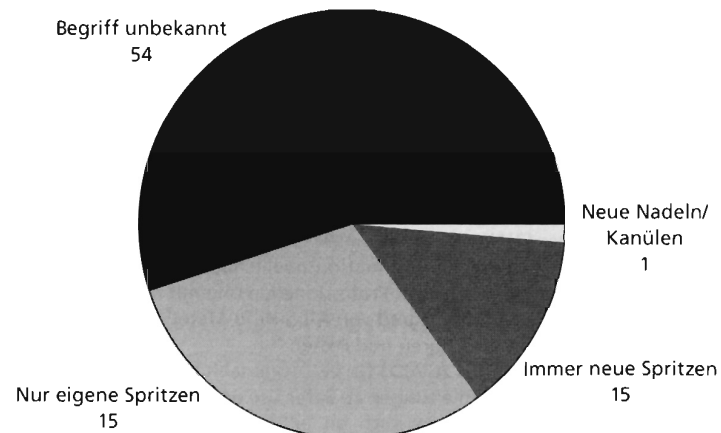


Tabelle 19 zeigt den Bekanntheitsgrad von „Safer Use“ in Verbindung mit weiteren Stichprobenmerkmalen:

Tabelle 19:  
Bekanntheitsgrad „Safer Use“ (%)

Merkmal		„Safer Use“ bekannt
Kenntnis Info-Material AIDS-Hilfen	ja	54
	nein	22
Needle Sharing letztes Jahr	nie	58
	selten	44
	manchmal	53
	häufig	36
Versorgungsprobleme mit sauberen Spritzen	ja	46
	nein	59
Alter der Befragten	15 – 20 Jahre	45
	21 – 25 Jahre	40
	26 – 30 Jahre	46
	31 – 35 Jahre	49
	36 – über 40 Jahre	54

Danach kannten den Begriff „Safer Use“ signifikant häufiger diejenigen, die mit Informationsmaterial der AIDS-Hilfen vertraut waren ( $p = .001$ ), eher weniger Needle Sharing praktizierten ( $p = .05$ ) oder keine Versorgungsprobleme mit sauberen Spritzen hatten ( $p = .05$ ).

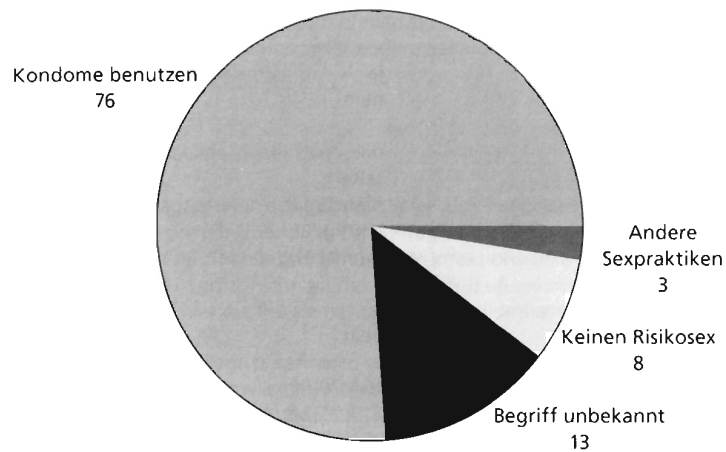
Den Begriff „Safer Use“ zu kennen, war unabhängig von Alter und Dauer des Drogenkonsums.

### 7.2 Kenntnis des Slogans „Safer Sex“

13% wußten nicht, was „Safer Sex“ bedeutet: 11% der Frauen, 14% der Männer. Auch hier bedeutet die Unkenntnis des Begriffs nicht gleichzeitig auch die Unkenntnis des Inhalts, wie Tabelle 9 (Kenntnis der HIV-Übertragungswege) gezeigt hatte.

Graphik 14 zeigt, was unter dem Slogan verstanden wurde, für die meisten bedeutete er „Kondome benutzen“.

Graphik 14:  
Verständnis von „Safer Sex“ (%)



Wie bekannt war der Slogan „Safer Sex“ in Verbindung mit anderen Merkmalen?

Tabelle 20:  
Bekanntheit von „Safer Sex“ (%)

Merkmal		„Safer Sex“ bekannt
Kenntnis Info-Material der AIDS-Hilfen	ja	92
	nein	73
Beratungsgespräche zu AIDS gehabt	ja	91
	nein	80
Kondomgebraucher	ja	91
	nein	82
Nationalität	Deutsch	88
	Andere	66
Prostitutionserfahrung	ja	92
	nein	85

Bekannt war der Begriff vor allem denjenigen Befragten, die Informationsmaterial der AIDS-Hilfen kannten ( $p = .001$ ) oder die jemals an Beratungsgesprächen zu AIDS teilgenommen hatten ( $p = .001$ ). Erwartungsgemäß kannten die „Safe-Praktizierenden“ (Kondomgebraucher) auch den Begriff häufiger ( $p =$

$.005$ ), Ausländern war er eher unbekannt ( $p = .001$ ). Keine signifikanten Zusammenhänge bestanden mit Prostitutionserfahrung oder Drogenkonsumdauer.

### 7.3 Einschätzung der AIDS-präventiven Wirksamkeit der Botschaften

Nach einer gegebenenfalls erforderlichen Erklärung der Begriffe „Safer Use“ und „Safer Sex“ wurden alle Befragten nach ihrer Einschätzung der Chance gefragt, hierdurch das HIV-Infektionsrisiko zu verringern.

Tabelle 21:  
Einschätzung der Botschaften (%)

Präventive Botschaft	Einschätzung der Risikoverringering		
	sehr hoch / hoch	bedingt hoch	gering / keine Chance
„Safer Use“	86	9	5
„Safer Sex“	67	26	7

„Safer Use“ wurde deutlich die präventivere Wirkung vor „Safer Sex“ zugeschrieben ( $p = .001$ ).

Tabelle 22 gibt eine Übersicht über die geäußerten Antworten auf die Frage, was die Befragten davon hielten, angesichts der AIDS-Gefahr abstinenz zu leben.

Tabelle 22:  
Was hielten die Befragten von Drogenabstinenz wegen der AIDS-Gefahr? (%)

Viel	7	} 30
Viel, weil ich z.Z. nicht drücke	3	
Viel, ist mir aber nicht möglich	20	
Viel, aber mit Vorsichtsmaßnahmen passiert nichts	6	} 70
Nichts, weil mit Vorsichtsmaßnahmen nichts passiert	12	
Nichts, weil AIDS nichts mit Drogen zu tun hat	11	
Nichts <sup>2</sup>	41	

30% der Befragten fanden Abstinenz grundsätzlich als Prävention geeignet (obwohl für 20% subjektiv nicht durchführbar), 70% hielten letztendlich jedoch nichts von Abstinenz wegen AIDS.

Die Chance, durch Treue in Partnerschaften (Monogamie) das HIV-Infektionsrisiko zu verringern, wurde wie folgt eingeschätzt:

Tabelle 23:  
Chance der Risikoverringern durch Monogamie (%)

Sehr hoch	25	} 78
hoch	21	
hoch, wenn man festen Partner hat	11	
hoch, wenn niemand fremd geht	15	
hoch, wenn Partner gesund sind	6	
gering, Treue läßt sich nicht kontrollieren	10	} 22
gering, Treue gibt es nicht	4	
gering/keine Meinung dazu	8	

Die Mehrheit (78%) hielt Monogamie grundsätzlich für geeignetes HIV-präventives Verhalten, davon 46% ohne Einschränkungen.

#### 7.4 Zusammenfassung

- 46% wußten, was der Begriff „Safer Use“ bedeuten kann, die meisten verstanden darunter „nur eigene Spritzen benutzen“.
- „Safer Sex“ kannten 87%, für die meisten bedeutete das „Kondome benutzen“.
- „Safer Use“ wurde deutlich präventivere Wirksamkeit zugeschrieben als „Safer Sex“.
- Drogenabstinenz wurde die geringste präventive Wirksamkeit (10%) zugesprochen, während Monogamie unbedingt hoch von 46% und unter bestimmten Bedingungen hoch von 32% gehalten wurde.

1 Eine ähnliche Problematik zeigt sich bei den Versuchen, „bleach“ (in den USA gebräuchliches Chlor-Reinigungsmittel) in deutschen Drogenszenen zur Spritzendesinfektion zu propagieren.

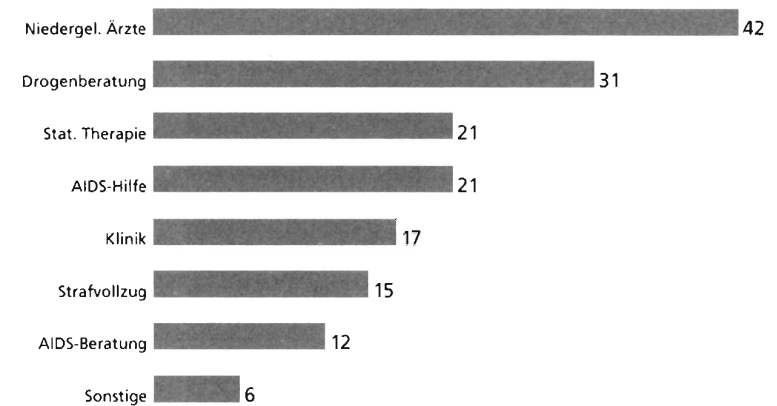
2 Hierunter wurden auch Antworten wie Quatsch, Blödsinn, Unsinn subsumiert.

## 8. WAHRNEHMUNG UND BEWERTUNG DES BERATUNGSANGEBOTS ZUR AIDS-PROBLEMATIK

### 8.1 Beratungsorte

65% hatten jemals an professionellen Beratungsgesprächen zu AIDS und HIV-Infektionsgefahren teilgenommen. Graphik 15 zeigt, daß niedergelassenen Ärzten eine zentrale Stellung im Beratungssystem zukommt.

Graphik 15:  
Beratungsorte in % (Mehrfachnennungen möglich)



### 8.2 Bewertung des Beratungsangebots

Die am häufigsten erinnerten Beratungsinhalte waren sachliche Information zu AIDS und präventive Verhaltensanweisungen.

Während die Beratungen generell (77%) als zufriedenstellend beurteilt wurden, ergaben sich doch je nach erinnerten Beratungsinhalten unterschiedliche Grade der Zufriedenheit: Am positivsten wurden Beratungen eingeschätzt, in denen auch die akzeptierende Haltung des Beraters oder der Komplex sachlicher Information/Verhaltensanweisungen/psychosozialer Lebenshilfen erinnert wurden.

Tabelle 24:  
Erinnerte Beratungsinhalte und Zufriedenheit mit den Beratungen (%)

Beratungsinhalte	Anteil gesamt	Beratung zufrieden- stellend	Beratung nicht zufrieden- stellend
Sachliche Informationen	37	90	10
Verhaltensanweisungen	26	84	16
Psychosoziale Lebenshilfe	10	83	18
Nichts/keine Erinnerung	10	66	34
Akzeptierende Haltung des Beraters	6	100	-
Inkompetenz des Beraters	6	4	96
Negative Haltung des Beraters	4	6	94
Information war bekannt	2	86	14

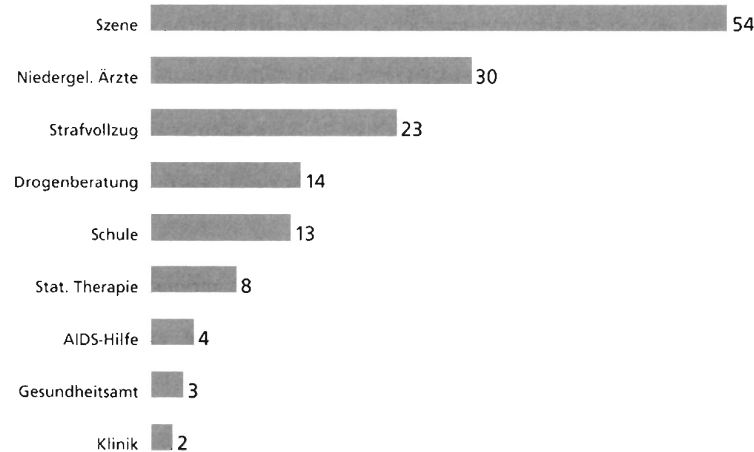
Insgesamt 55% hielten das bestehende Angebot für ausreichend. Dies hing signifikant mit eigenen Erfahrungen zusammen: Nach positiven Erfahrungen mit Beratungen hielten 59%, nach negativen Erfahrungen 29% das Beratungsangebot für ausreichend ( $p = .001$ ).

Tabelle 25:  
Beratungserfahrung und Einschätzung des Beratungsangebots (%)

Beratungserfahrung	Beratungsangebot ist:	
	ausreichend	nicht ausreichend
zufriedenstellend (77%)	59	41
nicht zufriedenstellend (23%)	29	71

Wo nach Ansicht der Befragten mehr oder bessere Beratung angeboten werden sollte, zeigt Graphik 16.

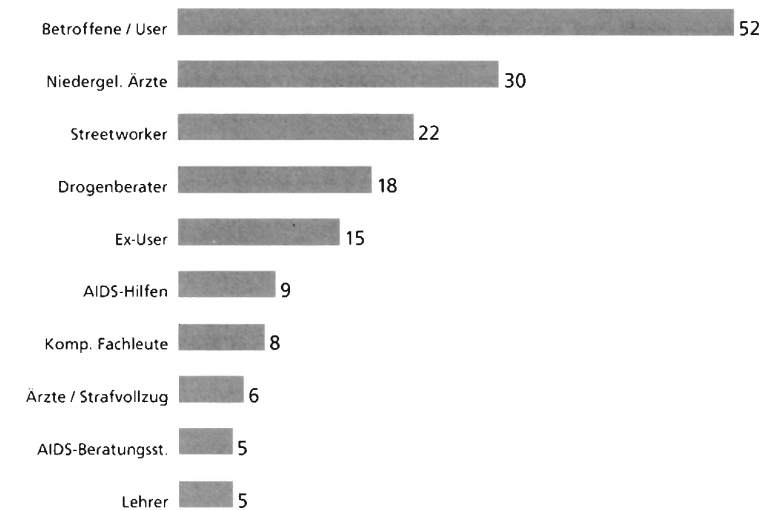
Graphik 16:  
Wunsch nach mehr oder besserer Beratung in % (Mehrfachnennungen möglich)



Mehr und bessere Beratung wird erwartungsgemäß dort gewünscht, wo sich Drogenabhängige ohnehin überwiegend aufhalten oder schon Beratungserfahrung gesammelt haben. Bemerkenswert erscheint hier lediglich die häufige Nennung „Schule“.

Wer mehr Beratungen durchführen sollte, zeigt folgende Graphik:

Graphik 17:  
Wer sollte mehr Beratung durchführen? (in %, Mehrfachnennungen möglich)



Die Präferenz von mehr oder besserer Beratung auf der Szene durch vorwiegend Betroffene/User dokumentiert insgesamt einen nicht zu unterschätzenden szenenahen Beratungsbedarf.

### 8.3 HIV-Antikörper-Testberatung

Die Funktion von HIV-Antikörpertestungen wird stets ambivalent diskutiert. Ein negatives Testergebnis sollte nicht grundsätzlich als Sicherheit ausgelegt werden, bisherige Verhaltensmuster fortzusetzen, ohne dabei persönliche Risiken für sich selbst und andere zu reflektieren. Positive Testergebnisse führen zu meist folgenschweren Konsequenzen für die Betroffenen. Von daher ist es wünschenswert, vor einem Test u.a. die Konsequenzen eines positiven wie auch negativen Testergebnisses für den einzelnen in einem Beratungsgespräch anzusprechen.

Die Erfahrung der Befragten mit HIV-Antikörper-Testberatungen stellt sich wie folgt dar: Die Hälfte derjenigen, die bisher ein- oder mehrmals getestet worden waren (85%), hatten vorher an einer Testberatung teilgenommen. Als Gründe, weshalb keine Testberatung erfolgte, nannten die anderen generell „kein Angebot erhalten“ (70%), „kein Bedürfnis“ (17%) und „bin ausreichend informiert“ (13%). Bezogen auf den Ort ihres letzten Tests lassen sich folgende Differenzierungen aufzeigen:



Tabelle 26:

**Ort des letzten Tests und Gründe für fehlende Testberatung (%)<sup>1</sup>**

Testort	Testort Anteil gesamt	Testberatung nicht erfolgt Gründe:			
		insgesamt	kein Angebot erhalten	kein Bedürfnis / ausreichend informiert	kein Grund angegeben
Niedergelassener Arzt	29	33	22	11	-
Klinik	29	61	45	15	1
Strafvollzug	23	59	45	13	1
Therapie/ Nachsorge	9	50	32	14	4
Gesundheitsamt	9	28	17	11	-
Sonstiger	1	17	17	-	-

Am häufigsten wurden Tests bei niedergelassenen Ärzten und in Kliniken durchgeführt. Ein vorheriges Beratungsangebot fehlte vor allem in Kliniken und im Strafvollzug. Die Gründe für nicht stattgefunden Testberatung lagen deutlich häufiger auf der Anbieterseite („kein Angebot erhalten“) als bei den Testenden („kein Bedürfnis/ ausreichend informiert“).

**8.4 Zusammenfassung**

- 65% hatten schon an AIDS-Beratungen teilgenommen, die meisten davon bei niedergelassenen Ärzten und in Drogenberatungsstellen.
- Die meisten (77%) waren mit den Beratungen zufrieden. Die wichtigsten Kriterien für Zufriedenheit mit Beratungen waren die Haltung des Beraters und der vermittelte sachliche Informationsgehalt.
- Akzeptierende Haltung des Beraters bzw. sachliche Informationen resultierten in hoher Zufriedenheit, negative Haltung des Beraters bzw. seine Inkompetenz wurden von den Ratsuchenden am stärksten abgelehnt.
- Nach positiven Beratungserfahrungen wurde das Beratungsangebot eher für ausreichend gehalten als nach negativen.
- Die Wünsche nach mehr und besserer Beratung konzentrierten sich auf Sze-

ne, Arztpraxen und Strafvollzug, also auf die Orte, an denen sich Drogenabhängige ohnehin aufhalten.

- Als Berater wurden deutlich Betroffene/User bevorzugt.
- Die Hälfte der jemals auf HIV-AK-Getesteten hatte kein vorheriges Beratungsgespräch, hauptsächlich deswegen, weil es ihnen nicht angeboten wurde.
- Die meisten HIV-AK-Testungen wurden in Kliniken und Arztpraxen durchgeführt.
- Eine vorherige Testberatung fehlte am häufigsten in Kliniken und im Strafvollzug.

<sup>1</sup> Aufgrund der Fragestellung sind nur Aussagen möglich über a) den Ort der letzten Testung und b) dort fehlende Beratung sowie die Begründung dafür. Wo jemals Testberatungen stattgefunden hatten, kann hieraus nicht ermittelt werden.

**9. SPRITZENGEBRAUCH**

Das Infektionsrisiko beim Spritzengebrauch erstreckt sich nicht nur auf Needle Sharing und unzureichende Reinigungsformen, sondern auch auf bestimmte Techniken des Drug Sharing wie Frontloading und Backloading.

**9.1 Needle Sharing**

*9.1.1. Häufigkeit von Needle Sharing*

Im letzten Jahr ihres aktiven Drogenkonsums benutzten 56% Spritzen mit anderen gemeinsam.

Während Frauen und Männer hierin keine Unterschiede zeigten, nannten Jüngere signifikant häufiger „manchmal“ und „häufig“, Ältere „nie“ (p = .001).

Tabelle 27:

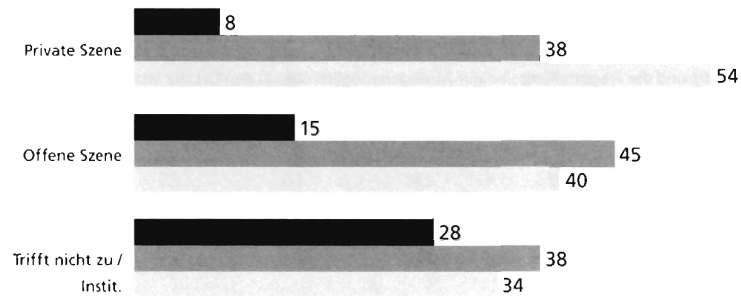
**Needle Sharing im letzten Jahr des aktiven Drogenkonsums und Alter (%)**

Needle Sharing	insgesamt	Alter der Befragten	
		bis 25 Jahre	älter als 25 Jahre
Nie	44	37	49
Selten	26	26	25
Manchmal	15	20	12
Häufig	9	13	7
Sehr häufig	6	4	7

Befragte, die keiner Szene zugeordnet wurden bzw. sich in einer Institution (Haft, stationäre Therapie) aufhielten, gaben zusammen mit denjenigen aus der offenen Szene signifikant häufiger habituelles (wenn auch nicht aktuelles)

Needle Sharing an als Befragte aus der privaten Szene. Der institutionelle Rahmen stellt deshalb unter präventivem Gesichtspunkt einen wichtigen Ort für Aufklärungs- und Beratungsarbeit dar.

Graphik 18:  
Szenezugehörigkeit und habituelles Needle Sharing (%)



Was „selten“ bis „sehr häufig“ für die Befragten in Zahlen ausgedrückt hieß, zeigt die folgende Gegenüberstellung:

Tabelle 28:  
Needle Sharing im letzten Jahr des aktiven Drogenkonsums

Häufigkeit	Anzahl	Pro Jahr in %				Durchschnittliche Häufigkeit <sup>1</sup> (absolut)
		bis 10 x	bis 20 x	21 - 100 x	101 - 500 x	
selten 26%	91	7	2	-	-	7 x
manchmal 15%	43	32	23	2	-	27 x
häufig 9%	7	17	51	17	8	144 x
sehr häufig 6%	-	3	46	27	24	260 x

Danach bedeutete „selten“ durchschnittlich 7 mal, „manchmal“ durchschnittlich 27 mal, „häufig“ durchschnittlich 144 mal und „sehr häufig“ durchschnittlich 260 mal Needle Sharing pro Jahr.

9.1.2 Needle Sharing-Partner  
Mit wem tauschten die Befragten Spritzen?

Tabelle 29:  
Needle Sharing-Partner, Häufigkeiten in % (Mehrfachnennungen möglich)

Häufigkeit Needle Sharing	Partner				
	mit festem Partner n = 240	mit guten Bekannten n = 166	mit irgend jemand n = 80	mit HIV-Positiven n = 53	mit Fremden n = 51
selten	33	54	56	57	59
manchmal	30	31	31	26	25
häufig	20	12	10	15	10
sehr häufig	17	3	3	2	6

Es wurden überwiegend mit festen Partnern und guten Bekannten Spritzen gemeinsam benutzt (p = .001). Häufig und sehr häufig mit festen Partnern Nadeln zu tauschen, gaben 35% der Frauen und 25% der Männer an. Diese Zahlen spiegeln das Ergebnis wider, daß die befragten Frauen häufiger in festen Beziehungen mit ebenfalls drogenabhängigen Partnern lebten (vgl. Kapitel 10.1.3.).

9.1.3 Gründe für Needle Sharing

Frauen und Männer unterschieden sich nicht in ihren Gründen für Needle Sharing.

Tabelle 30:  
Gründe für Needle Sharing in % (Mehrfachnennungen möglich)

1) „Auf Turkey nehme ich gebrauchte Bestecke“	71
2) „Wenn ich Stoff habe, habe ich kein Besteck“	45
3) „Ich drücke lieber mit anderen zusammen als alleine“	40
4) „Ich kann keine sauberen Bestecke beschaffen (z.B. Knast)“	28
5) „Es ist mir zu gefährlich, sauberes Besteck bei mir zu haben“	28
6) „Wenn ich Stoff habe, ist mir egal, mit welchem Besteck ich drücke“	18
7) „Es ist mir grundsätzlich egal, mit welchem Besteck ich drücke“	4

Im Vordergrund stand die suchtbedingte Notwendigkeit, Drogen zu konsumieren, sobald sie verfügbar sind (Nr. 1,2,6). Nächst starkes Motiv war die problematische Versorgungslage mit Spritzen (Nr. 4,5). An dritter Stelle standen soziale Gründe (Nr. 3). Grundsätzliche Gleichgültigkeit gegenüber den Risiken des Needle Sharing trat deutlich hinter den anderen Motiven zurück (Nr. 7).

### 9.1.4 Spritzenversorgung und Needle Sharing

Insgesamt 23% der Befragten konnten sich nicht jederzeit mit Spritzen versorgen. Als Gründe für die Versorgungsschwierigkeiten mit sterilen Spritzen nannten sie (Mehrfachnennungen möglich):

Nachts:	50%
Wochenende/Feiertage:	47%
Probleme mit Apotheken:	42%
Kein Geld:	31%
Spritzenautomat zu weit entfernt:	28%
Entzugerscheinungen:	24%
Strafvollzug:	21%
Erkennungsgangst:	19%
Spritzenautomat defekt:	15%
Wußte nicht, woher:	13%

Ob sie immer neue Spritzen nehmen würden, falls es keine Versorgungsprobleme gäbe, beantworteten von diesen Befragten 79% mit „ja“, 6% mit „nein“ und 15% mit „ich weiß es nicht“.

Erwartungsgemäß gaben Befragte mit Versorgungsproblemen signifikant häufiger Needle Sharing an (83%) als diejenigen, die sich jederzeit Spritzen besorgen konnten ( $p = .001$ ). Von letzteren praktizierten 40% Needle Sharing – ein Anteil, der als relativ hoch angesehen werden kann.

Tabelle 31:

#### Spritzenversorgung und Needle Sharing (%)

Needle Sharing	Spritzenversorgung gewährleistet			
	ja (insges. 77%)	nein (insges. 23%)		
Nie	60	17		
Selten	23	28	} 40%	} 83%
Manchmal	8	33		
Häufig	6	13		
Sehr häufig	3	9		

### 9.1.5 Needle Sharing und Drogenkonsum in Haft

Wer im letzten Jahr „häufig“ oder „sehr häufig“ Needle Sharing praktizierte, war in Haft eher bereit, Drogen unter den dortigen Bedingungen zu konsumieren (59%) als diejenigen, die im letzten Jahr „nie“ Needle Sharing praktizierten (41%) ( $p = .05$ ).

Tabelle 32:

#### Needle Sharing im letzten Jahr und Drogenkonsum in Haft (%)

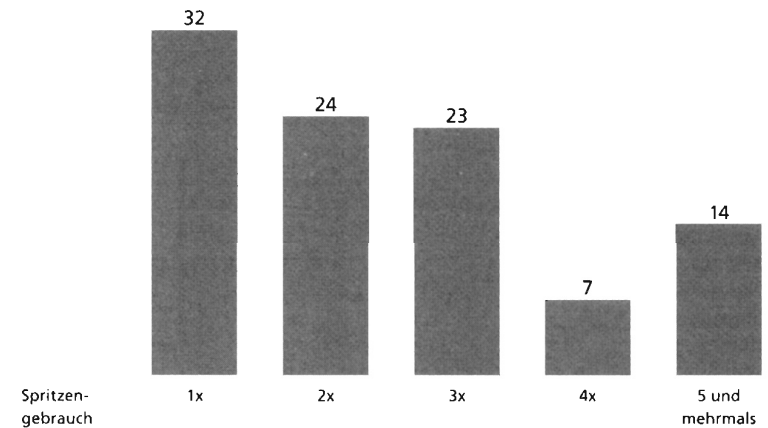
Drogenkonsum in Haft	Needle Sharing im letzten Jahr		
	nie	selten/ manchmal	häufig/ sehr häufig
ja	41	42	59
nein	59	58	41

### 9.2 Häufigkeit Spritzen zu gebrauchen

67% der aktuell Injizierenden benutzte eine Spritze mehr als einmal.

Graphik 19:

#### Häufigkeit des Spritzengebrauchs (%)



Wie zu erwarten, wurden Spritzen dann mehr als einmal benutzt, wenn die Spritzenversorgung nicht immer gewährleistet war ( $p = .001$ ). Allerdings benutzten auch 61% der ausreichend mit Spritzen Versorgten ihre Spritzen mehr als einmal.

Häufiger Spritzengebrauch stellt nur dann ein Ansteckungspotential dar, wenn diese Spritzen auch von anderen mitbenutzt werden (Needle Sharing).

Tabelle 33 zeigt jedoch, daß häufiger Spritzengebrauch in der Regel mit Needle Sharing verknüpft ist ( $p = .001$ ).

Tabelle 33:  
**Spritzenbenutzung, Spritzenversorgung und Needle Sharing (%)**

		Häufigkeit Spritzenbenutzung				
		1x	2x	3x	4x	5x und öfter
Spritzenversorgung gewährleistet (p = .001)	ja	87	69	76	62	54
	nein	13	31	24	38	46
Needle Sharing letztes Jahr (p = .001)	ja	36	49	58	70	79
	nein	64	51	42	30	21

### 9.3 Spritzenreinigung

40% der Befragten machten Angaben über Spritzenreinigung:

Tabelle 34:  
**Reinigungsart in % (Mehrfachnennungen möglich)**

Auskochen	42	} adäquat
Mit Wasser spülen	66	
Zusätzlich auswischen	13	} nicht adäquat
Mit Alkohol spülen	7	
Mit Haushaltsreiniger spülen	3	
Mit Essig spülen	2	
Nur auswischen	2	
Sonstiges	2	
Reinige nie	2	

Da bei dieser Frage zwei Nennungen möglich waren, lassen sich keine Aussagen darüber machen, ob beide Reinigungsarten gegebenenfalls alternativ oder direkt nacheinander angewandt werden.

Die 42% Nennungen „auskochen“ setzen sich aus 15% *nur* auskochen und 27% auskochen *und/oder* andere Reinigungsart zusammen. Unter präventivem Gesichtspunkt reinigen somit nur 15% ihre Spritzen adäquat.

Es kann kein Zusammenhang gefunden werden zwischen der Häufigkeit von Needle Sharing und adäquaten bzw. nicht adäquaten Reinigungsformen, d.h. diejenigen, die wenig Needle Sharing praktizieren, reinigen nicht unbedingt ihre Spritzen adäquater.

### 9.4 Drug Sharing: Frontloading, Backloading

Neben dem Hauptrisikofaktor *Needle Sharing* bestehen weitere HIV-Infektionsmöglichkeiten durch *Drug Sharing*, insbesondere Front- und Backloading. Injektionslösungen können auf folgende Arten aufgeteilt werden:<sup>2</sup> a) Frontloading: Die Lösung wird in eine Spritze aufgezogen, die Kanüle der zweiten Spritze entfernt und in diese die Hälfte der Lösung via Nadelkonus in diese Spritze abgegeben. Oder: Von der „Vorratsspritze“ wird die Kanüle entfernt und durch ihren Konus mit der zweiten Spritze die Hälfte der Lösung herausgezogen. b) Backloading: Gleiche Prozedur wie unter a), wobei nicht die Kanülen entfernt werden, sondern die Stempel der Spritzen. Das HIV-Infektionsrisiko besteht darin, daß eine (oder beide) Spritzen Blutreste enthalten können und die jeweils andere Spritze damit in Kontakt kommt. Dieses Infektionsrisiko kann somit nicht durch „ausschließliche Benutzung eigener Spritzen“ (wie oft propagiert wird) vermieden werden.

Die Arten des Drug Sharing und die damit verbundenen HIV-Infektionsrisiken sind im Drogen- und AIDS-Beratungssystem oft unbekannt (dies stellte sich in der Studie bei den Interviewerschulungen heraus).

36% der Befragten gaben an, sich mit anderen auf die oben beschriebenen Arten Drogen zu teilen: immer 2%, oft 7%, manchmal 27%. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden nicht festgestellt.

Tabelle 35 :  
**Front-/Backloading in Verbindung mit weiteren Stichprobenmerkmalen (%)**

Stichprobenmerkmale		Front-/Backloading	
		ja	nein
Needle Sharing	ja	66	34
	nein	33	67
Spritzenversorgung gewährleistet	ja	45	55
	nein	64	36

Wenn Needle Sharing praktiziert wird, dann meistens auch Drug Sharing: Riskanter Spritzengebrauch bedeutet signifikant häufig beides (p = .001). Der signifikante Zusammenhang zwischen Drug Sharing und nicht immer gewährleisteter Spritzenversorgung (p = .001) deckt das besondere Infektionsrisiko beim Drug Sharing auf, da davon ausgegangen werden kann, daß zur Stoffverteilung vermehrt Front-/Backloading-Techniken gebrauchte Spritzen benutzt werden.

Die Daten verdeutlichen, daß sich die Bemühungen um präventiven Spritzengebrauch nicht ausschließlich auf Needle Sharing konzentrieren dürfen, sondern daß die Risiken der verschiedenen Formen des Drogenteilens ebenfalls mit einbezogen werden müssen. Die Verfügbarkeit von sterilen Spritzen spielt hier die zentrale Rolle.

## 9.5 Zusammenfassung

- 56% praktizierten Needle Sharing im letzten Jahr ihres aktiven Drogenkonsums, Jüngere häufiger als Ältere. 15% praktizierten es mindestens jeden dritten Tag.
- Ein Teil derjenigen mit hoher habitueller (nicht nur aktueller) Needle Sharing-Frequenz ist in Institutionen (stationäre Therapie, Haft) zu erreichen.
- Needle Sharing-Partner waren vorwiegend feste Partner sowie gute Bekannte.
- Die Hauptgründe für Needle Sharing sind suchtbedingt und durch die problematische Versorgungslage mit sterilen Spritzen verursacht.
- Gleichgültigkeit gegenüber den Risiken des Needle Sharing kann aus den Daten nicht abgeleitet werden.
- Insgesamt 23% konnten sich nicht jederzeit mit Spritzen versorgen, vor allem der unregelmäßige Zugang (nachts, am Wochenende) verursachte Versorgungsschwierigkeiten.
- Von 33% wurde eine Spritze nur einmal benutzt. Häufiger Spritzengebrauch steht in engem Zusammenhang mit schlechter Spritzenversorgung und mit Needle Sharing.
- Häufigste Spritzenreinigungsform war, mit Wasser zu spülen, nur 15% gaben an, im Bedarfsfall Spritzen ausschließlich adäquat zu reinigen (auskochen).
- 36% teilten sich Drogen vermittels Front-/Backloading.
- Front-/Backloading stellt wegen seines signifikanten Zusammenhangs mit Needle Sharing und schlechter Spritzenversorgung ein zusätzliches und oft nicht erkanntes HIV-Infektionsrisiko dar.

1 Durchschnittliche Häufigkeiten wurden mit Klassenmitten berechnet.

2 Vgl. Bornemann, R.; Stöver, H.: Infection spread amongst injecting drug users (IDU): Improving prevention through analysis of different injection practices. Paper presented on the First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Liverpool Merseyside, England. April 1990.

## 10. SEXUALITÄT UND KONDOMBENUTZUNG

### 10.1 Sexualverhalten

#### 10.1.1 Sexuelle Präferenz

13% (mehr Männer als Frauen) bezeichneten sich als bisexuell, 4% (mehr Frauen als Männer) als homosexuell.

Tabelle 36:

#### Sexuelle Präferenz und Geschlecht (%)

	Frauen	Männer	gesamt
Heterosexuell	84	81	83
Bisexuell	11	16	13
Homosexuell	5	3	4

#### 10.1.2 Anzahl der Sexualpartner/-partnerinnen ohne Prostitution

Die Mehrheit der Befragten hatte einen oder keinen Sexualpartner im letzten Monat (insgesamt 88%). Männer hatten signifikant häufiger „keinen“ oder „mehr als einen“ Sexualpartner. Frauen gaben eher „einen“ nicht zählenden Partner an ( $p = .001$ ), sie wohnten ohnehin häufiger „mit Partnern“ oder „mit Freunden“ zusammen (vgl. Kapitel 3.3.).

Tabelle 37:

#### Anzahl der Sexualpartner ohne Prostitution im letzten Monat nach Geschlecht (%)

	Frauen	Männer	gesamt
keinen Sexpartner	33	47	42
einen Sexpartner	58	39	46
2-4 versch. Sexpartner	6	13	11
mehr als 4 versch. Sexpartner	3	1	1

#### 10.1.3 Feste Beziehungen

44% hatten eine feste Beziehung von länger als 3 Monaten Dauer, Frauen signifikant häufiger als Männer ( $p = .001$ ). Die Partner der Frauen waren signifikant häufiger ebenfalls drogenabhängig als die der Männer ( $p = .001$ ).

Tabelle 38:

#### Feste Beziehung und Geschlecht (%)

Beziehungsmerkmale	Frauen	Männer	gesamt
Feste Beziehung	54	39	44
Darunter mit drogenabhängigem Partner in fester Beziehung	77	55	65

Ein potentielles HIV-Infektionsrisiko in festen Beziehungen aufgrund unterschiedlichem HIV-Status der Partner bestand bei 27% der Frauen, bei 30% der Männer, wie die folgende Tabelle aufschlüsselt:

Tabelle 39:

**HIV-Status der Partner nach Geschlecht (%)**

(Risiko = unterschiedlicher HIV-Status der Partner, **fett**)

HIV-Status der Befragten	HIV-Status der Partner			Risiko gesamt
	HIV-positiv	HIV-negativ	HIV-unbekannt	
Frauen:				
HIV-positiv	11	7	1	
HIV-negativ	7	62	9	<b>27</b>
HIV-unbekannt	-	2	1	
Männer:				
HIV-positiv	8	10	3	
HIV-negativ	3	62	10	<b>30</b>
HIV-unbekannt	1	2	1	

10.2 Prostitution

10.2.1 Prostitutionserfahrung

Über ausgeübte Prostitution (aktuell bzw. zur Zeit nicht mehr) berichteten 46% Frauen und 11% Männer. Aktuell anschaffen gingen 24% der Frauen und 5% der Männer. Von denen, die nicht mehr anschaffen gingen (22% der Frauen, 6% der Männer), nannten zwei Drittel als Grund dafür „will/braucht nicht mehr“.

Tabelle 40:

**Prostitutionserfahrung, HIV-Status und Geschlecht (%)**

Prostitutionserfahrung	Frauen				Männer			
	gesamt N=201	HIV-positiv N=44	HIV-negativ N=146	HIV-unbek. N=11	gesamt N=356	HIV-positiv N=66	HIV-negativ N=270	HIV-unbek. N=20
Zur Zeit: ja	24	39	18	27	5	9	4	5
Zur Zeit nicht mehr	22	41	18	27	6	9	6	10
keine	54	20	64	46	89	82	90	85
	<b>100</b>				<b>100</b>			

Frauen und Männer mit Prostitutionserfahrung waren im Vergleich zur Sampleprävalenz deutlich häufiger HIV-positiv: Frauen 37%, Männer 29%, (im Sample: Frauen 22%, Männer 18%).

Ein geschlechtsspezifischer Unterschied zeigte sich bei Betrachtung von HIV-positiven Personen: 80% der HIV-positiven Frauen hatten Prostitutionserfahrung, aber nur 18% der HIV-positiven Männer ( $p = .001$ ).

Diese Daten zeigen den insgesamt engen Zusammenhang zwischen Prostitution und HIV-Positivität besonders bei drogenabhängigen Frauen.

10.2.2 Anzahl der Freier

Wieviele Freier hatten Befragte mit Prostitutionserfahrung im letzten Monat der Prostitution?

Tabelle 41 zeigt, daß Frauen signifikant mehr Freier im Monat hatten als Männer ( $p = .005$ ).

Tabelle 41:

**Anzahl der Freier nach Geschlecht (%)**

	Anzahl der Freier		
	1 – 4 (n = 21)	5 – 19 (n = 47)	20 und mehr (n = 83)
Frauen	48	64	82
Männer	52	36	18

10.2.3 Drogenkonsum und Prostitution

Befragte, die aktuell der Prostitution nachgingen oder dies früher getan hatten, waren stärkere Heroinkonsumenten als diejenigen, die nie etwas mit Prostitution zu tun gehabt hatten ( $p = .005$ ).

Tabelle 42:

**Heroinkonsum „mehrmals am Tag“, Prostitutionserfahrung und Geschlecht**

Prostitutionserfahrung	Heroin „mehrmals am Tag“	
z. Zt. ja	76%	
	Frauen	80%
	Männer	62%
jetzt nicht mehr	64%	
	Frauen	66%
	Männer	62%
keine	52%	
	Frauen	55%
	Männer	51%

Dabei stand das Ausmaß der Prostitution (Anzahl der Freier) in keinem Zusammenhang mit häufigem Heroinkonsum: 80% der Prostituierten hatten ohnehin mehr als 10 Freier im Monat, unabhängig vom Heroinkonsum.

10.3 Kondombenutzung

10.3.1 Kondombenutzung und Sexualpartner

Insgesamt gaben 18% (unabhängig vom Alter) an, bei Sexualkontakten „immer“ Kondome zu benutzen, Frauen benutzten sie häufiger als Männer ( $p = .005$ ).

Tabelle 43:  
Kondombenutzung und Geschlecht (%)

Kondombenutzung	Frauen	Männer	gesamt
immer	25	14	18
nicht immer	33	40	38
nie	42	46	44

Homosexuelle Befragte benutzten signifikant häufiger Kondome als Befragte mit heterosexueller oder bisexueller Ausrichtung ( $p = .05$ ).

Tabelle 44:  
Kondombenutzung und sexuelle Präferenz (%)

Kondombenutzung	Sexuelle Präferenz		
	Heterosexuell n = 534	Homosexuell n = 26	Bisexuell n = 81
immer	17	31	20
nicht immer	36	38	50
nie	47	31	30

Tabelle 45 zeigt, daß promiske Befragte deutlich unterrepräsentiert sind unter denjenigen, die „nie“ Kondome benutzten. „Nie“ Kondome benutzten vorwiegend Befragte mit aktuell keinem oder nur einem Sexualpartner ( $p = .001$ ).

Tabelle 45:  
Kondombenutzung und Anzahl der Sexualpartner (im letzten Monat) in %

Kondombenutzung	Sexualpartner		
	keinen n=270	einen n=292	mehr als einen n=78
immer	18	16	24
nicht immer	35	34	62
nie	47	50	14

Von denjenigen, die einen Sexualpartner im letzten Monat hatten und angaben, nie Kondome zu benutzen, hatten 85% eine feste Partnerschaft. Insgesamt gaben Befragte mit fester Partnerschaft seltener an, Kondome zu benutzen, als diejenigen ohne festen Partner ( $p = .001$ ).

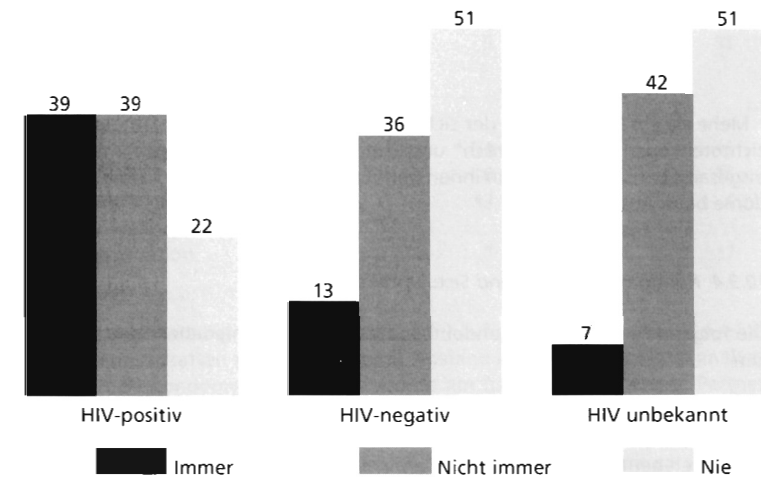
Tabelle 46:  
Kondombenutzung und Bestehen einer festen Partnerschaft (%)

Kondombenutzung	Feste Partnerschaft	
	ja	nein
immer	14	21
nicht immer	30	43
nie	56	6

### 10.3.2 Kondombenutzung und HIV-Status

HIV-positive Männer und Frauen benutzten signifikant häufiger Kondome als HIV-negative und als diejenigen, die ihren HIV-Status nicht kannten ( $p = .001$ ).

Graphik 20:  
Kondombenutzung und HIV-Status (%)



Es zeigt sich die relativ hohe Akzeptanz von Kondomen bei HIV-Positiven. Zwei Drittel unter denjenigen, die „nie“ Kondome benutzten, hatten im letzten Monat auch keine Sexualpartner.

### 10.3.3 Kondombenutzung und Prostitution

Befragte mit Prostitutionserfahrung benutzten Kondome allgemein häufiger als diejenigen, die nie ansprechen gingen ( $p = .001$ ).

Tabelle 47:  
Kondombenutzung und Prostitution (%)

Kondombenutzung	Prostitution		
	z. Zt. ja	z. Zt. nicht mehr	nie
immer	35	29	14
nicht immer	58	44	33
nie	7*	28	53

Danach benutzten 58% derjenigen, die aktuell anschaffen gingen, Kondome „nicht immer“ in ihren *gesamten Sexualkontakten*. In bezug auf ihre Kondombenutzung bei *Prostitutionskontakten* gaben sie folgende Gründe an:

Immer Kondome beim Anschaffen:	21%	} 36%
Nicht immer Kondome: höherer Verdienst:	15%*	
Nicht immer Kondome: Kundenwunsch:	21%*	
Nicht immer Kondome: selbst Abneigung:	1%*	
	<u>58%</u>	

Mehr als ein Drittel (36%) der sich prostituierenden Drogenabhängigen verzichtete wegen „Kundenwunsch“ und „höherem Verdienst“ oft auf Kondome. Insgesamt benutzten 44% von ihnen (mit \* markiert) nie oder nicht immer Kondome beim Anschaffen.

### 10.3.4 Kondombenutzung und Sexualpraktiken

Die folgende Tabelle zeigt Kondombenutzung bei verschiedenen Sexualpraktiken

- a) bei Prostitutionskontakten
- b) in festen Partnerschaften und
- c) bei gelegentlichen Sexualkontakten.

Sämtliche Angaben beziehen sich ausschließlich auf diejenigen Befragten, die überhaupt Kondome bei Sexualkontakten benutzten (54%).

Die Daten zeigen eine deutliche Präferenz von Vaginalverkehr und Oralverkehr. Sie zeigen relative Ablehnung von Analverkehr und Verkehr während der Menstruation, letzteres am stärksten bei Prostitution.

Tabelle 48 :  
Kondombenutzung, Sexualpraktiken und Sexualkontakte in %  
(Mehrfachnennungen möglich)

Sexualkontakte/ Sexualpraktiken	Kondombenutzung				mache ich nicht
	immer/ fast immer	öfter/ manchmal	nie		
<i>a) Prostitution<sup>1</sup></i>					
Vaginalverkehr	11	4	1		1
Analverkehr	5	2	1		9
Oralverkehr	8	5	3		2
Verkehr während der Menstruation	4	1	1		10
<i>b) Feste Partnerschaften<sup>2</sup></i>					
Vaginalverkehr	14	8	13		1
Analverkehr	5	4	10		15
Oralverkehr	5	7	20		4
Verkehr während der Menstruation	7	5	11		11
<i>c) Gelegentliche Partnerschaften<sup>3</sup></i>					
Vaginalverkehr	22	14	3		1
Analverkehr	11	6	4		16
Oralverkehr	7	12	16		4
Verkehr während der Menstruation	10	7	4		17

Kondombenutzung wurde insgesamt am häufigsten im Rahmen gelegentlicher Partnerschaften genannt, dort mit Abstand am meisten beim Vaginalverkehr. „Nie“ Kondome zu benutzen wurde am häufigsten bei festen Partnerschaften angegeben, hier insbesondere beim Oralverkehr.

Zu Sexualkontakten während Haftaufenthalt wurde keine Differenzierung nach Sexualpraktiken vorgenommen. 6% gaben Sexualkontakte an, darunter 4% ohne Kondombenutzung.

### 10.3.5 Kondombenutzung und Needle Sharing

Ein zweifaches Infektionsrisiko durch Needle Sharing und den teilweisen oder kompletten Verzicht auf Kondombenutzung bestand für 46% der Befragten. Lediglich 9% gaben an, immer Kondome zu benutzen und nie Needle Sharing im letzten Jahr der aktiven Drogenzeit praktiziert zu haben, d.h. sich zielgruppenspezifisch „safe“ zu verhalten.



### 10.3.6 Gründe, nie Kondome zu benutzen

44% aller Befragten benutzten nie Kondome, die meisten wegen einer festen Partnerschaft.

Tabelle 49:

**Gründe, nie Kondome zu benutzen nach Geschlecht und HIV-Status der Befragten in % (Mehrfachnennungen möglich)**

Gründe	gesamt n = 289	Geschlecht		HIV-Status	
		Männer n = 193	Frauen n = 96	HIV-Pos. n = 25	HIV-neg. n = 208
Feste Partnerschaft	52	45	66	36	55
Abneigung	41	47	28	32	42
Keine Sexkontakte	10	14	4	32	7
Keinen Risikosex	6	6	6	8	6
Nicht erforderlich/ lesbisch	5	5	6	-	6
Keine Erfahrung mit Kondomen	2	2	3	4	2
ist mir egal	2	3	-	-	3
Traue mich nicht	1	1	1	-	1
Partner ebenfalls positiv	1	1	1	8	-

Frauen nannten als Grund dafür, „nie“ Kondome zu benutzen, häufiger eine feste Partnerschaft – sie hatten ja auch häufiger feste Partner. Männer nannten häufiger „Abneigung gegen Kondome“. HIV-positive Befragte zeigten sich auch hier als relativ risikobewußter als HIV-negative; sie verzichteten wegen fester Partnerschaft und Abneigung seltener auf Kondome, außerdem hatten sie wesentlich häufiger gar keine Sexualkontakte.

### 10.4. Zusammenfassung

Frauen hatten vorwiegend nur einen Sexualpartner oder eine feste Beziehung.

- Die festen Partner der Frauen waren häufiger als die der Männer ebenfalls drogenabhängig.
- In 10% der festen Partnerschaften waren beide Partner HIV-positiv, in 62% beide HIV-negativ und in 28% der Partnerschaften war der HIV-Status unterschiedlich.
- 46% der Frauen hatte Prostitutionserfahrung, von den Männern 11%.
- Die HIV-Prävalenz unter den prostitutionserfahrenen Frauen (37%) und Männern (29%) war deutlich höher als die Sample-HIV-Prävalenz (Frauen: 21,8%, Männer: 18,4%).
- HIV-positiver Status hängt deutlicher bei Frauen als bei Männern mit Prostitutionserfahrung zusammen.
- Prostituierte konsumierten öfter Heroin als Nicht-Prostituierte.
- 18% benutzten Kondome immer bei Sexualkontakten, 44% nie.

- 44% benutzten nie oder nicht immer Kondome beim Anschaffen, darunter 36% wegen Kundenwunsch und höherem Verdienst.
- Nie Kondome zu benutzen wurde am häufigsten mit fester Partnerschaft und mit Abneigung begründet.
- Bevorzugte Sexualpraktiken waren Vaginal- und Oralverkehr.
- Auf Kondome verzichtet wurde am häufigsten bei Vaginal- und Oralverkehr.
- Ein doppeltes HIV-Infektionsrisiko durch Needle Sharing und häufigen oder ganzen Verzicht auf Kondombenutzung bestand für fast die Hälfte der Befragten.
- „Safe“ bezüglich Needle Sharing und Kondombenutzung verhielten sich 9%.

1 Ausgenommen: Keine Prostitution, keine Angabe

2 Ausgenommen: Keinen festen Partner, keine Angabe

3 Ausgenommen: Keine gelegentlichen Partner, keine Angabe

## 11. VERHALTENSÄNDERUNGEN WEGEN AIDS

Daten über riskantes Verhalten und über Verhaltensänderungen unterliegen der Gefahr sozial erwünschter Antworten. Hinzu kommt:

1. Objektiv meßbare Verhaltensänderungen können nur mit Hilfe von Längsschnittanalysen erhoben werden, d.h. durch mehrmaliges Befragen einer Person zu verschiedenen Zeitpunkten.
2. Der auslösende Faktor für manifestes Verhalten mag über länger zurückliegende Zeiträume nicht mehr erinnert werden. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Fragen nach Verhaltensänderungen wegen der AIDS-Gefahr aufgrund von Pretest-Ergebnissen geschlossen formuliert, die Antworten und ihre Begründungen jedoch nicht weiter hinterfragt. Die Ergebnisse können daher nur mit obigen Einschränkungen interpretiert werden.

### 11.1 Änderung des Drogenkonsums

Insgesamt 21% aller Befragten gaben an, wegen der AIDS-Gefahr ihren Drogenkonsum verändert zu haben (19% der Frauen, 22% der Männer): HIV-Positive häufiger (42%) als HIV-Negative (18%) und Befragte, die ihren HIV-Status nicht kannten (16%).

Ebenfalls beeinflusste die Erfahrung mit Freunden und Bekannten, die HIV-positiv ( $p = .005$ ), an AIDS erkrankt ( $p = .05$ ) oder an AIDS gestorben ( $p = .05$ ) waren, die Änderung des Drogenkonsums. Welche Veränderungen des Drogenkonsums vorgenommen wurden, zeigt Tabelle 50:

Tabelle 50:  
Konsumveränderung wegen der AIDS-Gefahr (Mehrfachnennungen möglich)

Drogenkonsum insgesamt verändert: 21%

Drogenmenge verändert:	13%	
aufgehört zu drücken		3%
weniger gedrückt		8%
mehr gedrückt		2%
Einnahmeform verändert:	6%	
Spritzdrogen häufiger geraucht		3%
Spritzdrogen häufiger gesnieft		2%
Spritzdrogen häufiger verzehrt		1%
Andere Drogen/Medikamente konsumiert:	11%	

Die Veränderung der Drogenmenge wurde doppelt so oft (13%) genannt wie eine Veränderung der Einnahmeform der Spritzdrogen (6%).

### 11.2 Änderung des Spritzengebrauchs

Änderung des Spritzengebrauchs erscheint nur bei risikoreichem Umgang mit Spritzen sinnvoll. Für viele Befragte traf dies nicht zu, da sie entweder immer schon eigene Spritzen benutzten (16%) oder vorher gründlich reinigten (5%). 23% lehnten eine Änderung ab, ohne einen Grund anzugeben. Die 56% (Frauen 55%, Männer 57%), die angaben, ihren Umgang mit Spritzen wegen der AIDS-Gefahr geändert zu haben, nannten folgende Arten der Änderung:

Tabelle 51:  
Änderung von Spritzengebrauch in % (Mehrfachnennungen möglich)

Nur noch eigenes Besteck benutzen	33
Seltener gebrauchte Bestecke benutzen	18
Bestecke immer vor Gebrauch reinigen	17
Bestecke häufiger vor Gebrauch reinigen	3
Nur mit festen Partnern tauschen	13
Nur mit HIV-Negativen tauschen	6
Nur mit HIV-Positiven tauschen	3
HIV-Positive zuletzt spritzen lassen	8

Die präventive Wirkung der angegebenen Veränderungen ist jedoch relativ, da alle Alternativen (außer: „nur noch eigenes Besteck benutzen“) Infektionsrisiken nicht ausschließen.

Befragte mit hoher Needle Sharing-Frequenz veränderten ihren Spritzengebrauch eher nicht ( $p = .001$ ). Als änderungsrelevant zeigte sich insbesondere

HIV-positiver Status ( $p = .05$ ) sowie die HIV-Betroffenheit von Freunden oder Bekannten ( $p = .001$ ).

### 11.3 Änderung des Sexualverhaltens

52% berichteten über keine Änderung ihres Sexualverhaltens wegen AIDS, zum Teil (8%) deswegen, weil ihr Sexualverhalten vorher bereits vorsichtig gewesen sei.

48% gaben an, ihr Sexualverhalten geändert zu haben (Frauen 47%, Männer 49%), HIV-Positive signifikant häufiger (76%) als HIV-Negative (45%) ( $p = .001$ ). Befragte, die HIV-betroffene Freunde oder Bekannte hatten, berichteten ebenfalls häufiger über Veränderungen ihres Sexualverhaltens ( $p = .001$ ).

Die folgende Tabelle zeigt die Veränderungen im Bereich Sexualverhalten/Kondombenutzung:

Tabelle 52:  
Änderung von Sexualverhalten und Kondombenutzung nach HIV-Status in % (Mehrfachnennungen möglich)

Änderung von:	gesamt	HIV-positiv	HIV-negativ	HIV unbekannt
<i>Sexualkontakte</i>				
gehe nicht mehr/ weniger anschaffen	8	18	6	10
habe keine/ weniger Sexpartner	12	24	10	6
habe nur noch mit festem Partner Sex	13	18	14	3
<i>Sexualpraktiken:</i>				
mache keinen/ seltener Risikosex	23	35	20	19
informiere mich über HIV-Status der Partner	19	25	21	7
<i>Kondombenutzung:</i>				
immer/häufiger beim Anschaffen	10	23	7	6
immer/häufiger in festen Partnerschaften	16	43	9	13
immer/häufiger in gelegentl. Partnerschaften	30	49	28	23

Die stärkste Veränderung des Sexualverhaltens wegen AIDS bezog sich auf häufigere Kondombenutzung in gelegentlichen Partnerschaften und auf Einschränkung von riskanten Sexualpraktiken. Am meisten Veränderungen ergaben sich im Komplex Prostitution: Dort häufiger Kondome zu benutzen oder Prostitution einzuschränken, wurde insgesamt kaum berichtet.

Jedoch zeigten sich auffallende Unterschiede je nach HIV-Status: HIV-Positive hatten ihr gesamtes Sexualverhalten stärker in Richtung Prävention verändert als HIV-Negative und als Befragte mit unbekanntem HIV-Status, am deutlichsten bei Kondombenutzung und bei riskanten Sexualpraktiken ( $p = .05$ ).

#### 11.4 Gründe für Verhaltensänderungen

Für Befragte, die überhaupt Verhaltensänderungen genannt hatten (Drogenkonsum 21%, Spritzengebrauch 56%, Sexualverhalten 48%), waren Betroffenheit von Partnern, Freunden oder Bekannten und die Angst vor einer Infektion insgesamt die häufigsten Änderungsgründe.

Tabelle 53:  
Gründe für Verhaltensänderungen (%)

Betroffenheit von Partnern/Freunden/Bekanntem	23
Angst vor Infektion	22
Selbst HIV-positiv	12
Aufklärung/Information	12
Verantwortung für Partner/Familie	11
Eigenes Risikobewußtsein	10
Allgemeine Vernunft/Kein besonderer Anlaß	8
Filme/Reportagen	2

Die Frage nach den Gründen war offen gestellt, so daß die Antworten nicht trennscharf sind. Für Frauen hatte der Aspekt der eigenen HIV-Betroffenheit und der Fremdbetroffenheit einen relativ höheren Stellenwert als für Männer. Männer nannten relativ häufiger Aufklärung/Information und eigenes Risikobewußtsein. Vom Alter waren die angegebenen Begründungen unabhängig.

Grundsätzlich Angst vor einer HIV-Infektion beim Drücken nannten unabhängig von Verhaltensänderungen 56%, vor einer HIV-Infektion beim Sexualverkehr 59%.

Um die Gründe für Verhaltensänderungen wegen der AIDS-Gefahr näher betrachten zu können, wurden signifikante Beziehungen zwischen den Bereichen, in denen Veränderungen vorgenommen worden waren und weiteren Einflußfaktoren ermittelt.

Tabelle 54 zeigt, daß unmittelbares Erleben von HIV-Infektion oder AIDS stärkster Einflußfaktor für Verhaltensänderungen war. Weiterer wichtiger Faktor waren Information und Beratung. Hier waren diejenigen, die ihren Spritzengebrauch/ihr Sexualverhalten geändert hatten, auffallend gut informiert ( $p = .01/p = .05$ ), und sie kannten häufiger Informationsmaterial der AIDS-Hilfen ( $p = .005/p = .001$ ).

Tabelle 54:  
Verhaltensänderungen und Einflußfaktoren

Einflußfaktor	Anteil von:			
	Anteil in Gesamtstichprobe	Drogenkonsum verändert	Spritzengebrauch verändert	Sexualverhalten verändert
Information „häufig“	27	38 $p = .001$	31 $p = .001$	32 $p = .001$
Beratungsgespräche gehabt	5	82 $p = .001$	74 $p = .001$	76 $p = .001$
Freunde/Bekannte HIV-positiv	83	92 $p = .005$	88 $p = .001$	88 $p = .001$
Freunde/Bekannte an AIDS erkrankt	64	73 $p = .05$	71 $p = .001$	71 $p = .001$
Freunde/Bekannte an AIDS gestorben	51	60 $p = .05$	59 $p = .001$	59 $p = .001$
Selbst HIV-positiv	20	36 $p = .001$	24 $p = .05$	30 $p = .001$
Infektionsangst beim Drücken	56	66 $p = .01$	66 $p = .001$	62 $p = .01$

#### 11.5 Zusammenfassung

Wegen der AIDS-Gefahr wurde Veränderungen am wenigsten beim Drogenkonsum vorgenommen (21%).

- Mehr als die Hälfte änderten ihren risikoreichen Umgang mit Spritzen, die meisten durch ausschließlich eigene Besteckbenutzung.
- Viele Änderungen des Spritzengebrauchs schließen HIV-Infektionsrisiken weiterhin nicht aus.
- Die Bereitschaft, das Sexualverhalten zu ändern, hatte nur geringen Einfluß auf Prostitution, relativ höheren Einfluß auf riskante Sexualpraktiken.
- Die Kondombenutzung stieg vor allem in gelegentlichen Partnerschaften.
- Anstoß zu Verhaltensänderungen wegen AIDS gab in erster Linie das unmittelbare Erleben von HIV-Infektion oder AIDS bei sich selbst oder Nahestehenden. Weitere wichtige Faktoren waren Information und Beratung.

## 12. FAZIT

Bei Betrachtung i.v. Drogenabhängiger und ihrer **sozialen Lage** wird deutlich, daß es sich vorwiegend um 20- bis 30jährige handelt, die meist von staatlicher Unterstützung, illegalen Geldquellen und Prostitution leben. In der Altersgruppe der unter 20jährigen Männer fällt der relativ hohe Anteil Wohnungsloser auf. Das Schulbildungsniveau liegt signifikant unter dem Bundesdurchschnitt in allen Altersklassen, bei Frauen ist es geringfügig höher als bei Männern. Prostitutionserfahrung haben vorwiegend Frauen, Männer haben häufigere und längere Hafterfahrung – beides weist auf geschlechtsspezifische Formen der Geldbeschaffung hin. Hauptdroge ist injiziertes Heroin, danach folgen Kokain und eine Mischung aus beiden (Cocktail). Das Drogeneinstiegsalter lag durchschnittlich bei 19 Jahren, bei Frauen nicht nur etwas früher als bei Männern, sondern auch öfter im Alter unter 15 Jahren. Drogen werden überwiegend im privaten Bereich konsumiert. Die Hälfte aller jemals Inhaftierten hatte ihren Drogenkonsum in Haft mit der Hauptdroge Heroin fortgesetzt. Die HIV-Prävalenzrate ist im Sample 19,6%,

(Frauen 21,8%, Männer 18,4%), unter den Prostitutionserfahrenen ist sie signifikant höher: Frauen 37,2%, Männer 29,3%.

Das **Informationsangebot** zu AIDS für i.v. Drogenabhängige reicht noch nicht aus. Drogenabhängige bemühen sich selbst um Information zum Thema AIDS, ein Viertel von ihnen sogar häufig, auch wenn sie schon gut informiert sind. Wichtigste Informationsquelle ist persönliche Kommunikation, d.h. Gespräche vor allem mit Betroffenen und mit Professionellen. Unter den Materialien der AIDS-Hilfen sind besonders Broschüren und Poster bekannt. Gespräche und qualifiziertes Informationsmaterial sind auch weiterhin die am meisten gewünschten Informationsträger. Inhaltliches Interesse besteht an Anleitungen zu Safer Use und Safer Sex, möglichst angeboten in szenenahen Einrichtungen und an alltäglichen Aufenthaltsorten – es ist ein deutlicher Wunsch erkennbar, die Szene oder den üblichen Aufenthaltsort wegen AIDS-Information nicht verlassen zu müssen.

Die **Qualität von Beratungen** wird von den Ratsuchenden an der akzeptierenen Haltung der Berater gemessen. Zwei Drittel der Befragten hatte schon an AIDS-Beratungen teilgenommen, am häufigsten bei niedergelassenen Ärzten und in Drogenberatungsstellen. Nach positiver Beratungserfahrung wird das Beratungsangebot eher als ausreichend eingeschätzt, positive Beratungserfahrung wird erlebt bei akzeptierender Haltung des Beraters und nach Vermittlung sachlicher Information. Beratung vor HIV-AK-Testungen unterbleibt häufig wegen fehlendem Angebot. Die Wünsche nach mehr und besserer Beratung insgesamt konzentrieren sich auf Szene, Arztpraxen und Strafvollzug. Bei gewünschten Beratern steht Betroffenenkompetenz an erster Stelle.

Um das präventive Informations- und Beratungsangebot zielgruppennäher und effektiver gestalten zu können, sind danach a) Erweiterung der aufsuchenden Beratungsarbeit, b) Ausbau von Beratungsanteilen in Arztpraxen und Strafvollzug und c) die verstärkte Einbindung von Betroffenen als professionelle und selbstorganisierte Berater geboten. Darüber hinaus sind HIV-Antikörpertests nur nach vorherigem Beratungsangebot durchzuführen.

Der **Informationsstand** der Zielgruppe muß als gut eingeschätzt werden. Die Hauptübertragungswege von HIV sind allen bekannt, die Bedeutung des Ergebnisses des HIV-AK-Tests immerhin zwei Dritteln, dies vor allem im Zusammenhang mit eigener Testerfahrung. Unter den präventiven Botschaften ist der Slogan „Safer Use“ relativ unbekannt, er wird meist identifiziert mit „nur eigene Spritzen benutzen“. Der Slogan „Safer Sex“ wird hauptsächlich als „Kondombenutzung“ verstanden und ist weitgehend bekannt. Die präventive Wirksamkeit von Drogenabstinenz wird sehr gering und auch nicht im direkten Zusammenhang mit AIDS stehend eingeschätzt. Anders dagegen Monogamie: Unabhängig vom Alter wird deren präventive Wirksamkeit als sehr hoch angesehen, allerdings oft an schwer erfüllbare reale Bedingungen geknüpft.

Riskanten **Spritzengebrauch** in Form von Needle Sharing praktiziert noch die Hälfte der i.v. Drogenabhängigen, ein Drittel auch Drug Sharing, wobei das Infektionsrisiko des letzteren wenig beachtet ist. Spritzen werden überwiegend inadäquat gereinigt. Dieser insgesamt problematische Umgang mit sterilen (neuen oder gereinigten) Spritzen wird verstärkt durch suchtbedingte Zwänge und Prioritäten, d.h. die Stoffversorgung hat allemal Vorrang vor der Spritzenversorgung. Es wird deutlich, daß trotz hohem Informationsstand der Drogenabhängigen über HIV-Hauptübertragungswege immer noch spezifische Aufklärung benötigt wird über Risiken beim Reinigen und Drug Sharing. Diese Aufklärung sollte flankiert werden von szenenahem, unproblematischem Zugang zu Spritzen und adäquaten Reinigungsmitteln und -möglichkeiten (Harm Reduction). Um die such- und stoffbedingte Dynamik und Not, die zu unbedachtem risikoreichen Spritzengebrauch führen, anhaltend beeinflussen zu können, wären angemessene Ausstiegsmöglichkeiten, z.B. über Ersatzstoffprogramme, anzubieten.

Regelmäßiger **Kondomgebrauch** bei Sexualkontakten ist trotz besseren Wissens unter i.v. Drogenabhängigen sehr niedrig, dabei in gelegentlichen Sexualkontakten noch relativ häufiger als in festen Partnerschaften. Ablehnungsgründe für Kondome sind einerseits die Gründe aller anderen Bevölkerungsteile auch (Abneigung, feste Partnerschaft). Dazu kommt hier der suchtbedingte Zusammenhang zwischen Heroinkonsum und Prostitution (Beschaffungsprostitution), der Prostituierte dazu zwingt, Kundenwünschen nach riskanten Sexpraktiken und Kondomverzicht nachzukommen.

Das HIV-Infektionsrisiko durch Kondomverzicht in festen Partnerschaften wird offenbar unterschätzt. Nichtinfizierte feste Partner sind deswegen gefährdet, weil immerhin in fast einem Drittel der Partnerschaften unterschiedlicher HIV-Status vorliegt, und außerdem vor allem Männer Partner und Partnerinnen (z.B. „Retterinnen“) außerhalb des Drogenmilieus haben. Präventionsarbeit sollte deshalb verstärkt auch auf feste Partnerschaften gerichtet werden.

**Verhaltensänderungen** wegen AIDS-Gefahr stehen in eindeutiger Zusammenhang mit direkter Erfahrung von AIDS oder HIV-Infektion bei sich selbst oder Nahestehenden. Dies zeigen die Daten unabhängig von den Gründen, die dann noch genannt werden, wie z.B. Verantwortung oder Angst. Weitere wichtige Einflußfaktoren für Verhaltensänderungen sind Information und Beratung. Wenig Änderung erreichte den Drogenkonsum, am ehesten wurde der Spritzengebrauch modifiziert, wenn auch nicht so, daß jedes Infektionsrisiko ausgeschlossen bliebe.

Das Sexualverhalten ist zum Teil geändert worden, Kondome wurden vor allem in gelegentlichen Partnerschaften häufiger benutzt. Als wenig verändert erweist sich das Sexualverhalten bei der Prostitution: hier scheinen die Zwänge zu riskantem Verhalten stärker zu sein als die besseren Einsichten aus AIDS-Erfahrung oder Beratung.

**Fazit ist, daß präventive Informations- und Beratungsarbeit zu einem hohen Informationsstand der i.v. Drogenabhängigen über die wichtigsten Übertragungswege geführt hat. Auf kognitiver Ebene kann daher von erfolgreicher Prävention gesprochen werden. Die präventiven Botschaften sind in ihren Inhalten bekannt, wenn auch nicht immer in Form englischsprachiger Slogans. Kenntnisse fehlen erst bei konkreten Anwendungsmodi, wann etwa Spritzen als wirklich sicher gelten können: die Verbreitung von Needle Sharing, Drug Sharing und inadäquaten Reinigungsformen ist höher, als dies der gute Informationsstand über Infektion durch Spritzengebrauch nahelegen würde. Hier spielt die unter den Präventionsträgern noch uneinheitliche Haltung gegenüber schadensmindernden Präventionsstrategien sicher eine wichtige Rolle. Institutionen wie Arztpraxen, die offenbar zentrale Anlaufpunkte für i.v. Drogenabhängige sind, füllen mögliche Rollen als Präventions- und Informationsmultiplikatoren zur Schadensminderung bei ihren Patienten in dieser Hinsicht noch nicht aus. Desgleichen kann davon ausgegangen werden, daß die ebenfalls wichtigen Drogenberatungsstellen noch zu wenig an AIDS-Prävention orientiert sind, sondern in ihren Zielrichtungen und Beraterqualifikationen trägerspezifisch auf die ohnehin umfangreiche Drogenproblematik fixiert sind. In beiden Institutionen werden somit gegenwärtig Chancen vergeben, schadensmindernd bezüglich AIDS auf das Verhalten i.v. Drogenabhängiger einzuwirken. Weitreichende Botschaften wie Drogenabstinenz oder Monogamie als Präventionsmaßnahmen werden von den i.v. Drogenabhängigen keinesfalls prinzipiell abgelehnt, aber in ihrer gegenwärtigen Lebenslage – und dies ist aus den Daten über ihre Altersverteilung, Wohnformen und Suchtzwänge leicht nachzuvollziehen – als so schwierig zu verwirklichen angesehen, daß sie kaum pragmatischen Stellenwert erlangen können.**

Die Akzeptanz der präventiven Botschaften im konkreten Verhalten oszilliert zwischen zwei Extremen: 1. HIV-Infizierte und deren Nahestehende haben präventionsbewußtes Injektions- und Sexualverhalten adaptiert – aber erst nach dem Schock durch eine HIV-Infektion. 2. Beschaffungsprostituierte, ob HIV-positiv oder nicht, konnten bezüglich Kondombenutzung ihr Verhalten kaum verändern.

Diese Situation zwingt zu konsequenter Beachtung und Akzeptanz der Lebensweisen, Bedürfnisse und Zwänge i.v. Drogenabhängiger, um im Sinne öffentlicher Gesundheit und menschenwürdiger Präventionsmethoden bessere Erfolge zu erzielen. Berater, Ärzte, Streetworker, Gesundheitspersonal benötigen spezifische Schulung, die ihnen psychisch und faktisch Zugang zu dieser besonderen Problematik ermöglicht. In noch stärkerem Maße sind die Kompetenz, Motivation und Vertrauensbasis Betroffener anzuerkennen und mit einzubeziehen in zielgruppennahe und niedrigschwellige Informations-, Beratungs- und Versorgungsangebote. Es ist notwendig, auf allen Ebenen die Realitäten bezüglich Drogenkonsum in Haft anzuerkennen, und auch dort gesundheitsfördernde, wirksame Präventionsmaßnahmen (Zugänglichkeit von Spritzen und Kon-

domen, Substitutionsangebote, Gespräche) einzurichten. Ganz besondere Anstrengungen müssen schließlich der Beschaffungsprostitution gelten: Hier müssen realistische Ausstiegsangebote bereitgestellt und darüber hinaus die Verantwortung wirksam auf die Freier mitübertragen werden.

### 13. SYNOPSE

Tabelle 55:  
Vergleich einiger Ergebnisse zur HIV-Problematik bei i.v. Drogenabhängigen

	Koch/ Ehrenberg 1992	Kleiber/ Pant 1991(1)	Kleiber Pant 1991(1)	Stark et al. 1990	Arnold/ Frietsch 1988
Jahr der Datensammlung	1990/91	1990/91	1988/89	1984-88	1987/88
<i>Stichprobenumfang n =</i>	660	289	925	741	104
Frauen	35,8%	29,4%	31,9%	29,4%	36%
Männer	64,2%	70,6%	68,1%	70,6%	64%
Durchschnittsalter	28 J.	27,2 J.	27,0 J.	27,0 J.	28 J.
Durchschnittliche Drogenkonsumdauer	8,2 J.				8,4 J.
Einstiegsalter	19 J.	19,6 J.	19,2 J.		
<i>Hafterfahrung</i>					
Gesamt	60%	55,8%		63,2%	
Frauen	41%			37,6%	
Männer	71%			73,3%	
<i>Prostitutionserfahrung:</i>					
aktuell	12%	10,3%	12,6%		
Frauen	24%	24,1%	28,1%		
Männer	5%	4,5%	6,0%		
<i>Prostitutionserfahrung:</i>					
insgesamt	24%			21,5%	
Frauen	46%			49,1%	
Männer	11%			10,0%	

	Koch/ Ehrenberg 1992	Kleiber/ Pant 1991(1)	Kleiber Pant 1991(1)	Stark et al. 1990	Arnold/ Frietsch 1988
<b>Jahr der Datensammlung</b>	<b>1990/91</b>	<b>1990/91</b>	<b>1988/89</b>	<b>1984-88</b>	<b>1987/88</b>
<i>Drogenkonsum<sup>1</sup> injiziert:</i>					
Heroin	99%	89,0%			
Kokain	66%	31,2%			
Heroin + Kokain	64%	50,0%			
Amphetamine	23%	18,0%			
<i>Needle Sharing<sup>2</sup></i>					
nie	44,3%	54,8%	34,0%	12%	57%
selten	25,6%	29,4%	38,5%		
manchmal	15,4%	11,2%	16,5%		
häufig	9,0%	3,6%	8,5%		
<i>Spritzenreinigung auskochen</i>					
	15%	16,5%			
<i>Feste Partnerschaft mit ebenfalls drogen- abhängigem Partner</i>					
gesamt	65%	65,5%			
Frauen	77%	79,0%			
Männer	55%	57,0%			
<i>Kondombenutzung<sup>3</sup></i>					
immer	17,9%	15,8%	19,7%		
oft (häufig)	13,7%	9,9%	6,9%		
manchmal	23,9%	8,2%	9,8%		
nie	44,5%	57,3%	54,9%		
<i>Kondombenutzung</i>					
<i>„immer“</i>					
bei Prostitution	56%	59%			
feste Partnerschaft	14%	13%			
<i>„nie“</i>					
bei Prostitution	7%	-			
feste Partnerschaft	56%	70%			
<i>HIV-Prävalenzen</i>					
■ Gesamtstichprobe	19,6%	16,3%	17,0%	22,8%	16,3%
■ Frauen	21,8%	18,1%	17,5%	21,1%	-
■ Männer	18,4%	15,6%	16,7%	23,5%	-

	Koch/ Ehrenberg 1992	Kleiber/ Pant 1991(1)	Kleiber Pant 1991(1)	Stark et al. 1990	Arnold/ Frietsch 1988
<b>Jahr der Datensammlung</b>	<b>1990/91</b>	<b>1990/91</b>	<b>1988/89</b>	<b>1984-88</b>	<b>1987/88</b>
<i>HIV-Prävalenzen</i>					
■ aktuell Prostituierte	35,9%	31%	32,9%		
■ Prostitutionserfahrung					
gesamt	34,8%	31%	29,4%	24,2%	
Frauen	37,2%			25,6%	
Männer	29,3%			23,8%	
■ Hafterfahrung gesamt					
gesamt	23,7%	19,5%	23,5%	25,5%	
Frauen	35,6%			33,8%	
Männer	19,8%			23,8%	

1 Koch/Ehrenberg: Drogenkonsum aktuell,  
Kleiber/Pant: Drogenkonsum im letzten halben Jahr.

2 Koch/Ehrenberg: Needle Sharing = Spritzen/Nadeln mit anderen gemeinsam benutzt (ebenso Kleiber/Pant Datensammlung 1988/89).  
Kleiber/Pant Daten 1990/91: Needle Sharing = benutzte Nadeln angenommen und weitergegeben.  
Stark et al.: Needle Sharing in der gesamten Drogenzeit.

3 Kategorien Kleiber/Pant in Klammern.

## LITERATUR

- AIDS Education – A Beginning.** In: Population Reports, Series L, Number 8, Center for Communications Programs. The Johns Hopkins University, Baltimore, USA, (Hrsg.), 1989.
- Albrecht, G.; Karstedt-Henke, S.:** Ethical Problems of Survey Research on Delinquency: An Empirical Analysis of Accessing and Interviewing Young Offenders. In: Albrecht, P. A.; Backes, O. (Eds.): Crime Prevention and Intervention – Legal and Ethical Problems. Berlin, New York 1989.
- Arnold, T.; Frietsch, R.:** AIDS-Problematik und Drogengebrauch. Zur Sichtweise der betroffenen Drogenkonsumenten. In: Suchtgefahren 34/1988, S. 303-315.
- Bengel, J. et al.:** Evaluation der personalen AIDS-Kommunikation. In: Prävention 3/1990, S. 103-107.
- Bornemann, R. et al.:** AIDS- und HIV-Progression 1982 – 1987 bei i.v. Drogengebrauchern und -abhängigen in Europa. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): AIDS-FORUM D.A.H. Band I: AIDS und Drogen. Berlin 1988, S. 35 f.
- Bornemann, R.; Stöver, H.:** Infection spread amongst injecting Drug Users (IDU): Improving prevention through analysis of different injecting practices. Paper presented on the First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Liverpool Merseyside, England. April 1990.
- Bühringer, G.:** Forschungsbedarf im Bereich der Drogenabhängigkeit. In: Sucht 1/1991, S. 42-49.
- Carlhoff, H.-W.:** Was ist Bleach? In: Suchtgefahren 35/1989, S. 140-141.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.):** AIDS-FORUM D.A.H. Band I: AIDS und Drogen. Berlin 1988.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V.:** AIDS-Info für Drogengebraucher. Berlin 1987.
- Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.):** AIDS: Fakten und Konsequenzen; Zwischenbericht der Enquête-Komm. Bonn 1988.
- Dunde, S. R.:** Die Philosophien hinter den AIDS-Politiken. In: Zenz, H.; Manok, G. (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis. Bern 1989.
- Ekstrand, M. L.:** Risky Sex Relapse Among Gay Men: How can we best meet the challenge? Man. University San Francisco 1990.
- Ekstrand, M. L.; Coates, T. J.:** Maintenance of Safer Sexual Behaviors and Predictors of Risky Sex: The San Francisco Men's Health Study. In: AJPH 8/1990.
- Fahrner, E. M. et al.:** Beschreibung und Tätigkeiten der Einrichtungen im Modellprogramm „Drogen und AIDS“: Ergebnisse der ersten Befragung. In: IFT-Berichte, Institut für Therapieforchung (Hrsg.), Bd. 50, München 1989.
- Forschungsprojekt Selbstheiler, Ausstiegsprozesse aus Heroinabhängigkeit und Polytoxikomanie, Ausstieg aus der Drogensucht am Beispiel der Selbstheiler, Zwischenbericht 1987. Integrative Drogenhilfe an der Fachhochschule Frankfurt/Main e.V. (Hrsg), 1988.**
- Friedrichs, J.:** Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen 1980.
- Giesen, B.:** Moralische Unternehmer und öffentliche Diskussion. Überlegungen zur gesellschaftlichen Thematisierung sozialer Probleme. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 35/1983, S. 230-254.
- Happel, H.-V.:** Selbstheilung bei Drogenabhängigkeit. In: Bildung und Erziehung 2/1988, S. 183-200.
- Health Programme Evaluation, Guiding Principles.** World Health Organization (Hrsg.), Genf 1981.
- Job, R. F. S.:** Effective and Ineffective Use of Fear in Health Promotion Campaigns. In: American Journal of Public Health 2/1988, S. 163-167.
- Käll, K. I.; Ölin, R. G.:** HIV Status and Changes in Risk Behavior Among Intravenous Drug Users in Stockholm 1987 – 1988. Karolinska Institute, Stockholm 1990.
- Kindermann, W.:** Zur HIV-1-Antikörperprävalenz bei Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Suchtgefahren 35/1989, S. 50-55.
- Kleiber, D.:** HIV-Prävalenz bei Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: BeWi 2/90, S. 201-210.
- Kleiber, D.; Arnold, T.:** AIDS und Drogengebrauch. In: Herrmann, C. et al.: AIDS und die Sozialwissenschaften. AZ-Hefte 1/1990, S. 39-47.
- Kleiber, D.; Pant, A.:** HIV-Prävalenz, Risikoverhalten und Verhaltensänderung bei i.v. Drogenkonsumenten. Berlin 1991(1).
- Kleiber, D.; Pant, A.:** Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenkonsumenten. In: AIDS-Nachrichten, 1/1991(2), S. 7-11.
- Koch, M. A. et al.:** AIDS/HIV 1990. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland am 31.12.1990. AZ-Hefte 4/1991.
- Küchler, M.:** Multivariate Analyseverfahren. Stuttgart 1979.
- Ljungberg, B. et al.:** HIV Prevention among Injecting Drug Users: Three Years of Experience from a Syringe Exchange Program in Sweden. In: Journ. of AIDS 2/1991.
- Lohaus, A. et al.:** Kontrollüberzeugungen und AIDS-Prophylaxe. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 2/1988, S. 106-118.
- Loimer, N. et al.:** Sexualverhalten Drogenabhängiger. In: Sexualmedizin 7/1990, S. 396-402.
- Melchinger, H.; Eicher, G.:** Evaluationsforschung im AIDS-Bereich. In: Herrmann, C. et al. (Hrsg.): AIDS und die Sozialwissenschaften. AZ-Hefte 1/1990, S. 71/72.
- Mielck, A.:** Intravenös Drogenabhängige und HIV/AIDS-Diskussion der epidemiologischen Erkenntnisse. In: AIFO 8/1990, S. 406-410.
- Mohsenian, F. et al.:** HIV-Prävalenz bei Drogenabhängigen in Hamburg von 1985 bis 1990. In: AIFO 4/1991, S. 192-194.
- Niemeck, U. et al.:** Beschreibung und Tätigkeiten der Einrichtungen im Modellprogramm „Drogen und AIDS“: Ergebnisse der zweiten Befragung. In: IFT-Berichte, Institut für Therapieforchung (Hrsg.), Bd. 54, München 1990.
- Penning, R. et al.:** Prävalenz der HIV-Infektion bei gerichtlich Obduzierten und speziell Drogen-toten am Institut für Rechtsmedizin der Universität München von 1985 – 1988. In: AIFO 9/1989, S. 459-465.
- Schlegel, M.:** Jugend und Suchtmittel. In: Deutsche Jugend. Zeitschrift für die Jugendarbeit 5/1991, S. 216-222.
- Schuller, K.; Stöver, H.:** Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): AIDS-FORUM D.A.H. Band III. Berlin 1989.
- Schumann, J. et al.:** Niedrigschwellige Angebote im Rahmen des Modells „Drogen und AIDS“. In: IFT-Berichte, Institut für Therapieforchung (Hrsg.), Bd. 55, München 1990.
- Shiffman, S.; Wills, T. A. (eds.):** Coping and Substance Use. Academic Press, Orlando 1985.
- Stark, K. et al.:** HIV Infection in Intravenous Drug Abusers in Berlin: Risk Factors and Time Trends. In: Klinische Wochenschrift 68, 1990, S. 415-420.
- Stark, K.; Kleiber, D.:** AIDS und HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Dtsch. med. Wschr. 116/1991, S. 863-869.
- Statistisches Bundesamt der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.):** Statistisches Jahrbuch 1990.
- Stöver, H.; Schuller, K.:** Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige. Man. WHO Kopenhagen, 1991.
- Weyer, J.:** Über das Ansteckungspotential HIV-infizierter Personen. In: AIFO 1/1990, S. 31-39.

# PRAXIS UND POLITIK DER VERGABE VON STERILEM SPRITZBESTECK AN DROGENABHÄNGIGE ZUR HIV/AIDS-PRÄVENTION IN EINER AUSGEWÄHLTEN ZAHL VON MITGLIEDSSTAATEN DER EUROPÄISCHEN REGION DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO)

Heino Stöver  
Klaus Schuller

Universität Bremen, Oktober 1991. Die Untersuchung wurde erstellt im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

---

## ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN

### I. Einleitung

Die rasche Verbreitung von HIV und der Immunschwächekrankheit AIDS unter Drogenkonsumenten verdeutlicht die Notwendigkeit präventiver Angebote für diese Personengruppe. Prävention wird um so wichtiger, als bislang weder eine AIDS-Therapie noch ein Impfstoff zur Verfügung stehen.

Der dominante Übertragungsweg für HIV bei intravenös konsumierenden Drogenkonsumenten ist der gemeinsame Gebrauch benutzter Spritzen und Kanülen. AIDS-präventive Strategien zielen demnach einerseits darauf ab, Verhaltensänderungen im Hinblick auf Risikobewußtsein und Risikominimierung zu erreichen und andererseits die für diese Verhaltensänderungen nötigen materiellen Voraussetzungen zu schaffen und sterile Spritzen verfügbar zu machen.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die unterschiedlichen Praktiken und Politiken der Abgabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige in 18 Staaten Europas darzustellen und Elemente einer effektiven und bedürfnisgerechten Praxis der Spritzenabgabe zu benennen.

Unser methodisches Vorgehen bestand in einer Fragebogenaktion unter Schlüsselpersonen in den Sozial- und Gesundheitsressorts der 18 Länder, geknüpft an eine Literaturstudie zu entsprechenden Konzepten, Erfahrungsberichten und Evaluationen. Schließlich flossen in diese Untersuchung eigene praktische Erfahrungen ein, die mit dieser Form der AIDS-Prävention in Bremen gesammelt wurden.



## II. Ergebnisse

### 1. Rechtliche Bedingungen

Die rechtlichen Bedingungen einer Spritzenvergabe sind in Europa sehr unterschiedlich: In einigen Ländern hat es nie rechtlich-administrative Einschränkungen gegeben, in anderen Ländern bestanden bis weit in die 80er Jahre hinein unterschiedlichste Restriktionen, die einer adäquaten AIDS-Prävention für die Gruppe der Drogenabhängigen im Wege standen. In einem Land (Schweden) ist die Spritzenabgabe an Drogengebraucher weiterhin strafbar – bis auf ein einziges geduldetes experimentelles Projekt. Zum Teil existieren innerhalb eines Landes Verbot und legale Zugänglichkeit nebeneinander. In mehreren Ländern kommt es trotz grundsätzlicher legaler Vergabemöglichkeit zu rechtlichen Konflikten, d.h. zu unterschiedlichen Interpretationen geltenden Rechts oder – in föderativ verfaßten Staaten – zu Konflikten zwischen Bundes- und Länderbestimmungen.

Gleichwohl ist als Reaktion auf die wachsende Verbreitung der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung unter Drogengebrauchern die Tendenz zu verzeichnen, durch Klarstellungen und Konkretisierungen rechtliche Unsicherheiten und Hindernisse bei der Spritzenvergabe zu beseitigen.

### 2. Fachliche und ethische Bedenken

Neben den rechtlichen Restriktionen der Spritzenvergabe gab und gibt es in mehreren Ländern auch fachliche Bedenken und Vorbehalte gegenüber dieser Form der AIDS-Prävention. Die traditionelle abstinenzorientierte Drogenarbeit hat sehr zurückhaltend auf die Herausforderung AIDS reagiert. Die Vergabe von Spritzen wurde als Widerspruch zu den auf Drogenfreiheit angelegten Beratungs- und Behandlungsangeboten aufgefaßt und in die Nähe von „Kompilienzschaff mit der Sucht“ gerückt. Auch wurden Bedenken hinsichtlich einer möglichen Ausweitung des Drogenkonsums bzw. des intravenösen Drogenkonsums und der Gefährdung Dritter durch weggeworfene Spritzen geäußert. Diese Bedenken haben sich jedoch, gemessen an der Notwendigkeit HIV-präventiver Arbeit, als nachrangig bzw. unbegründet erwiesen:

- Die Vergabe von sterilem Spritzbesteck wurde in den untersuchten Ländern nicht in einen ursächlichen Zusammenhang mit einer möglichen Ausweitung des intravenösen Drogenkonsums gebracht. Sie wurde überwiegend nicht als Zeichen einer gesellschaftlichen Billigung des intravenösen Drogengebrauchs interpretiert, sondern eher als gesundheitlich notwendige Maßnahme der HIV/AIDS-Prävention.
- Die Spritzenvergabe führt nicht zu einer Entwertung drogenfreier Angebote. Spritzenumtauschprojekte haben im Gegenteil zu einer größeren Reichweite der Drogenhilfe und zu ihrer Differenzierung geführt, weil sie in der Lage sind, neue, bislang nicht bekannte Klienten zu erreichen und HIV-präventive Botschaften wie auch gesundheitsfördernde Angebote zu vermitteln.
- Im Hinblick auf eine Minimierung der Gefährdung der Allgemeinbevölkerung konnten effektive Spritzenentsorgungsmodelle entworfen werden. Ob-

gleich Nadelstichverletzungen äußerst selten sind, werden in der Öffentlichkeit die unterschiedlichen Vergabeprojekte sehr kontrovers am Beispiel weggeworfener Spritzen diskutiert. Die mangelnde Akzeptanz solcher Projekte in der Bevölkerung hat ihren Grund vor allem in der Angst vor Infektion durch weggeworfene Spritzen.

Fachliche, ökonomische, ethische oder kulturelle Bedenken existieren in den einzelnen Ländern zum Teil auch nach längerer Laufzeit und bei rechtlicher Unbedenklichkeit bestimmter Projekte. Diese Bedenken zur Vergabepaxis vor Ort können nationale Bemühungen um eine effektive Spritzenvergabepolitik behindern.

### 3. Ziele und Einführung von Spritzenumtauschprojekten

Etwa ab Mitte der 80er Jahre waren in mehreren Ländern kleine Initiativen und betroffenennah arbeitende Vereine bemüht, durch pragmatische und unkonventionelle AIDS-präventive Aktivitäten (vor allem Spritzenumtauschprojekte) zusätzliche irreversible Gesundheitsschäden für die Drogengebraucher zu vermeiden. Das zentrale Ziel war, einer weiteren Ausbreitung von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung unter Drogengebrauchern entgegenzuwirken.

In einigen Ländern sind diese AIDS-präventiven Bemühungen rasch von den Gesundheitsdiensten (z.B. Niederlande) oder von freien Trägern der Drogenhilfe (z.B. Deutschland) übernommen und professionalisiert worden. In anderen Ländern sind Spritzenvergabemodelle von staatlichen Gesundheitsdiensten begonnen und seit Mitte der 80er Jahre beständig ausgebaut worden (z.B. Großbritannien). Die Kooperation mit Apotheken, die in fast allen Ländern traditionellerweise Spritzen verkaufen, scheint eine sinnvolle Ergänzung der staatlichen und privaten Spritzenvergabe bzw. Spritzenaustauschprogramme darzustellen. Außerdem dürfte die Einbindung Betroffener in derartige Projekte aufgrund ihrer authentischen Erfahrungen eine glaubwürdige Vermittlung HIV-präventiver Botschaften garantieren.

### 4. Formen der Zugänglichkeit

Die Formen des Zugangs zu sterilen Spritzen und Kanülen sind sowohl zwischen den einzelnen untersuchten Ländern als auch innerhalb einiger Länder recht unterschiedlich. Steriles Spritzbesteck ist erhältlich

- ausschließlich in Apotheken (z.T. nur gegen Vorlage eines Rezeptes, z.T. ausdrücklich nicht für Drogengebraucher),
- in Apotheken und medizinischen Warenhäusern (frei erhältlich),
- in allgemeinen Warenhäusern (frei erhältlich),
- in besonderen Spritzenaustausch- und Vergabeprogrammen der AIDS- und Drogenhilfe, in denen die Rückgabe gebrauchter Spritzen entweder als unverbindliche Aufforderung oder als eine unverzichtbare Voraussetzung betrachtet wird,
- in Spritzen- bzw. Spritzenaustauschautomaten (gegen Geld oder gegen Einwurf gebrauchter Spritzen).

In einigen Ländern existieren mehrere Zugangsformen nebeneinander, z.T. bewußt als ergänzende Angebote an einem Ort oder in einer Region.

## 5. Versorgungssituation

Auch in Ländern, in denen ein ungehinderter Zugang zu sterilem Spritzbesteck möglich ist, erfolgt oft keine flächendeckende Versorgung. Die Gründe hierfür sind berufsethische oder rechtliche Bedenken, die konsequentere Ansätze blockieren. Eine unzureichende Versorgungssituation zeigt sich auch oft dort, wo den Apotheken die alleinige Verantwortung für die Spritzenvergabe aufgebürdet wird. Apotheker lehnen häufig – auch in den Zentren des Drogenkonsums – den Verkauf ab oder verweigern ihn während der Nacht- bzw. Notdienstzeiten, da sie eine weitergehende Versorgungsleistung als Überforderung erachten.

Spritzenumtauschprojekte der Gesundheitsdienste oder der Drogen- und AIDS-Hilfen haben – wie die Zahlen der abgegebenen Spritzen und die Öffnungszeiten zeigen – oft nur symbolische Bedeutung.

## 6. Nutzungsbedingungen

Standortsituation (Nähe zur Drogenszene, Erreichbarkeit der Angebote) und konkrete Ausgestaltung der Spritzenaustauschangebote (Öffnungszeiten, Tausch oder Abgabe, Spritzenassortiment, ergänzende materielle Hilfen, personelle Besetzung) haben einen starken Einfluß auf ihre Nutzung durch i.v. Drogengebraucher.

## 7. Einbindung der Spritzenvergabe in verschiedene niedrigschwellige Angebote der Drogen- und AIDS-Hilfen

Die Einbindung der Spritzenvergabe in andere niedrigschwellige Angebote (etwa Wohn- oder Übernachtungsprojekte, Kontaktläden, Streetwork) oder ihre Integration in Einrichtungen, die mit Drogenabhängigen Kontakt haben (Polizei, Gesundheitsdienste), trägt zu einer Dezentralisierung und Normalisierung dieses Angebots bei.

## 8. Evaluation der Spritzenprojekte

Ein Zusammenhang zwischen Existenz von Spritzenaustauschprogrammen und Zunahme des (i.v.) Drogenkonsums ist in keiner uns bekannten Studie nachgewiesen worden. Städte mit sehr gut ausgebauten Spritzenaustauschprojekten, die hohe Umtauschzahlen aufweisen (z.B. Amsterdam), haben durch Analyse diverser Registrierungssysteme festgestellt, daß der Drogenkonsum konstant bleibt. Umgekehrt läßt sich dort keine Verringerung des i.v. Drogenkonsums nachweisen, wo die Spritzenabgabe verboten oder das Spritzenangebot verknappert wurde (z.B. durch Beschlagnahmepolitik der Polizei).

Evaluationen der Spritzenabgabeprojekte (vor allem in den Niederlanden, in Frankreich und Großbritannien) deuten auf einen Zusammenhang zwischen freier Zugänglichkeit von sterilem Spritzbesteck und risikobewußtem Spritzverhalten (etwa Verzicht auf den gemeinsamen Gebrauch benutzter Spritzen, Verringerung oder Aufgeben des i.v. Drogengebrauchs) hin. Die Spritzenvergabe hilft somit Drogengebrauchern, risikoarme Gebrauchsmuster aufzunehmen

oder sie beizubehalten, was dazu beiträgt, daß HIV/HBV-Prävalenzraten unter i.v. Drogengebrauchern nicht weiter steigen.

## 9. „Bleach“ und Alternativen zur Spritzenvergabe

Die Verwendung von „Bleach“ (chlorhaltige Haushaltsbleiche) zur chemischen Desinfektion oder andere Methoden der Spritzenreinigung (z.B. thermische Desinfektion) sind in den meisten Ländern nicht zum integralen Bestandteil der HIV/AIDS-Präventionsstrategie gemacht worden. Nur in wenigen Ländern (z.B. Großbritannien) ist die Einbeziehung von „Bleach“ seit einigen Jahren ein komplementärer und offensiv vertretener Ansatz. In einigen Ländern (z.B. in den Niederlanden) gibt es seit kurzem Bestrebungen, die Verwendung von Desinfektionsmitteln als Alternative in die HIV-Präventionsstrategie einzubeziehen.

## 10. HIV/AIDS-Prävention im Strafvollzug

In keinem der untersuchten Länder schließt die HIV/AIDS-Prävention eine Vergabe von sterilen Spritzen und Kanülen in Strafanstalten ein, obwohl davon ausgegangen wird, daß in den meisten Strafanstalten der intravenöse Drogengebrauch für eine mehr oder minder große Zahl von Gefangenen Alltagsrealität ist. Zudem findet er dort oft unter unhygienischen Bedingungen statt. Unterschiedlichen Untersuchungen zufolge dürfte die Verbreitung der HIV-Infektion in den Strafanstalten den gleichen Umfang angenommen haben wie außerhalb. In mehreren Ländern wurde wiederholt von Fachleuten, Fachgremien und Praktikern der Drogen- und AIDS-Hilfen die Vergabe von Spritzbesteck gefordert – bislang ohne Erfolg. Beispiel Bundesrepublik: Obwohl sich die AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages mehrheitlich für eine Spritzenvergabe im Strafvollzug eingesetzt hat und keine rechtlichen Hindernisse existieren, stehen dieser Form der HIV/AIDS-Prävention vollzugspolitische Bedenken im Wege. Man befürchtet, daß durch eine Spritzenvergabe ein Signal gesetzt wird, das bei Anstaltsbediensteten und -insassen als Drogenlegalisierung mißverstanden werden könnte. Obwohl medizinische Versorgung und Gesundheitsförderung als grundlegende Rechte auch der Menschen im Strafvollzug postuliert werden, bleiben Gefangene von Schutzmöglichkeiten bezüglich der HIV-Infektion nach wie vor ausgeschlossen.

In fast allen Strafanstalten werden weder Desinfektionsmittel (Bleach), mit deren Hilfe gebrauchte Spritzen gereinigt werden könnten, noch andere Mittel der Infektionsprophylaxe als eine alternative AIDS-Präventionsstrategie erachtet oder praktisch umgesetzt. In einigen Ländern sind Aufklärungs- und Informationsprojekte in den Strafanstalten initiiert worden.

## III. Empfehlungen für eine effektive und bedürfnisgerechte AIDS-Prävention

Damit i.v. Drogengebraucher riskantes Verhalten vermeiden können, sind folgende Aspekte wichtig:

1. Eine individuelle Verhaltensänderung findet vor allem dort statt,
  - wo die materiellen Voraussetzungen dafür geschaffen worden sind. Der un-

gehinderte Zugang zu sterilem Injektionsbesteck ist eine wesentliche Voraussetzung, um Risiken zu reduzieren und einen verantwortungsbewußteren Drogengebrauch zu entwickeln und beizubehalten.

- wo Drogenabhängige über geeignete Schutzmaßnahmen Bescheid wissen.
- wo Drogenabhängige erwarten, daß Verhaltensänderungen erfolgreich sein werden.

Zahlreiche Studien haben belegt, daß die von AIDS stark betroffene Gruppe der Drogenabhängigen zu weitreichenden Verhaltensänderungen in der Lage ist.

## 2. Individuelle Verhaltensänderungen oder -wünsche müssen sozial unterstützt werden

Für gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen muß eine soziale und politische Basis geschaffen werden. Da riskantes Verhalten oft in den riskanten Situationen des illegalen, verfolgten und kriminalisierten Drogengebrauchs stattfindet, ist es nötig, die strukturellen Risiken in den Lebens- und Konsumbedingungen der i.v. Drogengebraucher zu beseitigen. Durch Entkriminalisierung des Spritzenbesitzes und bedürfnisgerechte Angebote kann gesundheitlicher Verelendung und sozialer Ausgrenzung entgegengewirkt werden.

Appelle für Verhaltensänderungen haben mehr Erfolg, wenn gesellschaftliche Ausgrenzung und Verfolgung zugunsten der Integration trotz abweichenden Lebensstils aufgegeben werden und Drogengebraucher sich so als verantwortliche und mündige Bürger fühlen können, die auch als Abhängige ein Recht auf angemessene gesundheitliche Versorgung und soziale Existenzsicherung haben.

Maßnahmen die darauf abzielen, Spritzenverkauf und Spritzenbesitz zu bestrafen oder als Anlaß für polizeiliche Ermittlungen zu nehmen, stehen HIV/AIDS-präventiven Bemühungen diametral entgegen. Beispiele zeigen, daß etwa eine rigide Spritzenbeschlagnahmungspraxis der Polizei (mit Folge der Spritzenknappheit) HIV-präventives Verhalten bei Drogenabhängigen behindert (Edinburgh).

Ausgehend von den Erfahrungen mit Spritzenvergabeprogrammen in mehreren europäischen Ländern hat die Studie abschließend Kriterien für eine effektive und bedürfnisgerechte Spritzenvergabe entwickelt. In Anbetracht der z.T. recht unterschiedlichen Drogen- und AIDS-Politiken in den einzelnen untersuchten Ländern lassen sich nur schwer für alle nutzbare Empfehlungen aussprechen. Zugrunde gelegt wurden daher drei verschiedene rechtliche und politische Bedingungen, die in der Untersuchung der 18 europäischen Länder vorgefunden wurden:

### a) Freie Zugänglichkeit von sterilem Spritzbesteck

Die Angebote der Spritzenvergabe bzw. des -umtausches müssen konsumentenfremdlich und bedürfnisgerecht gestaltet werden, um möglichst viele Drogengebraucher zu erreichen. Es muß also ein kostengünstiger, anonymer, dezentraler 24-Stunden-Zugang zu sterilen Spritzen und Kanülen gewährleistet sein, die in der jeweiligen Region oder Stadt bevorzugt werden. Dabei ist darauf zu achten, daß das Angebot sozial- und umweltverträglich in der Wahl des Standortes und der Entsorgung ausgerichtet ist. Das in diesen Einrichtungen arbeitende Personal sollte auch Ex-User bzw. Substituierte umfassen, die über einen ähnlichen Erfahrungshintergrund wie die Nutzer der Angebote verfügen und inso-

fern die gesamten Gefahren des Lebensstils illegaler Drogengebraucher besser kennen. Auch können von ihnen HIV-präventive Botschaften glaubwürdig vermittelt werden. Personale Kommunikation ist ein wesentliches Mittel, um Risikoverhalten zu problematisieren. Schließlich erscheint es sinnvoll, Spritzenabgabeprojekte mit anderen Gesundheits- und Vorsorgeangeboten zu verknüpfen, die eine risikoarme und hygienische oder streßfreie Injektion fördern.

### b) Eingeschränkte Verfügbarkeit (Apotheken und medizinische Warenhäuser)

In einigen Ländern können Spritzen nur über den Verkauf in Apotheken erworben werden. Hier sollten die Apotheker sowohl in fachlicher als auch in rechtlicher Hinsicht ermutigt und unterstützt werden. Denkbar wäre eine Subventionierung des Spritzenverkaufs, um eine möglichst flächendeckende Versorgung mit sterilem Spritzbesteck zu erreichen. Gleichzeitig sollten Apotheken in den Spritzentausch einbezogen werden, um dem Problem weggeworfener Spritzen zu begegnen.

### c) Keine Verfügbarkeit – HIV-Prävention für i.v. Drogenabhängige im Strafvollzug

Obwohl von verschiedenen Experten, internationalen Gremien, Fachverbänden und Parteien in mehreren Ländern eine Spritzenvergabe im Strafvollzug gefordert wird, ist diese Forderung bisher in keinem europäischen Land umgesetzt worden. Solange dieses wirksamste HIV-präventive Angebot nicht realisiert worden ist, sollten in Gefängnissen eine Reihe abgestufter Maßnahmen umgesetzt werden, um eine weitere Ausbreitung der HIV-Infektion unter drogenabhängigen Gefangenen zu verhindern:

- Maßnahmen zur Verminderung der Zahl der i.v. Drogenkonsumenten
- Maßnahmen zur Verhinderung des Drogenkonsums
- Informieren über die Risiken intravenöser Applikationsformen
- Informieren über die Risiken des Gemeinsamgebrauchs benutzter Spritzen
- Demonstrieren von Desinfektionstechniken, Bereitstellen von Desinfektionsmitteln und Mitteln des hygienischen intravenösen Drogengebrauchs (Alkohol- und Trockentupfer, Pflaster etc.)
- Verteilen von sterilen Spritzen.

Die vollständige Studie ist erhältlich über:

**WHO**  
**Regionalbüro für Europa**  
8, Scherfigsvej  
DK-2100 Kopenhagen

Kontaktadresse:

**Universität Bremen, FB 09**  
**Heino Stöver**  
Postf. 33 04 40  
2800 Bremen 33

---

## DEUTSCHLAND

### Nationale Übersicht

#### 1. Prävalenz des i.v. Drogengebrauchs

In der Bundesrepublik wird die Anzahl der i.v. Drogenkonsumenten auf 60.000 bis 100.000 geschätzt.

#### 2. HIV/AIDS-Prävalenz und Inzidenz unter i.v. Drogengebrauchern

Vom ersten Auftreten von AIDS bei i.v. Drogenkonsumenten 1983 bis heute ist ihr Anteil an der Gesamtzahl gemeldeter AIDS-Fälle beständig gestiegen: Von den am 29.02.1992 gemeldeten 7.827 kumulierten AIDS-Fällen waren 13,4% i.v. Drogengebraucher bzw. Homo- oder Bisexuelle und i.v. Drogengebraucher.

Mehrere Studien begründen die Annahme einer HIV-Prävalenz von etwa 20% bei intravenös applizierenden Drogengebrauchern (vgl. auch Stark/Kleiber 1991, 866). Eine großangelegte (N = 1253) multizentrische Prävalenzstudie (Kleiber 1990) hat eine HIV-Prävalenz von 19,9% festgestellt. Koch/Ehrenberg (in diesem Band) sowie eine unter Nutzern von Spritzenautomaten durchgeführte Befragung (Leicht 1991, 27) bestätigen dieses Ergebnis. Dabei verläuft der Ausbreitungsprozeß in der Gesamtgruppe der i.v. Drogenkonsumenten offenbar stationär (Kleiber/Pant 1991b, 21). Befürchtungen einer rasanten linearen Ausbreitung der HIV-Infektion haben sich nicht bestätigt.

Die vierjährige Längsschnittstudie „AMSEL“ über die Ausstiegsschancen Drogenabhängiger im Frankfurter Raum des Vereins Jugendberatung und Jugendhilfe (1991) hat eine Prävalenzrate von 27% (N = 248) festgestellt, die somit vergleichbar ist mit der Rate, die Kleiber für die Berliner Teilstichprobe ermittelt hat (26%).

Die Auswertung der HIV-Seroprävalenz bei 753 Drogentoten aus mehreren Großstädten im Zeitraum von 1985-88 ergab eine Rate von 26%; die Prävalenz lag regional zwischen 15% und 25%, in Berlin betrug sie 42% (Püschel et al. 1990).

Insgesamt ist davon auszugehen, daß eine höhere HIV-Prävalenz festzustellen ist bei i.v. Drogengebrauchern, die

- Hafterfahrungen haben,
- in der Haft i.v. Drogen konsumierten (und Spritzen gemeinsam benutzten),
- über Prostitutionserfahrungen verfügen,
- auf der offenen Szene leben.

#### 3. Rechtliche Rahmenbedingungen einer Spritzenabgabe

In der Bundesrepublik waren sterile Einwegspritzen und Kanülen in den Apotheken stets frei verkäuflich. Es blieb allerdings dem einzelnen Apotheker überlassen, inwieweit er einen Spritzenverkauf durchführte, zu welchem Preis und in welchen Einzelmengen er sie verkaufte.

Erst mit der Einrichtung von Spritzenaustauschprogrammen durch Träger der AIDS- und Drogenhilfe wurde die Rechtmäßigkeit der Spritzenabgabe disku-

tiert. Mittlerweile hat sich die Rechtsauffassung, daß die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an i.v. Drogenabhängige im Rahmen AIDS-präventiver Maßnahmen nicht den Tatbestand der „Verschaffung einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ (§ 29 Absatz 1, Nr. 10 Betäubungsmittelgesetz) erfüllt, allgemein durchgesetzt (Schünemann 1988; Bottke 1988; Kreuzer 1987, 268). Mitte der 80er Jahre war sie noch strittig (Schuller/Stöver 1989, 31) und führte auf verschiedenen Ebenen zu Rechtsunsicherheiten und rechtlichen Konflikten. So z.B. unter den Apothekern: Ihre Standesorganisation verbreitete 1986 die Auffassung, Apotheker machten sich strafbar, wenn sie an Drogenabhängige Spritzen abgeben (Kreuzer 1987a). Dies führte in Einzelfällen dazu, daß Apotheker sich weigerten, an Drogenabhängige sterile Spritzen abzugeben. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) hat im März 1987 die o.g. ablehnende Empfehlung revidiert und Apotheker ermutigt, Spritzen abzugeben.

Ein weiteres Beispiel ist die Auseinandersetzung um den Standort eines Spritzenautomaten in der Stadt Dortmund. Hier war der o.g. Tatbestand der „Gelegenheitsverschaffung zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ Grundlage eines Beschlusses des Landgerichts Dortmund, die Beschlagnahme dieses Automaten anzuordnen (was am 12.2.90 geschehen ist). Die Fachöffentlichkeit hat gegen dieses Vorgehen protestiert (Conrad 1990; Deutsche AIDS-Hilfe 1990) und als einen Rückschritt in der wirksamen HIV/AIDS-Prävention für i.v. Drogengebraucher bewertet. Aus diesem im Februar 1990 beschlagnahmten Spritzenautomat wurden im Januar 1990 noch 1.136 Spritzen gezogen (AIDS-Hilfe NRW 1990). Experten kritisierten den Beschluß des Landgerichts Dortmund (Kreuzer 1990).

Dieses Beispiel zeigt auch, daß bei einigen Staatsanwälten nach wie vor rechtliche Bedenken hinsichtlich der „Gelegenheitsverschaffung zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ (eine Straftat nach 29 Abs. 1 Nr. 10 des deutschen Betäubungsmittelgesetzes) durch Spritzenautomaten wie auch durch Spritzenvergabe bestehen. Erst die Aufnahme eines klarstellenden Hinweises zur Straflosigkeit der Spritzenabgabe in das Betäubungsmittelgesetz würde unzweifelhafte Rechtssicherheit schaffen.

Nach wie vor werden gebrauchte Spritzen von der Polizei auch in solchen Städten konfisziert und Betäubungsmittelanhaftungen zum Gegenstand der Anklage erhoben, wo seit Jahren effektive Spritzenaustauschprogramme bestehen (z.B. in Bremen). Rundverfügungen von Generalstaatsanwälten über die Straflosigkeit des Spritzenbesitzes könnten ermittelnden Beamten eine Grundlage für die Unterlassung der Beschlagnahme bieten.

Angesichts der Rechtsunsicherheiten und rechtlichen Konflikte ging es Experten und Fachgremien in jüngster Zeit darum, die Rechtmäßigkeit der Spritzenvergabe zur AIDS-Prävention explizit im Betäubungsmittelgesetz festzuhalten (AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages, 1988, 192) und konsequenterweise ein Beweisverwertungsverbot für gebrauchte Spritzen zu fordern: „Dies könnte etwa dahinlaufen, daß in Ermittlungs- und Strafverfahren nach dem BtmG einem Beschuldigten der Besitz von Spritzen nicht vorgehalten und nicht zu seinem Nachteil verwertet werden darf.“ (ebenda, 192)

Die Länder der Bundesrepublik haben diese Veränderungsvorschläge aufgegriffen und im Rahmen eines Gesetzentwurfs zur Novellierung des Betäubungs-

mittelgesetzes (der gegenwärtig in den Rechtsausschüssen beraten wird) den Beschluß gefaßt, den Tatbestand der „Gelegenheitsverschaffung zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“ (siehe oben) aus dem Betäubungsmittelgesetz zu streichen (Bundesratsbeschluß vom 11.5.1990). Damit wäre eindeutig die Spritzenvergabe straffrei.

Ein Ergänzungs- und Änderungsantrag der SPD-Bundestagsfraktion zum Gesetzentwurf des Bundesrates (DS 12/934) geht über die o.g. Veränderung hinaus und fordert die völlige Streichung des § 29 Abs. 1 Nr. 10 BtmG, um insgesamt die Arbeitsmöglichkeiten einer akzeptierenden Drogenarbeit zu verbessern (Schaich-Walch 1991).

Vor allem im Strafvollzug weigert man sich immer noch, drogenabhängigen Gefangenen solche Präventionsangebote zu machen, wie sie mehr und mehr zum Standardrepertoire der gesundheitlichen Hilfen von Drogenarbeit werden. Dabei spielen rechtliche, fachliche sowie ethisch-moralische Bedenken eine Rolle. Lesting (1990) hat in einem Rechtsgutachten darauf hingewiesen, daß aus dem Betäubungsmittelgesetz keine Strafbarkeit der Spritzenabgabe an Drogengebraucher zur HIV/AIDS-Prophylaxe abgeleitet werden kann. Vielmehr scheinen anstalts- bzw. vollzugspolitische Gründe – vor allem die Anerkennung des intravenösen Drogengebrauchs in der Anstalt – eine starke Rolle zu spielen bei der Weigerung, Spritzen abzugeben (Bremer Nachrichten, 18.6.87).

Die AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages (1990) hat in ihrem Endbericht dem Deutschen Bundestag mehrheitlich empfohlen, „im Hinblick auf ein realistisches Präventionskonzept... den Gefangenen die Möglichkeit zu eröffnen, sich sterile Einmalspritzen zu beschaffen, den Gefangenen Natriumhypochlorit als Desinfektionsmittel frei zugänglich zu machen...“ (S. 297)

Diese Forderung wird mittlerweile von vielen Fachverbänden und -gremien unterstützt.

### 3. Integration der Spritzenabgabe in eine nationale AIDS-Bekämpfungsstrategie

In vielen Stellungnahmen haben sich in der Bundesrepublik die unterschiedlichsten Gremien, Fachverbände, Experten und Ministerien, die mit AIDS und der Drogenproblematik befaßt sind, zur Frage der Spritzenabgabe geäußert. Bis auf wenige Ausnahmen<sup>2</sup> wurde mehr oder weniger deutlich der leichte Zugang zu sterilem Spritzbesteck als effektive Maßnahme der HIV/AIDS-Prävention für Drogengebraucher befürwortet (mit weiteren Nachweisen Schuller/Stöver 1989). Im „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ (1990), in dem die Bundesregierung die „Maßnahmen der Rauschgiftbekämpfung und der Hilfe für Gefährdete und Abhängige“ vorstellt, werden unter anderem Spritzenaustauschprogramme als Instrument der Schadensminimierung bezeichnet (S. 24).

Obwohl viele dieser Stellungnahmen Spritzenaustauschprogramme befürworten, besteht in der Bundesrepublik ein Nord-Süd-Gefälle. Beispielhaft dafür scheint die Arbeit in der AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages zu sein: „Die Mehrheit der Kommission ist der Ansicht, daß die mit Spritzenaustauschprogrammen verbundenen Wirkungen und Mißverständnisse in Kauf genommen werden können, um weitere HIV-Infektionen zu vermeiden. Sie hält Spritzenaustauschprogramme für dringend geboten.“ Eine Minderheit der

Kommission kann sich dieser Empfehlung jedoch nicht anschließen. Sie verspricht sich von Spritzenaustauschprogrammen nicht die erwartete Wirkung und räumt demgegenüber dem zu erwartenden Mißverständnis, der Staat billige den Drogengebrauch, den Vorrang ein.“ (ebenda, 192)

Diese ablehnende Haltung nimmt auch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württembergs in einer Stellungnahme ein: Die Abgabe von Einmalspritzen durch die 75 im Land existierenden Suchtberatungsstellen wird aus „grundsätzlichen therapeutischen Gründen abgelehnt“ (6.10.1989, 11). Die Landesregierung hält den Spritzenverkauf über die Apotheken für ausreichend und sieht für Spritzenaustauschprogramme oder Spritzenautomaten nach wie vor keinen Bedarf (vgl. auch Staatssekretärsauschuß 1989, 36).

### 4. Verschiedene Modelle der Spritzenabgabe

Trotz einheitlicher Gesetzgebung – weder das Betäubungsmittel- noch das Apothekenrecht verbieten die Abgabe von Einwegspritzen – lassen sich in der konkreten AIDS-Präventionspolitik und -praxis erhebliche Differenzen zur nationalen AIDS-Strategie feststellen. Nicht überall verkaufen Apotheker Spritzen in den gewünschten Einheiten und Größen an Drogengebraucher, nicht in jedem Bundesland gibt es Spritzenaustauschprogramme oder Spritzenautomaten als ergänzendes Versorgungsangebot.

#### 4.1 Apotheken

In der Bundesrepublik sind Spritzen grundsätzlich frei verkäuflich in Apotheken und medizinischen Warenhäusern (wenngleich sie seit 1988 als „Arzneimittel“ eingestuft sind). Doch trotz dieses freien Zugangs ergeben sich im Alltag des Apothekendienstes Restriktionen. So sind nach wie vor nicht alle Apotheker bereit, Spritzen an drogenabhängige auszugeben – sei es aus Rechtsunsicherheit, die eher in den vergangenen Jahren ein Motiv gewesen ist, aus dem ethischen Motiv, den Drogenkonsum nicht unterstützen zu wollen, aus ökonomischen Erwägungen, wonach die übrige Kundschaft nicht durch eine Konfrontation mit oft verelendeten drogenabhängigen abgeschreckt werden soll, oder aufgrund der persönlichen Abneigung, sich mit Drogenkonsumenten auseinanderzusetzen.

Diese Haltungen können dazu führen, daß es zu Versorgungsengpässen kommt, wenngleich sich ein positiver Wandel feststellen läßt: Mehr Rechtssicherheit und Verantwortungsbewußtsein im Hinblick auf den eigenen Beitrag zur Eindämmung von HIV haben dazu beigetragen, daß Apotheker vermehrt sterile Spritzen verkaufen.

Allerdings entsprechen Sortiment und angebotene Verkaufsmenge oft nicht den Bedürfnissen der Spritzenbenutzer. Entweder werden die gewünschten Nadelstärken nicht angeboten und/oder der Verkauf findet nur in größeren Einheiten statt, die für drogenabhängige nicht immer erschwinglich sind. Außerdem ist die Abgabezeit auf die normale Geschäftszeit beschränkt, was insbesondere in den frühen Abend- und Nachtstunden sowie an Sonn- und Feiertagen zu einge-

schränkter Verfügbarkeit führt. Die Notdienstapotheken sind häufig nicht dazu bereit, eine Nachfrage nach Spritzen als Notfall anzuerkennen:

„Vor allem abends, wenn du dir vielleicht nach stundenlangem ‚Rumgeiern‘ endlich deinen Stoff besorgt hast, da hat man dann wenig Bock, noch endlos nach ‚ner Apo zu suchen, die Nachtdienst hat, und sich dann vielleicht noch von irgend so ‚nem Arsch abweisen zu lassen, der keine Spritzen rausrücken will. Wenn du dir da irgendwo ‚ne Fixe leihen kannst, keine Frage... Natürlich hab‘ ich da Angst dabei, aber ich sag mir dann einfach: Wird schon gutgehn, wirst schon Glück haben. Es gibt natürlich solche und solche Apos, aber ich würde sagen, die meisten, na ja, 70% sicher, machen Schwierigkeiten und rücken nichts heraus. Denen ist das scheißegal, ob du an AIDS krepierst oder nicht!“ (zit. n. Wille 1987, 90).

Eine Spritzenvergabe über Drogenberatungsstellen, Automaten, AIDS-Hilfen oder Institutionen der Gesundheitsbehörden ist zudem noch nicht flächendeckend, um einen jederzeitigen Zugang zu gewährleisten.

Der Erwerb von Großpackungen (z.B. in medizinischen Warenhäusern; bei Großpackungen reduziert sich in der Regel der Gesamtpreis für Spritze und Kanüle, während im Einzelverkauf relativ hohe Preise – von DM 0,50 bis zu DM 2,- – verlangt werden) stellt zwar eine Versorgungsmöglichkeit dar. Man kann jedoch nicht davon ausgehen, daß jeder Drogenabhängige Vorratshaltung betreibt, vor allem dann nicht, wenn er wohnungslos und in schlechter körperlicher und psychischer Verfassung ist.

In einer 1985 und 1987 unter i.v. Drogengebrauchern durchgeführten Befragung zur Einstellung, zum Wissen und zum Präventionsverhalten hinsichtlich HIV/AIDS haben Arnold/Frietsch u.a. die Versorgung mit Injektionsbestecken thematisiert. Probleme hierbei gaben 63,5% der Befragten (N = 104) an. Die Gründe wurden wie folgt aufgeschlüsselt:

- hohe Kosten 33,7%
- begrenzte Öffnungszeiten der Apotheken 33,7%
- kaum Verkauf durch Apotheken 25,9%
- keine Angaben 35,6%

(Quelle: Arnold/Frietsch, 1988, S. 311)

Zwei Drittel der Befragten sehen also die bisherigen Maßnahmen zur Zugänglichkeit von sterilen Spritzen als unzureichend an. Bemerkenswert ist weiterhin, daß der Kostenaspekt eine Rolle spielt, obwohl Drogenabhängige täglich mit einer beträchtlichen Summe Geldes umgehen; diese wird jedoch hauptsächlich für den Drogenkauf verwendet. Oftmals fehlt unter den schwierigen Bedingungen der Geld- und Drogenbeschaffung letztlich der vergleichsweise kleine Betrag für den Erwerb steriler Spritzen. Das Angewiesensein auf die Apotheken bzw. die Kooperationswilligkeit der Apotheker stellt für fast zwei Drittel der Befragten ein Problem dar. Arnold/Frietsch schließen, daß eine wesentliche Voraussetzung für Verhaltensänderung die umfassende Verbesserung der Versorgung mit sterilem Spritzbesteck ist.<sup>3</sup>

Auch in der sozialepidemiologischen Studie von Kleiber/Pant (1991b) werden fast von jedem zweiten Befragten objektive Hindernisse als Grund für das gemeinsame Benutzen von Spritzbestecken angeführt: schwere Erhältlichkeit, Strafandrohung, Gefängnisaufenthalt, zu hoher Preis für steriles Spritzbesteck. Koch/Ehrenberg (in diesem Band) fanden bei 23% der Befragten Versorgungsschwierigkeiten.

#### 4.2 Spritzenaustauschprogramme – Vergabe innerhalb von Drogen- und AIDS-Beratungsstellen

Seit Mitte der 80er Jahre haben mehr und mehr Drogen- und AIDS-Beratungsstellen in der BRD damit begonnen, Spritzenvergabe/-umtausch in ihre Angebote einzubeziehen. Die anfangs vorhandene fachliche Unsicherheit („Double-bind“, d.h. Drogenfreiheit als Ziel zu verfolgen und den Drogengebrauch mit der Spritzenabgabe scheinbar zu unterstützen) ist einem Verständnis gewichen, das Spritzenvergabe/-umtausch als notwendigen Bestandteil einer auf Gesundheitsschutz und Überlebenshilfe orientierten Drogenarbeit betrachtet. Spritzenvergabe stellt – das sind Erfahrungen der letzten fünf Jahre – keinen Konflikt mehr zu anderen Angeboten wie ambulante Betreuung, Therapieberatung und -vermittlung dar. Im Gegenteil: sie bietet die Möglichkeit, die Reichweite der bisherigen Arbeit zu erhöhen, um so mit Drogengebrauchern in Kontakt zu kommen, die sich bisher distanziert zu den Angeboten der Beratungsstelle verhalten haben.

In manchen Städten sind die Abgabe-/Umtauschzahlen in den letzten Jahren enorm angestiegen (Hamburg, Bremen, Frankfurt a.M.); in anderen Städten fehlt nach wie vor ein effektives Angebot (München, Stuttgart), und z.T. haben diese Programme – auch angesichts eingeschränkter Öffnungszeiten – eher symbolische Bedeutung.

Die folgenden allgemeinen Ausführungen zeigen, daß die Formen der Spritzenvergabe innerhalb von Beratungsstellen oder Streetwork recht unterschiedlich sind: je nachdem, welchen Stellenwert die Spritzenvergabe im Gesamtkonzept erhält, welcher Kontakt zur Szene besteht, wie hoch- oder niedrigschwellig die Drogenarbeit von vornherein organisiert ist, wie die Versorgungslage mit sterilen Spritzen vor Ort eingeschätzt wird, welches fachliche oder emotionale Verhältnis der Mitarbeiter zum Versorgungsangebot besteht und wie die Spritzenabgabe der Drogen- oder AIDS-Beratung mit anderen gesellschaftlichen Instanzen wie Polizei oder Administration abgesprochen bzw. wie diese Arbeit von diesen unterstützt wird.

In manchen Drogenberatungsstellen werden sterile Spritzen samt Merktzettel schlicht ausgelegt (DROBS Tiergarten, Berlin) oder im Einzelfall vergeben (Release Stuttgart). Zum Teil werden die Spritzen von den Streetworkern ausgegeben (MUDRA, Nürnberg). Zunehmend geschieht dies auch mit der Vergabe gesundheitsfördernden Materials, wie z.B. das Hygiene-Set der MUDRA Nürnberg. Die Vergabe sterilen Spritzbestecks wird von den Drogenberatungsstellen und AIDS-Hilfen meist an eine Rückgabe des gebrauchten gekoppelt: je nachdem wie hoch die Gefährdungssituation eingeschätzt wird, von der Polizei auf eine gebrauchte Spritze hin durchsucht zu werden. Ist diese Wahrscheinlichkeit groß, wie etwa in Bayern (in Nürnberg z.B. gibt es von der Polizei keine Zusage, die Beschlagnahme gebrauchter Spritzen zu unterlassen), wird auf den 1:1-Umtausch verzichtet, und die Spritzen werden ohne Abgabe einer alten ausgegeben (vgl. MUDRA 1990, 51).<sup>4</sup>

Die MUDRA hat im Jahre 1990 über 40.000 Einwegspritzen an DrogenkonsumentInnen entweder durch Streetworker, MUDRA-Einrichtungen oder über den (in Bayern bisher einzigen) Automaten abgegeben. Im ersten Halbjahr 1991 wurden 18.500 Spritzen auf der Szene verteilt sowie 8.000 Spritzen und 4.000 Kanülen über die Automaten verkauft. Ein Automatenpäckchen enthält zwei

Einwegspritzen à 2 ml, drei Kanülen und ein MUDRA-Hygiene-Set (Aemmer, pers. Mitteilung).

Wie wichtig ein szenenaher Standort für ein Spritzenaustauschprogramm in einer Großstadt ist, haben Gros/Best (1990) aufgezeigt: Nach einer von den städtischen Behörden verfügten Standortverlegung des gut gelaufenen Austauschprogramms, das aus einem in der Nähe des Haupttreffpunkts der Drogenabhängigen am Hauptbahnhof abgestellten Wohnmobil heraus abgewickelt wurde, ging die Zahl der Drogenabhängigen, die von diesem Programm Gebrauch machten, signifikant zurück.

Präziser soll die Spritzenvergabe anhand der Praxis des Vereins Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit in Bremen dargestellt werden, einem Verein, der in mehreren Projekten niedrigschwellige Drogenarbeit mit aktuellen i.v. Drogengebranchern betreibt. Nachdem der öffentliche Spritzenumtausch noch 1986 von der Polizei begleitet worden war, die sterile Spritzen auch beschlagnahmte, entwickelte sich im folgenden Jahr ein sonntägliches Spritzenverteilen auf der Szene, um auf den Versorgungsengpaß an Wochenenden aufmerksam zu machen (Schuller/Stöver 1989). Der Spritzenumtausch wurde 1987 in einem neu eröffneten Kontaktladen in die anderen ambulanten Angebote (Krisenhilfe, Wundversorgung, Begleitung bei Arzt- und Krankenhausbesuchen, Sozialhilfe- und Rechtsberatung, Gefängnisgruppen etc.) eingebunden und intensiviert.

Nachdem das Angebot der kostenlosen Vergabe gut angenommen wurde, erfolgte 1988 eine Forcierung des Umtausches. Die Besucher erhalten heute kostenlos sowie sterile Spritzen, wie sie an gebrauchten abgeben. Wenn ein Drogenkonsument keine Spritze abgibt, werden entsprechend der Automatenpreis DM 0,50 oder DM 1,- für eine bzw. zwei Spritzen plus Kanüle verlangt. In Ausnahmefällen werden Spritzen auch ohne Tausch und ohne Bezahlung ausgegeben. Die Rücklaufquote beim Umtausch im Kontaktladen liegt über 95%. Die strikteren Regeln wirkten sich nicht negativ aus: Das Angebot wird heute mehr in Anspruch genommen als vor einem Jahr.

Ergänzt wird dieses Tauschangebot durch einen mobilen dezentralen Tausch, der am Wochenende in mehreren Stadtteilen erfolgt.

Die Besucher werden auch auf die Notwendigkeit einer verantwortungsvollen Entsorgung hingewiesen. Seit Sommer 1988 erhalten die Besucher sterile Spritzen nur noch im Tausch gegen gebrauchte. Monatlich werden ca. 10.000 Spritzen und ca. 20.000 Nadeln getauscht. Seit kurzem werden beim Tausch zusätzlich nach dem Vorbild der Nürnberger MUDRA „Hygiene-Sets“ abgegeben.

Weggeworfene Spritzen sind zentraler Gegenstand öffentlicher Diskussionen über die Spritzenvergabe: Aufgrund der Verfolgungssituation durch die Polizei (noch immer werden Spritzen beschlagnahmt, gebrauchte liefern der Polizei Anhaltspunkte für den Konsum illegaler Drogen) werfen viele Drogengebraucher die benutzten Spritzen fort, zum Teil ohne die Schutzkappe aufzustecken. Dies hat zu mehreren Nadelstichverletzungen bei Kindern und zu öffentlichem Protest geführt (Weser-Kurier, 11.4.91). In der Nähe des Drogenkaufortes gelegene Spielplätze, Parks und Hauseingänge sind offensichtlich besonders geeignet, um dort eine Injektion vorzunehmen. Hier bestehen für die Bevölkerung und vor allem für Kinder Infektionsrisiken (wobei HIV wahrscheinlich von geringerer Bedeutung ist als Hepatitis-B-Viren).

Sammelbehälter für gebrauchte Spritzen stehen an mehreren Orten in dem von Drogenhandel und -konsum am stärksten betroffenen Stadtteil. Flugblätter und Hinweise für Drogengebraucher machen auf den verantwortungsvollen Umgang mit gebrauchten Spritzen aufmerksam. Darüber hinaus sucht ein Sammeldienst „neuralgische“ Punkte nach herumliegenden Spritzen ab.

Anfällig bleibt die Spritzenvergabe für polizeiliche Intervention – eine Entwicklung, die in nahezu allen Großstädten seit kurzem verstärkt feststellbar ist: Observation der Automaten, Personenkontrolle, Durchsuchung in der Nähe des Kontaktladens, Beschlagnahmung gebrauchter Spritzen oder Nötigung zum Wegwerfen von Spritzen. Zu fragen ist, ob dies bereits Anzeichen einer Rollback-Politik sind, die die in Ansätzen erreichte Sensibilität gegenüber AIDS-präventiven Maßnahmen wieder zunichte macht.

Die AIDS-Hilfe Frankfurt führte ab März 1987 ein mobiles Spritzenaustauschprogramm am Frankfurter Hauptbahnhof durch. Mit diesem Angebot wurden primär zwei Ziele angestrebt:

- die Versorgung der i.v. Drogenkonsumenten mit sterilen Spritzbestecken und Kondomen sowie die Entsorgung gebrauchter Spritzen.
- größere Erreichbarkeit dieser Hauptbetroffenengruppe, um in der Umtauschsituation AIDS-präventive Ratschläge (Safer Sex/Safer Use) vermitteln zu können und um Kontakte zu solchen Abhängigen aufzubauen, die bisher nicht erreicht wurden.

Der Spritzenaustausch (1:1) findet nun im Kontaktladen Café Rudolph (in der Rudolphstr. 19) statt.

Der Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (VAE) in Frankfurt hat sein mobiles Austauschprogramm mit der Eröffnung des Kontaktladens Moselstraße 47 im Bahnhofsgebiet eingestellt. Zusätzlich zu Spritzen, Nadeln, Tupfern und Kondomen wird Gleitcreme und destilliertes Wasser (Selbstkostenpreis) angeboten. Pro Verteilungstermin werden im stark frequentierten Kontaktladen durchschnittlich 3.475 Spritzen im Tausch ausgegeben (vgl. VAE 1991).

Das DROB INN im Hamburger Stadtteil St. Georg in Hauptbahnhofsnahe ist eine niedrigschwellige suchtbegleitende Kontakt-, Aufenthalts- und Beratungsstelle, die neben vielen anderen Angeboten auch Spritzentausch anbietet. HIV/AIDS-Prävention ist ein wesentlicher Bestandteil der praktischen Überlebenshilfen.

#### 4.3 Spritzenautomaten

In der Bundesrepublik gibt es mittlerweile in ca. 35 Städten etwa 60 Spritzenautomaten als eine effektive und sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Spritzenumtauschangeboten. Begonnen hat man mit Spritzenautomaten in dem nördlichen Zwei-Städte-Bundesland Bremen. Der Verein

Kommunale Drogenpolitik/Verein für akzeptierende Drogenarbeit in Bremen hat im Juni 1987 einen Automaten mit Spritzen und Kanülen im Eingangsbereich des Kontaktladens befestigt (Stöver/Schuller 1991a, b). Dabei handelte es sich um einen gebrauchten, umgebauten Zigarettenautomaten mit einem Entsorgungsbehälter für gebrauchte Spritzen und Verpackungsmaterial. Die Schächte sind gefüllt mit Packungen, die entweder eine Spritze und drei

Kanülen oder zwei Spritzen und zwei Kanülen enthalten, wobei zwei verschiedene Kanülenstärken zur Verfügung stehen; eine Schachtel kostet DM 1,-. Der Automat wurde außerdem mit Informationen über Ansteckungsrisiken und Vorsichtsmaßnahmen sowie Adressen, Öffnungszeiten und Telefonnummern von mehreren Beratungsangeboten versehen.

Die Verpackungen trugen Aufkleber mit dem Hinweis, die gebrauchten Spritzen nicht achtlos fortzuwerfen, sondern in den dafür vorgesehenen Entsorgungsschacht zu geben. Wiederholt wurden Flugblätter unter Drogenabhängigen verteilt und Plakate im Steintorviertel geklebt mit der Aufforderung, zu verantwortungsvoller Entsorgung beizutragen und das Umtauschangebot in Anspruch zu nehmen.

Es zeigte sich, daß der Automat stark frequentiert wurde, besonders in den Abend- und Nachtstunden und an Wochenenden, einhergehend mit Lärmbelästigung für die unmittelbaren Anwohner. Daher wurde im August 1987 die WHO-Tagung „AIDS und Drogen“ in Bremen zum Anlaß genommen, ein zweites Gerät direkt am Haupttreffpunkt der Szene an der Kreuzung Sielwall/Ostertorsteinweg auf einem Stativ zu montieren. Zuvor war vergeblich versucht worden, Apotheken für die Übernahme eines solchen Versorgungsangebotes zu gewinnen.

Während die beiden ersten Spritzenautomaten ohne Genehmigung installiert wurden, beantragte man für zwei weitere eine Standortgenehmigung und Finanzierung aus öffentlichen Mitteln. Wie zu erwarten, beanspruchte dies sehr viel Zeit. Inzwischen gibt es jedoch einen dritten Automaten in Bahnhofsnähe, und der Standort für den vierten wurde vom Stadtteilbeirat genehmigt. Mit den Nachbarn wurden über die Probleme, die sich aus der Existenz der Automaten ergeben, Gespräche geführt. Geeignete Standortwahl und mehrere Angebotsorte haben sich als wichtige Maßnahmen erwiesen, um die Belastungen für die Anwohner in vertretbaren Grenzen zu halten.

Die Automaten werden nahezu jeden Tag aufgefüllt, ihre Funktionstüchtigkeit wird regelmäßig überprüft.<sup>6</sup> Aus ihnen werden monatlich ca. 13.000 Spritzen und ca. 26.000 Kanülen gezogen. Das eingenommene Geld dient vornehmlich zur Deckung der laufenden Kosten (Spritzenverpackungen, Honorare, Wartung und Reparatur). Manche Drogenabhängige fühlen sich diesem Angebot in gewisser Weise verpflichtet, was die Arbeit oftmals erleichtert. U.a. helfen Besucher beim Packen der Schachteln.

Man bemüht sich, den Umtausch gegenüber der Automatenvergabe zu verstärken, um dadurch dem Entsorgungsproblem wirkungsvoller begegnen zu können und den Drogenkonsumenten die Möglichkeit zu bieten, sich an die Mitarbeiter des Kontaktladens zu wenden.

In Berlin wurde mit Unterstützung des Gesundheitsstadtrates aus Schöneberg und mit Genehmigung der Berliner Verkehrsbetriebe von der Berliner AIDS-Hilfe im Mai 1988 ein Zigarettenautomat an einen Pfeiler der S-Bahn montiert. Der Automat wird mit Schachteln bestückt, die zwei 2-ml-Spritzen und zwei Kanülen (Stärke 18 und 20) enthalten und für DM 1,- gezogen werden können. Für die sachgerechte Entsorgung der alten Spritzen wurde ein separater Kasten angebracht. Dieser Schritt wurde als notwendig erachtet, da eine Befragung unter Apothekern und Drogenabhängigen ergeben hatte, daß es außerhalb der regulären Öffnungszeiten schwierig ist, sterile Spritzbestecke zu erhalten. Der Automat wird stark frequentiert.

Probleme bereitet die Observationstätigkeit der Polizei. Trotz Absprachen mit dem Senator für Inneres, der Polizeidirektion und dem Rauschgiftdezernat kommt es vor, daß der Standort gezielt von Beamten überwacht wird. Die Blockierung des Einwurfschlitzes führte wiederholte Male zu Ausfällen in der Versorgung.

Unter störungsfreien Bedingungen werden pro Woche 800 bis 900 Spritzen und Kanülen (400 - 450 Schachteln) gezogen. Dabei entfällt nahezu die Hälfte auf die Entnahme an Wochenenden – ein deutlicher Beleg dafür, daß mit diesem Angebot eine relevante Versorgungslücke geschlossen wird.

Inzwischen betreibt der Selbsthilfeverein „Fixpunkt – Verein für suchtbegleitende Hilfen“ sechs Automaten in Berlin, aus denen monatlich 10.000 – 12.000 Schachteln gezogen werden. Neben den Automaten oder in nahegelegenen Toiletten befinden sich Spezialentsorgungsbehälter für gebrauchte Spritzen. Seit Juni 1991 ist ein Präventionsmobil im Einsatz, das Spritzenumtausch und Aufbewahrungsmöglichkeit anbietet.

Im Herbst 1990 und 1991 wurden Befragungen unter den Nutzern der Spritzenautomaten durchgeführt, die zusammengefaßt folgende Hinweise auf die Bedürfnisse und den Informationsstand der Kunden ergaben:

- die Weitergabe der Information über die Standorte der beiden Automaten läuft über die Szene der Drogengebraucher,
- das Kundenspektrum zeichnet sich durch eine Vielfalt von Lebens- und Konsumstilen aus (vom Gelegenheitsgebraucher bis zum verelendeten Junkie),
- die Automaten dienen zu je einem Drittel der Notfall-, Gelegenheits- und Alltagsversorgung,
- zu zentral gelegenen Automaten kommen die Kunden aus allen Berliner Bezirken,
- die meisten Kunden sind sich der Entsorgungsproblematik bewußt. Z.T. bestehen Informationslücken bezüglich korrekter Entsorgung (Fixpunkt 1990, 37f).

„Fazit ist, daß Spritzenautomaten mit einem attraktiven und bedarfsgerechten Sortiment zur Prävention motivieren können. Außerdem können über Schachtelaufdrucke und Schaukästen an den Automaten Infos und Tips zu Safer Use und zu Hilfsangeboten an Leute weitergegeben werden, die von den Einrichtungen der Drogen- und AIDS-Hilfe derzeit nicht erreicht werden“ (Leicht 1991, 27).

Vom Verein Fixpunkt wird neben der notwendigen Tolerierung der AIDS-Präventionsarbeit durch die Polizei auch auf die Notwendigkeit der Vermittlung der Ziele HIV/AIDS-präventiver Arbeit in der „Normalbevölkerung“ hingewiesen, um hier Akzeptanz zu erreichen oder zu behalten. Dies wird um so dringender, weil mit den Spritzenautomaten das Drogenproblem sichtbar und begreifbar gemacht wird: „Weil die Automaten benutzt werden, beweisen sie, daß ‚hier und jetzt‘ im Kiez illegale Drogen gespritzt werden. An den Fixpunkt e.V. als Betreiber der Automaten wird Aufmerksamkeit und Aggression gerichtet, weil er sich als sichtbar zuständig für das Problem ‚AIDS und Drogen‘ zeigt.“

Spritzenautomaten können dem Ärger über schlechte Lebensbedingungen, Umweltprobleme und persönliche Krisen ein Ventil geben. ...Auf einen Spritzenautomaten, der als Symbol für angst- und abscheueinflößenden illegalen Drogenkonsum steht, konzentriert sich der Protest der Anwohner/Bevölkerung.



Die Bürger haben angesichts allgemeiner Hilflosigkeit das Gefühl, hier am ehesten noch Einfluß durch Protest ausüben zu können.“ (Fixpunkt Nov. 1991)

In Nordrhein-Westfalen wurde 1988 den AIDS- und Drogenhilfeeinrichtungen vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Unterstützung bei der Installation von Spritzenautomaten zugesagt (MAGS 1988). In den Automaten sollten wahlweise Kondome und Einwegspritzen für DM 1,- erhältlich sein. Die Placierung sei sorgfältig zu wählen, um Einspruch zu vermeiden. In Großstädten mit größeren Drogenszenen werde die Installation von mehreren Automaten für erforderlich gehalten. Die zuständigen Gesundheitsämter seien in die Bemühungen einzubeziehen.

Die Initiative des MAGS stützte sich auf den Zwischenbericht der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ sowie auf eine Aufforderung der Apothekerkammern von NRW, in dieser Weise tätig zu werden.<sup>7</sup>

Eine zügige Realisierung dieser Maßnahme scheiterte indessen zunächst an Vorbehalten verschiedener involvierter Instanzen, nicht zuletzt an Widerständen von Oberkreis- und Oberstadtdirektionen, denen eine große regionale Handlungskompetenz zukommt. Anfang 1989 sah sich das Innenministerium veranlaßt, in einem Schreiben an die Polizeibehörden von NRW die Bedeutung dieses Versorgungsangebotes zu erläutern und Zurückhaltung gegenüber den Benutzern zu empfehlen. Zwar könne kein genereller Verzicht auf die Beschlagnahme von Spritzen aus gesprochen werden, da diese u.U. als Beweismittel dienen; da es der Polizei jedoch in erster Linie darum gehe, Händlerringe unschädlich zu machen, habe die Sicherstellung von Spritzenbestecken nur geringe Bedeutung.

Im März wandte sich der Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit persönlich in einem Schreiben an die Oberkreis- und Oberstadtdirektoren, um Einwänden zu begegnen und Zustimmung für die Durchführung des Projekts zu erhalten. Betont wird die Notwendigkeit, die Versorgung mit sterilen Spritzen auch zu Nachtzeiten sowie an Sonn- und Feiertagen zu gewährleisten.

„Diese Automaten sind nach den in Bremen und Gießen gewonnenen Erkenntnissen für eine glaubwürdige und konsequente AIDS-Prophylaxe für die Gruppe der Drogenabhängigen unverzichtbar. Deshalb und auch wegen der sich mehr und mehr durchsetzenden Überzeugung, daß Drogenhilfe über die eigentliche Suchttherapie hinaus praktische Gesundheits- und Lebenshilfe einschließen muß, habe ich mich zu dem Projekt entschlossen. Es ist mit dem Justizminister und dem Innenminister abgestimmt.“ (MAGS 1988)

Ursprünglich war vorgesehen, 25 Automaten für zwölf Städte anzuschaffen. Da jedoch auch Gesundheitsämter und AIDS-Hilfen neben den Drogenberatungsstellen bereit waren, ein solches Versorgungsangebot mitzutragen, wurde die Anzahl verdoppelt. Die AIDS-Hilfe Nordrhein-Westfalen erhielt aus Haushaltsmitteln DM 120.000,-, um als zentrale Instanz die Lieferung und sachgerechte Installation der 50 Automaten zu organisieren. Die Vielzahl der zu berücksichtigenden Stellen verzögert allerdings die Durchführung des Vorhabens. So sind Gesundheitsbehörden, Polizeidienststellen, Ordnungsämter und ggf. das Liegenschaftsamt, der Gebäudeeigentümer und das Straßenbauamt an einer Entscheidung auf regionaler Ebene zu beteiligen. Erschwerend kommt hinzu, daß die Bundesarbeitsgemeinschaft Deutscher Kommunalversicherer und der Kommu-

nale Schadensausgleich westdeutscher Städte Anfragen nach Übernahme des Haftungsrisikos bezüglich der Automaten negativ beschieden haben.

Die Automaten sowie die dazugehörigen Entsorgungsbehälter werden durch einen Automatenaufsteller im Auftrag der AIDS-Hilfe Nordrhein-Westfalen angebracht. Sie bleiben Eigentum des Landesverbandes der AIDS-Hilfe, der die Verantwortung für erforderliche Reparaturen und die Lieferung der benötigten Spritzen und Kondome übernimmt. Die Betreiber vor Ort sind verantwortlich für die Bestückung und Entsorgung der Geräte sowie eine ordnungsgemäße Abrechnung. Gegenwärtig sind etwa 40 Automaten in nordrhein-westfälischen Städten installiert; weitere zehn Automaten sind geplant. Monatlich werden ca. 3500 Einheiten Einwegspritzen und ca. 1350 Einheiten Kondome aus den Automaten gezogen (Michels 1991, 149).

Die Verantwortlichen für das nordrhein-westfälische Spritzenautomaten-Projekt haben folgende Erfahrungen gemacht:

- Je näher ein Automat am Treffpunkt der Drogenszene installiert ist, desto mehr wird er frequentiert.
- Je leichter ein Automat in der Öffentlichkeit zugänglich ist, desto eher wird er benutzt.
- Aufgrund von Erfahrungen mit Vandalismus (Brandlegung, Ausspritzen mit Bauschaum oder Sekundenkleber) sind im Außenbereich einfache (z.B. ohne Stromversorgung) und robuste Automaten einzusetzen.
- Spritzenentsorgungsschächte an Automaten oder in unmittelbarer Nähe von Automaten werden wenig benutzt. Als Ergänzung empfiehlt sich also – falls noch nicht vorhanden Spritzenaustauschprogramme zu organisieren.
- Das Betreiben und Bestücken der Automaten kann mit Hilfe der Betroffenen geschehen.
- Die Installation der Spritzenautomaten sollte mit den Anwohnern abgesprochen werden.

#### 4.4 Spritzenaustauschautomaten

Bislang liegen erst wenig Erfahrungen mit Spritzenaustauschautomaten in Deutschland vor. In Frankfurt wurden 1990 drei Austauschautomaten eines zwischenzeitlich in Konkurs gegangenen Herstellers an drei verschiedenen Stellen aufgestellt. Hier haben sich dauernde Funktionsstörungen ergeben, so daß der Vorteil einer angemessenen Entsorgung und Neuausgabe nicht zum Tragen gekommen ist. Über ähnliche Erfahrungen wird in Hannover berichtet. Mittlerweile plädieren Fachleute für die Abschaffung dieses Typs und für die Anschaffung robuster mechanischer Geräte auf Zigarettenautomatenbasis mit Entsorgungsbehältern (Weimer 1991).

#### 4.5 Desinfektionsmittel

Die Verwendung von Desinfektionsmittel (Chlorbleiche bzw. „bleach“) zur Reinigung gebrauchter Spritzen spielt in der allgemeinen AIDS-Bekämpfungsstrategie Deutschlands kaum eine Rolle. Wohl wird der Einsatz für den Strafvollzug empfohlen, jedoch werden auch hier Desinfektionsmittel als die schlechtere Lösung betrachtet.

In einzelnen HIV-Präventionsprogrammen wird die Botschaft „Safer Use“ anhand der Verwendung von bleach demonstriert. Törne/Bowman/Fahrner (1990) klären über Desinfektionstechniken (mit „Klorix“, einer chlorierten Haushaltsbleiche mit 15%igem Chloranteil, die in jeder Drogerie erhältlich ist, s.u.) in stationären Therapien auf, weil hier ein Großteil der Klienten rückfällig wird. In dieser Situation fehlt oftmals steriles Spritzbesteck, weshalb Rückfälle sehr risikoreich sind. Dasselbe gilt für den Drogenentzug – hier hat „Cleanok“ konkrete Trainingsprogramme für die erneute Aufnahme des (intravenösen) Drogengebrauchs nach dem Entzug entwickelt (Heudtlass 1991).

## 5. Vergabe von Spritzen bzw. Desinfektionsmitteln im Strafvollzug

Wieviele HIV-infizierte Drogenabhängige tatsächlich in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands einsitzen, läßt sich nur schwer bestimmen. Dort wo eine Zwangstestung von „Risikogruppen“ besteht (etwa in Bayern), wurden bis 1.789 555 HIV-Ak-positive Insassen ermittelt, (das entspricht ca. 1% aller Untersuchten), wovon 68,6% Drogenabhängige waren.<sup>8</sup>

Die Prävalenzraten sind sicherlich sehr unterschiedlich, je nach dem, ob es sich um Großstadtgefängnisse oder um kleinere Justizvollzugsanstalten auf dem Lande handelt. Für Berlin beispielsweise werden von der Berliner AIDS-Hilfe 300 HIV-infizierte Drogenabhängige bei etwa 3000 – 3500 Gefangenen geschätzt.

Angesichts der HIV-Transmissionsrisiken für i.v. Drogengebraucher im Strafvollzug hat die AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages (1990) empfohlen, den Gefangenen die Möglichkeit zu eröffnen, sich sterile Einmalspritzen zu beschaffen und Natriumhypochlorid als Desinfektionsmittel frei zugänglich zu machen (S. 12). Diese Empfehlung reflektiert die Bedingungen des Strafvollzuges, unter denen intravenöser Drogenkonsum stattfindet. Sie reflektiert auch die Forderung vieler Vollzugspraktiker, intravenös drogenkonsumierenden Gefangenen die Möglichkeit zu eröffnen, sich sterile Spritzen zu beschaffen (S. 146).

Weder die Empfehlung, Spritzen zugänglich zu machen, noch die, Desinfektionsmittel zu vergeben, ist in irgendeiner Strafanstalt Deutschlands in die Praxis umgesetzt worden.

## 6. Schlußbemerkung

Insgesamt kann gesagt werden, daß sich immer mehr Drogenberatungsstellen mit Spritzenabgabe/umtausch beschäftigen – fachliche und ethische Bedenken spielen in der Diskussion kaum noch eine Rolle. Die Tendenz geht weg von der bloßen Spritzenabgabe und hin zu einem 1:1-Umtausch – häufig ergänzt durch Hygienesets zum hygienischen Drogengebrauch -, um die Entsorgungsprobleme gebrauchter Spritzen zu lösen. Die Abgabe findet oft in einem Rahmen statt, der weitere gesundheitliche und soziale Hilfen anbietet.

Trotz allem gibt es nach wie vor ein Nord-Süd-Gefälle, trotz allem ist die Versorgung mit Spritzen nicht flächendeckend: Spezifische Umtauschstellen haben oft nur wenige Stunden geöffnet, Apotheken – dezentrale Versorgungseinrich-

tungen – werden oft nicht offensiv in die Abgabe/den Umtausch einbezogen. Automaten stellen nach wie vor eine notwendige Ergänzung zum Spritzenumtausch in den Nachtzeiten und an Wochenenden dar. Dabei scheinen robuste, szenenah aufgestellte Automaten sinnvoll zu sein.

Insgesamt scheint ein differenziertes Modell (Apotheken, Spritzenumtauschstellen, Automaten) auf kommunaler Basis eine effektive (d.h. jederzeitige, kostengünstige, anonyme) Versorgung mit sterilen Spritzen und Kanülen zu gewährleisten.

HIV/AIDS-Prävention im Strafvollzug ist ein Thema, das stark an der Ernsthaftigkeit und Glaubwürdigkeit von Politikerappellen zur AIDS-Vorbeugung zweifeln läßt. Hier müßte endlich ein Einstieg in die Akzeptanz des (i.v.) Drogenkonsums zumindest über eine gut entwickelte Desinfektionsmittelabgabe geschaffen werden. Freie Träger in der AIDS-Hilfe sind gefordert, konkret umsetzbare Konzepte zu erarbeiten und den politisch-administrativ Verantwortlichen eine Ablehnung möglichst unmöglich zu machen.

1 Auch der Vorstand der Landesärztekammer Baden-Württemberg schlägt in einem Brief an das Justizministerium einen niedrigschwelligen Zugang zu sterilen Injektionsbestecken in den Vollzugsanstalten vor (Ärzte-Zeitung v. 19/20.7.91).

2 Die bayerische „Interministerielle Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs“ ist der Auffassung, „daß Einwegspritzen nicht – vor allem nicht durch staatliche Stellen – an Drogenabhängige abgegeben werden sollten. Die Arbeitsgruppe hält es unbeschadet der Rechtslage gesundheitspolitisch nicht für vertretbar, wenn durch die Verteilung von Einwegspritzen dem Drogenmißbrauch Vorschub geleistet wird... Es scheint im übrigen gesichert, daß auch die ausreichende Verfügbarkeit steriler Spritzen Drogenabhängige nicht daran hindert, Spritzen – offenbar ritualbedingt – gemeinsam zu benutzen.“ (Staatssekretärsausschuß 1989, 36).

3 Die Notwendigkeit der Förderung eines besseren Zugangs zu sterilen Spritzen wird auch von Kleiber (1988, S. 321f) betont. Frietsch/Arnold führen weiter aus: „Zentral ist in diesem Zusammenhang, damit der prophylaktische Ansatz zur Vermeidung von Needle Sharing wirksam werden kann, bei Besitz von Spritzbesteck ein Beweisverwertungsverbot durch die Vertreter der formellen Sanktionsinstanzen verbindlich festzuschreiben. Dies vor allem im Rahmen einer generellen Strategie der Entkriminalisierung des Drogenkonsumverhaltens.“ (S. 313)

4 Auch in München wird eine Spritzenabgabe durchgeführt: sowohl von der Münchner AIDS-Hilfe als auch von der Selbsthilfe „AIDS & Drogen“ in ihrem Kontaktladen „Off“. Die Selbsthilfegruppe JES bemüht sich immer noch, in München einen Spritzenautomaten aufhängen zu können.

5 Als vorteilhaft hat sich der gute Kontakt zu einem Automatenbetreiber erwiesen. Kommt es zu technischen Defekten, werden diese schnell behoben.

6 Das unterschiedliche Angebot begründet sich auf Erfahrungen, die beim Umtausch gemacht wurden. Viele ältere Drogenabhängige haben schlechte Venen und benötigen mehrere Kanülen, um eine Injektion durchführen zu können. Um schmerzhaftere Injektionsverletzungen zu vermeiden, verlangen sie mehrere dünne (20er) Kanülen; es sei denn, sie spritzen intramuskulär, da sie keine intakten Venen mehr finden.

7 Die Apothekerkammern des Landes haben auf der Herbstsitzung 1987 des Landesfachbeirates „Sucht und Drogen“ den Wunsch an mich herangetragen, durch das Aufstellen von Automaten für Einwegspritzen in Schwerpunktgebieten eine kontinuierliche Versorgung der Fixer zu ermöglichen.“ (Der Apotheker, 1987, S. 1).

8 Am Stichtag 1.7.89 befanden sich 88 Infizierte (d.h. 1% der einsitzenden untersuchten Gefangenen Bayerns) in den Strafanstalten, davon waren 27 Gefangene im Stadium LAS (Lymphadenopathie-Syndrom) und zwei im Stadium Vollbild AIDS (Staatssekretärsausschuß 1989, 53).

## LITERATUR

- AIDS-Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages (1988):** Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung. AIDS: Fakten und Konsequenzen. (Hrsg.) Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn
- AIDS-Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages (1990):** Endbericht „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“. AIDS: Fakten und Konsequenzen. (Hrsg.) Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn
- Arnold, T.; Frietsch, R. (1988):** AIDS-Problematik und Drogengebrauch. Zur Sichtweise der betroffenen Drogenkonsumenten. In: Suchtgefahren 34, S. 303-315
- Böllinger, L.; Stöver, H. (1992):** Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Ein Leitfaden für Drogenberater, Drogenbenutzer, Ärzte und Juristen; 3. Aufl. Frankfurt/M., Fachhochschulverlag
- Bottke, W. (1988):** Strafrechtliche Probleme von AIDS und der AIDS-Bekämpfung. In: Schöneemann, B.; Pfeiffer (Hrsg.) a.a.O., S. 216-222
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Pressedienst (1987):** Rezeptfreie Abgabe von Einmalspritzen an Drogenabhängige zur Eindämmung einer AIDS-Infektion. Bonn 13.4.87
- Conrad, M. (1990):** Entscheidung zu Spritzen-Automaten: Juristisch problematisch, gesundheitspolitisch verantwortungslos. Pressemitteilung. Bonn (Manuskript)
- DROB INN (1991):** Kurzdarstellung. Hamburg (Selbstverlag)
- Fixpunkt (1990):** AIDS-Prävention für SpritzdrogengebraucherInnen: Spritzenautomaten/Entsorgung. Befragung vor Ort von Spritzautomaten-KundInnen. Berlin (Selbstdruck)
- Forster, H. (o.J.):** Das Basler Fixerstübli. Projektbeschreibung: Die ersten 20 Monate. Basel (Selbstverlag)
- Gros, H.; Best, E. (1990):** HIV-Prävention in der Praxis: Spritzenaustauschprogramm für i.v. Drogenabhängige. In: Suchtgefahren 36, 19-25
- Heudtlass, J.-H. (1991):** Binnendifferenzierte Ansätze zum Drogenentzug und zur Drogenabstinenz im Drogenhilfesystem. In: akzept e.V. (Hrsg.): Leben mit Drogen. Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik. Berlin 1991
- Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (1991):** Projektgruppe Rauschmittelfragen. Forschungsprojekt „AMSEL“, Abschlußbericht Band 1 u. 2. Frankfurt, (Selbstverlag)
- Kleiber, D. (1990):** HIV-positiv und drogenabhängig. In: Sozialmagazin H. 1/90, S. 41ff
- Kleiber, D.; Pant, A. (1991a):** Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenkonsumenten. In: AIDS-Nachrichten 1/91, S. 7ff
- Kleiber, D.; Pant, A. (1991b):** HIV-Prävalenz, Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenkonsumenten. Ergebnisse einer sozialespidemiologischen Studie. SPI, Berlin
- Kreuzer, A. (1987):** Strafrecht als Hindernis sinnvoller AIDS-Prophylaxe? Verunsicherung bei Apothekern wegen der Abgabe von Injektionsgerät an Drogenabhängige. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht 7, S. 268-270
- Kreuzer, A. (1987):** Vorsorge behindert. In: Die Zeit v. 16.1.87
- Kreuzer, A. (1990):** Aidsprophylaxe, Spritzenautomaten und die Strafjustiz. Besprechung des Beschlusses des Landgerichts Dortmund vom 29. Januar 1990 und Erwiderung auf die Anmerkung von K. R. Winkler. In: Suchtgefahren 36, S. 214-222
- Lesting, W. (1990):** Die Abgabe von Einwegspritzen im Strafvollzug zur AIDS-Prävention strafbar oder notwendig? In: Strafverteidiger 5/1990, S. 225ff
- Michels, I. I. (1991):** Aids & Drogen. Gedanken zu einer Phänomenologie des doppelten Unglücks. In: Ludwig, R.; Neumeyer, J. (Hrsg.): Die narkotisierte Gesellschaft? Marburg: Schüren, S. 127ff
- Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1988):** Rundbrief an Drogenberatungseinrichtungen vom 21.8.1988. Betr. Landesprogramm zur Bekämpfung der AIDS-Epidemie; Drogen und AIDS – Abgabe von Einmalspritzen.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg (1989):** Stellungnahme. Landtag von Baden-Württemberg, 10. Wahlperiode, Drucksache 10/2139 v. 13.9.89
- MUDRA (1990):** Jahresbericht 1990. Nürnberg (Selbstverlag)

Nationaler AIDS-Beirat (1987): Votum 12: AIDS und Drogen v. 16.12.1987

Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan (1990). BMJFFG und BMI (Hrsg.) v. 13.6.1990

Püschel, K. et al. (1990): HIV-1-Prävalenz bei Drogentoten in verschiedenen Großstädten der BRD und in West-Berlin zwischen 1985 und 1988. In: Zeitschrift für Rechtsmedizin 103, S. 407-414

Schaich-Walch, G. (1991): Beschluß der AG-Drogenpolitik der SPD-Bundestagsfraktion v. 6.9.91 zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes.

Schuller, K.; Stöver, H. (1989): Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck. Modelle der HIV-Prävention bei i.v. Drogengebrauch im internationalen Vergleich. DAH-Forum Bd. III, Berlin (Selbstverlag)

Schünemann, B. (1988): Die Rechtsprobleme der AIDS-Eindämmung. In: Schünemann, B.; Pfeiffer, G. (Hrsg.) a.a.O., S. 404-406

Schünemann, B.; Pfeiffer, G. (Hrsg.): Die Rechtsprobleme von AIDS. Baden-Baden: Nomos 1988

Staatssekretärsausschuß „AIDS“ der Bayerischen Staatsregierung, (Hrsg.): AIDS. Bericht des Staatssekretärsausschusses „AIDS“ der Bayerischen Staatsregierung. München (Selbstverlag) 1989

Stark, K.; Kleiber, D. (1991): AIDS und HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 116, S. 863-869

Stöver, H.; Schuller, K. (1991a): AIDS prevention with injecting drug users in West Germany. A user-friendly approach on a municipal level. In: O'Hare, P. et al. (ed.): The Reduction of Drug-Related Harm. (im Druck, Nov. 91), S. 186ff

Stöver, H.; Schuller, K. (1991b): Vergabe von sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige. WHO Kopenhagen, Oktober 1991

Törne V. I.; Bowman, I.; Fahrner, E.-M. (1990): Programm zur HIV-Prävention für die ambulante und stationäre Behandlung von Drogenabhängigen. Institut für Therapieforchung München (Manuskript)

VAE (1991): Jahresbericht 1990. Frankfurt/M. (Selbstverlag)

Weimer, J. (1991): Zur Situation. (Ms. des Drogenreferats der Stadt Frankfurt)

Wille R. (1987): AIDS und Drogenabhängigkeit. In: Jäger, H. (Hrsg.): AIDS. Psychosoziale Betreuung von AIDS und AIDS-Vorfeldpatienten, Stuttgart: Thieme, S. 81-110

## NIEDERSCHWELIGE ANGEBOTE IN DER DROGENHILFE. EIN BEITRAG ZUR PRÄVENTION VON DROGENNOTFÄLLEN

Norbert Konegen  
Jan-Hendrik Heudtlass  
Werner Spikofski

### Zusammenfassung

Nach einem Rückgang der Drogentodesfälle Mitte der achtziger Jahre stieg die Zahl der Menschen, die an einer Rauschgiftintoxikation starben, sprunghaft an. Die jährlichen Steigerungsraten haben in der Bundesrepublik seit 1988 ein konstantes Niveau von ca. 50% erreicht. Vorläufiger Höhepunkt ist das Jahr 1990, in dem mindestens 1.491 Menschen an einer Rauschgiftintoxikation gestorben sind. Im ersten Halbjahr 1991 sind bereits 889 Rauschgifttote registriert worden. Dies bedeutet gegenüber dem ersten Halbjahr 1990 eine erneute Steigerungsrate von 56%. Hält dieser Trend weiter an, werden bis zum Jahresende 1991 erstmalig mehr als 2000 Drogentote in der Bundesrepublik zu verzeichnen sein. Parallel zu den Steigerungsraten bei den Drogentoten ist ebenfalls ein steiler Anstieg von Drogennotfällen zu verzeichnen. Die Dunkelziffer dürfte hier noch um ein Vielfaches über den statistisch nicht erfaßten Todesfällen liegen, da Angaben und Dokumentationen zur Prävalenz von Drogennotfällen im Vergleich zu den Studien über den Drogentod noch spärlicher ausfallen.

Das Landesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen hat daher Ende 1990 eine Untersuchung in Auftrag gegeben, deren Zielsetzungen in der Klärung der situativen Umstände und sozialen Auslöser des Drogennotfalls sowie in der Prüfung risikomindernder und therapeutischer Maßnahmen lagen. Mangels ausreichender Dokumentation des Notfallgeschehens wurden in drei Großstädten der Bundesrepublik, die überdurchschnittlich viele Drogenopfer verzeichnen, Experteninterviews durchgeführt, die vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Forschungsergebnisse ausgewertet wurden. Die Ergebnisse zeigen, daß eine wirksame Notfallprophylaxe noch am ehesten von szenennahen, niederschweligen Hilfsangeboten erwartet werden kann. Darüber hinaus können Methadon-gestützte Substitutionsbehandlungen entscheidende Beiträge zur Herstellung von therapeutischen Beziehungen und zum Einstieg in die personelle Kommunikation mit den Drogenkonsumenten leisten, die den akuten Notfall überlebt haben.

## Summary

After a decline in numbers of deaths due to drug abuse in the mid-eighties the number of people who died of intoxication caused by drugs rised rapidly. The annual rates of increase have reached a constant level of approx. 50% in the Federal Republic of Germany since 1988. The year 1990, in which as many as 1.491 people died of intoxication caused by drugs, represents a temporary peak. In the first six months of the year 1991 already 889 casualties of drug abuse have been registered. This means, compared with the first six months of 1990, once more a rate of increase by 56%.

Parallel to the rates of increase concerning the casualties of drug abuse there is also a steep rise in emergencies regarding drug addicts. The estimated number of undetected cases of emergencies involving drug addicts is probably many times over the number of deaths not recorded in statistics. That can be put down to the fact that statements and documentations concerning the prevalence of emergencies concerning drug addicts compared with the surveys on deaths caused by drug abuse still turn out to be more scant.

In the end of 1990 the Ministry of the Land North Rhine-Westphalia in charge of employment, social and health matters has therefore ordered a survey with the aim of a clarification of the situation and the social causes of the emergency involving drug addicts and an examination of therapeutic and risk-reducing measures. For lack of a sufficient documentation of the emergency cases, interviews with experts were carried out in three cities of the Federal Republic, showing an above-average number of casualties due to drug abuse. These interviews were evaluated against the background of scientific results of research. The results show that an effective emergency prophylaxis can be expected all the more from assistance orientated towards the scene and not making many demands on the drug addicts. Furthermore, substitution treatments based on methadon can make a decisive contribution to the establishment of therapeutic relations and contribute to a lead-in to the personal communication with drug addicts who have survived the acute emergency.

Keywords: drug dependence; emergency; mortality; polydrug use; substitution treatment;

## Einleitung

Der Konsum illegaler Drogen hat 1990 in der Bundesrepublik mindestens 1.491 Menschen das Leben gekostet. Die jährlichen Steigerungsraten haben in der Bundesrepublik seit 1988 ein konstantes Niveau von ca. 50% erreicht. Da in den neuen Bundesländern noch keine Rauschgifttote gerichtsmedizinisch erfaßt wurden, spiegelt dieser Trend zunächst nur die Problemlagen der alten Bundesrepublik wider. Bereits im ersten Halbjahr 1991 sind 889 Rauschgifttote registriert worden. Dies bedeutet gegenüber den Vergleichszahlen aus dem Jahr 1990 eine erneute Steigerungsrate von 56%. Bis zum Jahresende 91 ist damit zu rechnen, daß die Zahl der Drogentoten in den alten Bundesländern der BRD erstmalig auf über 2000 anwächst.

In der Bundesrepublik sind regionale Studien über den Drogentod selten und aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsdesigns und Dokumentationspraktiken für interregionale Vergleiche wenig geeignet. Die auf Schätzungen basierende Mortalität Drogenabhängiger wird in der Bundesrepublik um das 10- bis 30fache über der Sterblichkeit entsprechender Altersgruppen beziffert (Bschor u. Wessel 1983a; Oehmichen u. Staak 1988). Nur wenige Erhebungen haben den Versuch unternommen, epidemiologische Charakteristika des Drogentodes und bestimmte soziographische Merkmale der Szenenentwicklung zu bestimmen (Püschel u.a. 1990; Penkert u. Sonnewald 1987).

Parallel zu den Steigerungsraten bei den Drogentoten ist ebenfalls ein steiler Anstieg von Drogennotfällen zu verzeichnen. Die Dunkelziffer dürfte bei den Drogennotfällen noch um ein Vielfaches über den statistisch nicht erfaßten Todesfällen liegen, da Angaben und Dokumentationen zur Prävalenz von Drogennotfällen im Vergleich zu den Studien über den Drogentod noch spärlicher ausfallen. Die bei der Polizei und den Rettungsdiensten zur Verfügung stehenden Quellen zum Drogennotfall werden in der Regel nicht systematisch ausgewertet.

Für die Planung von Interventionsstrategien ist allerdings die Kenntnis über die situativen Umstände des Drogentodes und insbesondere über das unmittelbare Notfallgeschehen sowie der Rahmenbedingungen, die zum Notfall führen, eine wesentliche Voraussetzung. Hierauf basierend lassen sich Maßnahmen zum Aufbau und zur gezielten Verbesserung problemorientierter Hilffsysteme ableiten.

Ende 1990 ist in dem vom Landesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NW in Auftrag gegebene Untersuchungsvorhaben „Drogenabhängige in der medizinischen Notfallversorgung“ der Versuch unternommen worden, Ursachen und soziale Auslöser des Drogennotfalls zu bestimmen und Interventionsmöglichkeiten zu prüfen.

## Zielsetzungen und Methoden

Bei der Thematisierung der Drogennotfallsituation handelt es sich im folgenden um akute Notfälle infolge beabsichtigter und unbeabsichtigter Überdosierungen durch illegale Drogen, insbesondere durch Heroin. Unberücksichtigt bleiben Notfälle infolge Krankheit durch den Drogenkonsum (HIV-Infektionen, Hepatitis, Herzmuskelentzündungen etc.) und Suizidversuche mit anderen Mitteln.

Weil in der Problematik der Drogennotfallsituation verschiedene Institutionen und Fachdisziplinen involviert sind, wurde das Verfahren qualitativer Interviews gewählt. Dieser Ansatz ermöglicht, das praktische Erfahrungswissen und die z.T. langjährigen Beobachtungen von Medizinern, Juristen, Kriminalbeamten, Sozialarbeitern u.a., die mit Notfällen von Drogenabhängigen in beruflichen Situationen konfrontiert sind, über ein detailliertes Fragekonzept zu strukturieren und auszuwerten. Begleitet wurden die Experteninterviews von umfangreichen Literaturstudien. Der Problembereich der Notfallbehandlung Drogenabhängiger ist in der Literatur in seiner gesamten Breite jedoch nicht in der notwendigen Präzisierung dokumentiert. Gleichwohl konnten Ergebnisse verschiedenster drogenbezogener Studien, die Teilbereiche der Notfallproblematik direkt oder indirekt berührten, für die Überprüfung der diskutierten Probleme und Interventionen nutzbar gemacht werden.

Die Expertenbefragungen wurden in Dortmund und in den Referenzstädten Köln und Hamburg durchgeführt. Kriterien für die Auswahl der Untersuchungsregionen waren eine überdurchschnittlich entwickelte Drogenszene und eine hohe Mortalitätsrate bei Drogenkonsumenten. In Köln und Hamburg wurden Mitarbeiter von insgesamt acht Institutionen und Behörden befragt. In Dortmund wurde ein Workshop unter Mitwirkung aller direkt und indirekt am Notfallprozeß beteiligten Akteure durchgeführt. Zusätzlich beteiligt waren Experten aus anderen Regionen (z.B. Gesundheitsamt Amsterdam), deren Kenntnisse für die Zielsetzung des Projektes von Bedeutung waren.

Zielsetzungen des Projektes waren u.a.:

- Analyse der situativen Umstände des Drogennotfalls,
- Klärung sozialer Auslöser,
- Prüfung von Maßnahmen zur Notfallprophylaxe und Prävention,
- Prüfung und Ausarbeitung von Möglichkeiten, therapeutische Interventionen in diesen Notfallsituationen zu gewährleisten.

#### Epidemiologische Aspekte

Die Anzahl der durch den Konsum illegaler Drogen gestorbenen Personen gilt als ein bedeutender Indikator zur Beurteilung der Virulenz des Drogenproblems. Mangels ausreichender Dokumentationen zur Prävalenz des Drogennotfalls wurde dem Projekt die Prämisse zugrunde gelegt, daß der Drogentod der fatalste Ausdruck des vorgelagerten Notfallgeschehens ist. Unter dieser Voraussetzung können die Ursachen der drogenbedingten Notfälle als nahezu identisch mit den Ursachen des Drogentods bewertet werden.

Obwohl der Begriff Überdosierung relativ und von den individuellen Toleranzen und Dispositionen der Konsumenten abhängig ist, existiert zunächst ein vom Alter und der körperlichen Konstitution der Konsumenten unabhängiges konstantes Mortalitäts- und Notfallrisiko durch extreme Schwankungen in der Stoffqualität, deren Reinheitsgehalt zwischen 7 und – im eher seltenen Extremfall – 100% liegen kann (Püschel u.a. 1990; Penkert u. Sonnwald 1987). Verstärkt wird das Risiko, eine akzidentelle Intoxikation zu erleiden, durch Fehleinschätzungen der eigenen aktuellen Opiattoleranz, insbesondere nach Zeiten einer (relativen) Abstinenz.

Die zeitweilig in der Öffentlichkeit weit verbreitete These, daß die gehäuften Drogentodes- und Drogennotfälle vornehmlich auf die infolge der langjährigen Drogenkarriere schlechte körperliche Konstitution der sog. Altfixer zurückzuführen ist, wurde von den meisten Interviewpartnern allerdings nicht geteilt. Nahezu übereinstimmend wiesen sie darauf hin, daß die Häufung des Drogentodes alle Altersgruppen betrifft und die körperliche Verfassung eines Teils relativ junger Drogenabhängiger ausgesprochen schlecht ist. Die „Altfixer“-These hält auch einer kritischen Überprüfung des Datenmaterials des Bundeskriminalamtes nicht stand. Zwar stieg das Durchschnittsalter der Drogentoten im Zeitraum von 1982 – 1990 in der Bundesrepublik von 26 auf 28 Jahre an. Nach der Auswertung der Statistiken des BKA und LKA NRW betreffen die dramatischen Zuwachsraten jedoch unter Berücksichtigung einiger jährlicher Schwankungen nahezu alle Altersgruppen. Differenziert man die Statistiken nach regionalen

Gesichtspunkten weiter aus, dann werden sogar überproportionale Zuwächse in den unteren Altersgruppen sichtbar. In Hamburg überstieg bereits 1989 der Anteil der „Neueinsteiger“ an den Drogentoten mit 45% den Anteil der Altfixer (28%) (Lange 1990).

Basierend auf ihrem Erfahrungshorizont und Arbeitszusammenhang machten demgegenüber nahezu alle Gesprächspartner bestimmte Merkmale der Szenenveränderungen für die gegenwärtige Entwicklung verantwortlich. Die Häufung des Drogentodes und der Notfallsituation wurde neben dem oben erwähnten schwankenden Reinheitsgehalt zurückgeführt auf die hohe Neueinsteigerquote von relativ unerfahrenen jungen Drogenkonsumenten, für die der Umstieg auf intravenöse Applikationsformen ein überproportionales Risiko darstellt. Dieser Befund ist um so beunruhigender, als die Zahl der polizeilich registrierten Neueinsteiger überproportional zugenommen hat. 1989 waren allein in Hamburg über 1.000 neue Konsumenten erfaßt (Reuband 1989). Die reale Zahl der Neueinsteiger dürfte allerdings bei weitem größer sein.

Außerdem ist die gestiegene, nahezu alle Altersgruppen betreffende Morbidität und körperliche Auszehrung der Konsumenten zu einem ständigen Risikofaktor geworden. Der gegenüber der Vergangenheit deutlich schlechtere gesundheitliche Zustand der Drogenkonsumenten betrifft zunächst den Aspekt der HIV-Infektionen. Obgleich Schätzungen der HIV-Prävalenzraten in der Bundesrepublik erheblich schwanken, kann gegenwärtig davon ausgegangen werden, daß etwa jeder fünfte Drogenabhängige HIV-infiziert ist (Kleiber 1990). Der verschlechterte gesundheitliche Allgemeinzustand der Drogenkonsumenten läßt sich jedoch nicht nur an HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen, sondern auch an einer Fülle von körperlichen Begleiterkrankungen (Leberentzündungen, Abszesse, Venenentzündungen, Thrombosen etc.) ablesen. Wenngleich mangels detaillierter epidemiologischer Untersuchungen die zu beobachtende Verletzungsproblematik nur schwer zu quantifizieren ist, ist der Zusammenhang zwischen der rapide gesunkenen körperlichen Verfassung eines Teils der Abhängigen und dem gehäuften Drogentod kaum von der Hand zu weisen. Im Landesdrogenprogramm Hamburg (1990) wird die Zahl der als verendet verzeichneten Drogenabhängigen auf 30% beziffert.

Ferner wird das Risiko, eine lebensbedrohende Intoxikation zu erleiden, durch die nur schwer kalkulierbaren Risiken des steigenden Konsums von zusätzlich konsumierten Ersatzdrogen und Alkohol sowie durch ein wachsendes polyvantes Konsumverhalten überproportional gesteigert. Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen internationaler Studien, die insbesondere das überproportionale Mortalitätsrisiko von Mehrfachabhängigen und Mischkonsumenten gegenüber den „klassischen“ Heroinabhängigen nachgewiesen haben (Benson u. Holmberg 1984; Tunving 1988).

Wenngleich in der wissenschaftlichen Literatur kaum belegt, wurde in unseren Befragungen immer wieder auf ein besonders ausgeprägtes Risikoverhalten, insbesondere von jungen Drogenabhängigen, hingewiesen, das sich durch eine Kombination von risikoreichen Applikationsformen und ausgeprägter Polytoxikomanie auszeichnet.

In den durchgeführten Expertengesprächen konnte die Frage der quantitativen und qualitativen Abgrenzung einer akzidentellen Überdosierung gegenüber dem suizidintendierten Drogennotfall nur am Rande beleuchtet werden. In-

wieweit der Drogentod und Drogennotfall Konsequenz eines Suizid(versuches) ist, wurde unterschiedlich beurteilt. Die Hypothese, daß die erhöhte Risikobereitschaft von jungen Drogenabhängigen auf präsuizidalen Absichten und Handlungen beruht, ist in der Literatur zu wenig thematisiert, um verallgemeinerbare Aussagen treffen zu können. Vor dem Hintergrund einiger Studien zum Drogentod kann sie jedoch einige Plausibilität für sich in Anspruch nehmen. Bei Beobachtungen von in Kliniken behandelten Drogenabhängigen über einen Zeitraum von 10 Jahren kam Tunving (1988) zu dem Ergebnis, daß die Suizidtoten sich von anderen Drogenabhängigen u.a. durch einen hohen Zusatzkonsum von Alkohol unterschieden. Graw u.a. (1989) diagnostizierten bei suizidalen Intoxikationen häufiger eine Polytoxikomanie als bei akzidentellen Überdosierungen. Nach Haring (1980) hat auch das Alter bei Beginn der Drogenabhängigkeit einen Einfluß auf die Entwicklung der Suizidalität. Je früher ein Mensch seine ersten Drogenerfahrungen macht, desto ausgeprägter ist seine Suizidgefährdung.

#### Präventive Möglichkeiten

Für die Notfallprävention und Senkung des Mortalitätsrisikos gewinnen angesichts der steigenden Zahl von Drogenabhängigen niederschwellige und suchtbegleitende Hilfen an Bedeutung. Ein „szenennahes“ Angebot stellt nicht nur nach Kenntnis der im Umgang mit Drogenabhängigen erfahrenen Personen und Institutionen, die im Rahmen der durchgeführten Experteninterviews befragt wurden, sondern auch nach den Erfahrungen aus den Niederlanden (van de Wijngaart 1988 a; Trautmann 1990) und der Schweiz (Fuchs 1989; Stöver 1991) einen substantiellen Ansatzpunkt zur Notfallprophylaxe dar. Eine rigide Drogenpolitik führt nach den bisherigen Erkenntnissen zur Milieuverfestigung und zur abgeschotteten Szenenbildung. Der sich in der Bundesrepublik vollziehende Paradigmenwechsel, der einem Konzept der Überlebenshilfe und Schadensbegrenzung Vorrang vor apodiktischen Abstinenzforderungen einräumt, resultiert nicht nur aus den desillusionierenden Erfahrungen herkömmlicher hochschwelliger Angebote und Verhaltenserwartungen. Angesichts des wachsenden Anteils entwurzelter und verelendeter Drogenabhängiger scheint die Bereitstellung von konkreten Überlebenshilfen und entsprechenden Unterstützungsangeboten der aktuell gangbarste Weg zu sein, bei dem diejenigen, die (noch) keine Bereitschaft und Motivation entwickelt haben, aus der Drogenszene auszusteiern, die Lebensphase ihrer aktiven Drogenabhängigkeit mit möglichst wenig Schäden überstehen können. Berücksichtigt man ferner, daß katamnestiche Untersuchungen zu dem Ergebnis kamen, daß etwa 50% aller Konsumenten harter Drogen irgendwann aus der Szene aussteigen (Oehmichen u. Staak 1988), um so bedeutender erweisen sich szenennahe Hilfsangebote. Die im folgenden diskutierten Maßnahmen wurden von den befragten Mitarbeitern der verschiedenen Institutionen, Einrichtungen und Behörden unterschiedlich beurteilt, wobei die Nähe und Distanz zu den Problemen der Drogenkonsumenten eine entscheidende Rolle spielte. Vor dem Hintergrund der Literaturanalyse lassen sich die einzelnen Vorschläge zur Erhöhung von Effektivität und Effizienz der Notfallversorgung sowie für eine wirksame Not-

fallprophylaxe und zur Steigerung der therapeutischen Zugangsmöglichkeiten wie folgt zusammenfassen.

#### Rechtliche Aspekte

Die negativen Implikationen des Kriminalisierungsdrucks, die zwangsläufig mit dem BtmG und dem Legalitätsprinzip verbunden sind, sind in der Literatur und vor allem von im täglichen Umgang mit Drogenabhängigen erfahrenen Experten vielfach diskutiert und kritisiert worden (Bossong et al. 1983; Nöcker 1990, Stöver 1990, Emmerlich 1991). Die Erkenntnis, daß die Drogenabhängigkeit unter Strafgesichtspunkten allein nicht gemindert werden kann, hat inzwischen auch in das BtmG, insbesondere durch den § 35 („Therapie statt Strafe“) Eingang gefunden. In der Drogennotfallsituation behindert jedoch der gesetzliche Ermittlungszwang, der bei Kenntnis von BTM-Delikten zumindest zu einem formalisierten Verfahren durch die Strafverfolgungsbehörden führt, noch immer eine effektive Notfallversorgung. Die bestehende Furcht, sich der Strafverfolgung auszusetzen, hält die Drogenabhängigen bzw. Mitkonsumenten von einer zügigen Einschaltung der Rettungsdienste bei einem akuten Notfall ab. Eine problemorientierte Ausweitung des Opportunitätsprinzips bei konsumorientierten Delikten könnte einerseits bestehende Schranken zur Akzeptanz der Hilfsangebote vermindern und zudem den Mechanismen einer Verfestigung des subkulturellen Drogenmilieus entgegenwirken. Andererseits würde damit auch die Haltekraft in den Krankenhäusern erhöht, weil dem Notfallpatienten der Druck eines bevorstehenden Ermittlungsverfahrens genommen ist. Durch Minderung des Strafverfolgungsdrucks auf drogenkranke Konsumenten würden auch bei den Polizeibehörden und der Staatsanwaltschaft Ermittlungsressourcen freigesetzt, die bei der Bekämpfung des organisierten Rauschgifthandels konzentriert werden könnten.

Unterhalb der Ebene der Gesetzesänderung besteht die Möglichkeit des Aufbaus eines Notrufsystems, das den Drogenkonsumenten die Gelegenheit eröffnet, die Rettungsdienste ohne Befürchtung einer strafrechtlichen Verfolgung in Anspruch nehmen zu können. Vor dem Hintergrund der Bestrebungen zur Vereinheitlichung des europäischen Notrufsystems, bei dem künftig nur noch eine Notrufnummer existieren soll und damit die Polizei automatisch Kenntnis über den Drogennotfall erhält, erweist sich die Einrichtung eines „heißen Drahtes“ zu den Rettungsdiensten als ein dringendes Angebot zur Hebung der Akzeptanz der Notfallversorgung. Letztlich können jedoch nur entsprechende rechtspolitische Normsetzungen allen Beteiligten die entsprechende Sicherheit im Umgang mit der Notfallsituation geben.

#### Risikomindernde und schadensbegrenzende Maßnahmen

1. Die hohe Risikobereitschaft, die vor allem bei jungen Drogenabhängigen vorzufinden ist, läßt sich durch traditionelle Beratungsangebote kaum reduzieren. Die Erschließung unkonventioneller suchtbegleitender Hilfen in Form der Einweisung in safer-use/safer-shoot-Techniken ist daher auch nach Ansicht vieler im täglichen Umgang mit Drogenabhängigen erfahrener Praktiker ein Schlüssel

zur wirksamen Notfallprophylaxe. Letztlich kann sich die suchtbegleitende Unterweisung in risikomindernden Verhaltenskatalogen auf erfolgreiche Parallelen der AIDS-Prävention (Safer Sex, Spritzentausch etc.) stützen. Nach frühen Beobachtungen der Londoner Heroin- und Methadonprogramme änderten 30% der Klienten ihre Injektionsgewohnheiten, falls Spritzbestecke im ausreichenden Maße zur Verfügung standen (Stimson u. Oppenheimer 1982). Forschungsergebnisse aus den USA und den Niederlanden bestätigen diese Tendenz (Des Jarlais u.a. 1985; Buning u.a. 1986).

Die Erfahrungen in der AIDS-Prävention machen jedoch gleichzeitig deutlich, daß die Verminderung des Risikoverhaltens allein durch Informationsvermittlung nur in begrenztem Ausmaß zu erreichen ist. Insbesondere jüngere Drogenabhängige reagieren auf solche Angebote ungenügend und profitieren in der Mehrzahl nur sporadisch von den Angeboten zur risikomindernden Fixerhygiene (Uchtenhagen 1988a). Signifikant häufiger sind Verhaltensänderungen bei Drogenabhängigen, die sich in einer stabilen ambulanten Betreuungssituation befanden. Englischen Forschungsergebnissen zufolge berichteten 78% der Drogenabhängigen, die sich in einer Behandlung befanden, ihre Injektionspraxis in Richtung „Safer Use“ geändert zu haben (Ghodse u.a. 1987). Legt man die im Rahmen der AIDS-Prävention gemachten Erfahrungen zugrunde, so erscheint die Unterweisung in weniger riskante Gebrauchstechniken zur Senkung der Drogennotfälle dann erfolgversprechend, wenn sie als Teil eines präventiven Hilfsangebotes verstanden und mit anderen Maßnahmen, insbesondere mit dem Aufbau stabiler Betreuungsbeziehungen gekoppelt wird.

2. Im Zusammenhang mit der Diskussion um Konzepte zur Schadensminimierung gelten die sog. Fixerräume nach Schweizer Vorbild als ein Hilfsangebot, in dem die Drogenabhängigen an einem geschützten Ort streßfrei und unter hygienisch einwandfreien Bedingungen sowie unter fachlicher Aufsicht ihre mitgebrachten Drogen konsumieren. Obwohl rechts- und ordnungspolitisch umstritten (Hug 1989), ist die gegenwärtige Rechtslage in der Bundesrepublik so zu beurteilen, daß der tolerierte intravenöse Drogengebrauch im Interesse der Gesundheitsvorsorge und der HIV-Prävention nicht unbedingt einen Straftatbestand im Sinne des § 29 Abs. 1 BtMG darstellen muß, wenn die Betreiber eines Fixerraumes alle Mittel ausschöpfen, um den Erwerb und die Weitergabe von illegalen Drogen innerhalb der Einrichtung zu unterbinden (Michaelis 1991). Diese „Fixerstuben“ könnten nicht nur als Auffangbecken gegenüber psychosozialer Verelendung und zur Senkung somatischer Gefährdungen dienen, sondern zugleich eine Einrichtung sein, die insbesondere bisher nicht in das Netzwerk der Drogenberatungen eingebundene Konsumenten in Kontakt zu weiterführenden Institutionen bringen kann. Fixerräume machen jedoch nur einen Mosaikstein einer „Schadensbegrenzungsstrategie“ aus. Zur endgültigen Beurteilung, ob und inwieweit die positiven Effekte der Akzeptanz des Drogenkonsum in den Fixerräumen von wenig kalkulierbaren Nebenwirkungen in Form von „Sogwirkungen“ etc. übertroffen werden, liegen hierzulande bisher zu wenig gesicherte Erfahrungen vor. Insofern ist diese Einrichtung fernab von ideologischen Positionen zunächst eine pragmatische Frage, die nur unter empirischer Prüfung, ob und unter welchen Voraussetzungen die anvisierten Zielvorstellungen realisierbar sind, beantwortet werden kann.

3. Die Drogenabhängigkeit ist zwangsläufig mit einer Fülle von körperlichen Begleiterkrankungen verbunden, die insbesondere Leber, Nieren und das periphere Nervensystem betreffen. Mit dem Grad der sozialen Desintegration im Verlauf der Drogenkarriere wird jedoch auch das Ausheilen relativ leichter Erkrankungen für den Abhängigen zu einem kaum lösbaren Problem, das das Notfallrisiko steigert (Täschner 1984). Angesichts der zunehmenden Morbidität, vor allem von entwurzelten Drogenabhängigen, stellt sich die Frage der kurativen Grundversorgung dieses Personenkreises, der vor nahezu unlösbaren Schwierigkeiten bei akuten Erkrankungen steht, die nicht unmittelbar krankenhausbehandlungsdürftig sind. Daher sollte die medizinische Akutversorgung um die Einrichtung von Krankenzimmern für Drogenabhängige ergänzt werden, wobei zur Senkung der subjektiven Zugangsbarrieren die Behandlung nicht mit suchtbegleitenden Motivationserwartungen gekoppelt werden darf. In einem Modellprojekt „Personalized Nursing“ in Detroit, an dem 155 drogenabhängige Frauen teilgenommen haben, konnte der positive Effekt einer vorsorgenden Beratung und Hilfestellung in gesundheitlichen Fragen auf die Abhängigen nachgewiesen werden. Während zu Beginn sich kaum signifikante Unterschiede zeigten, befanden sich diejenigen Frauen, die im ständigen Kontakt mit dem Betreuungspersonal standen, gegenüber den Kontrollgruppen in weit weniger durch die Drogen bestimmten ausgeprägten Streß- und Verzweigungssituationen, was sich auch auf die Menge des täglich konsumierten Stoffes positiv auswirkte (Anderson 1986).

4. Weitere Segmente eines präventiven Hilfsangebotes liegen im Aufbau kooperativer Netzwerke der mit dem Drogenproblem befaßten Institutionen und Einrichtungen einschließlich der Selbsthilfeorganisationen, insbesondere JES. Inwieweit Informationssysteme über die von der Polizei bzw. den chemischen Untersuchungsämtern festgestellte Stoffqualität, die Einrichtung eines separaten Drogennotrufes, Erste-Hilfe-Unterweisungen für die Drogenkonsumenten sowie Qualifizierungs- und Sensibilisierungsprogramme für die professionellen Helfer realisiert werden können, hängt von der Motivation und Bereitschaft der Beteiligten zur institutionen- und behördenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die bestehenden Netzwerke sind regional unterschiedlich ausgeprägt. Gerade aber aufgrund der Kenntnis der lokalen Besonderheiten können von funktionierenden Kooperationsstrukturen vor Ort problemangemessene Hilfsangebote erwartet werden, die bestehende Berührungsschwellen der Abhängigen deutlich zu mindern in der Lage sind.

#### Klinische Therapie

Die Ergebnisse der Expertengespräche zeigen, daß bei Notärzten und in den Kliniken bedingt durch die Probleme im Umgang mit künstlich provozierten Abstinenzsyndromen eine zunehmende Tendenz zum Verzicht des Einsatzes sog. Opiatantagonisten wie Narcanil oder Levallorphan besteht. Das Behandlungsetting ist vornehmlich auf die Überwachung, Wiederherstellung und Unterstützung der Vitalfunktionen ausgerichtet (vgl. auch: Felgenhauer u. Haegler 1985; Dauderer 1991). Allerdings wird die auftretende Entzugssymptomatik in



bundesdeutschen Kliniken in der Regel nicht durch medikamentengestützte Substitutionsbehandlungen (etwa in Form von L-Polamidon) aufgefangen. Die Exzitationsstadien und diffusen Unruhezustände führen in aller Regel zum Abbruch der Behandlung. Die Haltekraft der klassischen Notfallbehandlung ist entsprechend gering. Die intoxikierten Patienten verlassen üblicherweise die Klinik bis auf wenige Ausnahmen binnen kürzester Zeit und tauchen wieder in die „Szene“ ab. Für eine über die internistischen Aspekte hinausreichende Krisenintervention verbleibt zumeist keine Zeit.

Folgt man der Prämisse, daß gerade Krisen eine besondere Chance zu Intervention darstellen, so kommt den psychodynamischen Aspekten der „Beinahe-Todesfälle“ eine besondere Bedeutung zu. Das dazu notwendige fachliche und personelle notfallpsychiatrische Instrumentarium steht den meist internistisch orientierten Behandlungseinrichtungen nicht zur Verfügung. Darüber hinaus erweist sich zur Erhöhung der therapeutischen Erreichbarkeit des Drogennotfallopfers die Intensivierung der Haltekraft in den Kliniken als zentraler Ansatzpunkt; sie kann durch medikamentengestützte Substitutionsbehandlungen im Anschluß an die akute Notfallbehandlung erzielt werden. Methadon-Reduktionsprogramme sind in diesem Setting bisher in der Bundesrepublik eher die Ausnahme (etwa CLEANOK Lengerich, Allgemeines Krankenhaus Hamburg-Ochsenzoll). Eine eingehende Effizienzkontrolle dieses Behandlungsschemas steht allerdings zur Zeit noch aus.

Im Rahmen der postakuten Behandlung des Drogennotfalls ist ferner die Kompatibilität zu weitergehenden Behandlungsschritten gefragt. In der Realität sind die Notfallopfer weit entfernt von einem idealtypischen Übergang von der akuten Behandlung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Diese scheitert nicht nur an ambivalenten Motivlagen der Drogenkonsumenten, sondern allzu oft auch an bürokratischen und kapazitätsbedingten Problemen der avisierten Therapie. Von Drogenberatungsstellen ist in Expertengesprächen betont worden, daß ein Anteil der Drogenabhängigen, die den Notfall durchlebt und die Beratungsstellen aufgesucht hatten, bereit und motiviert gewesen wären, sich einer anschließenden Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen, wenn es geeignete Einrichtungen gegeben hätte. Dies unterstreicht die Notwendigkeit von Therapie-Sofort-Projekten auch im Rahmen von Notfallbehandlungen und anschließenden Entzugsbehandlungen.

Unter dem Aspekt der größtmöglichen Vermeidung von (wiederholten) Drogennotfällen steht die Frage nach niederschweligen Substitutionstherapien. Methadonprogramme (maintenance und maintenance to abstinence) sind in der Bundesrepublik allerdings nicht unumstritten (Lux 1988; Bossong 1989). Der Einsatz der Ersatzmittel hat jedoch insbesondere in den Niederlanden und der Schweiz seinen Wert als Überlebenshilfe und niederschwelliges Therapieangebot bewiesen (Driessen 1987; van de Wijngaart 1988 b, Uchtenhagen 1988b). Amerikanische und Schweizer Evaluationsstudien kommen zu dem Schluß, daß die Erfolgsaussichten von Substitutionsbehandlungen zu deutlich besseren therapeutischen Ergebnissen führen als ambulante Behandlungen ohne entsprechende Substitution (Sells u. Simpson 1976; Zimmer-Höfler u.a. 1987). In Amsterdam gaben ca 50% der in Methadonbehandlungen stehenden Klienten ihren Heroinkonsum völlig auf (Buning 1987). Und nicht zuletzt gelingt die soziale Integration und der Aufbau von Beziehungen zu Nichtkonsumenten bei Metha-

donpatienten durchweg besser als bei nichtsubstituierten Patienten (Ladewig 1987). Neuere Forschungsergebnisse aus Schweden bestätigen, daß die Sterblichkeitsrate durch das Methadonprogramm vom 63-fachen bei nicht methadonbehandelten Abhängigen auf das 8-fache gegenüber den entsprechenden Altersgruppen gesenkt werden konnte (Gronblad u. Öhlund 1990). Die Autoren gehen weiter davon aus, daß bei Lockerung der restriktiven Aufnahmekriterien in das Methadonprogramm, wie dem Vorliegen einer lebensbedrohenden Krankheit, eine frühzeitige Behandlung ermöglicht und damit eine weitere Senkung der Sterblichkeit erzielt werden könnte.

Aufgrund der Erfolge in der Drogentherapie und HIV-Prävention (Uchtenhagen 1988a) und unter dem Gesichtspunkt mangelnder Alternativen (Freye u. Schenk 1990) erscheint ein geregelter Entzug durch ein Methadonreduktionschema bzw. die Methadonvergabe in der Notfallbehandlung zur Sicherstellung einer Krisenintervention erfolgversprechend. Die Reduktions- bzw. Substitutionsbehandlung kann somit einen entscheidenden Beitrag zur Herstellung von therapeutischen Beziehungen für diejenigen Drogenabhängigen leisten, die ansonsten binnen kurzer Zeit wieder in die Szene abtauchen würden.

Wegen der bestehenden Probleme beim Umgang mit Drogennotfällen und der mitunter bestehenden unbewußten Negativauslese unter den Notfallpatienten sollte die Notfallbehandlung durch qualifizierte psychosoziale Begleitmaßnahmen abgestützt werden. Hierzu zählen die Qualifizierung von Klinikpersonal zur Behandlung Drogenabhängiger und Einbeziehung örtlicher drogenspezifischer Beratungsdienste. Bestehende Kapazitätsprobleme und organisatorische Schwierigkeiten in der Kooperation mit anderen Diensten ließen sich durch das Vorhalten spezifischer Behandlungseinheiten in Schwerpunktkrankenhäusern umgehen, die gleichzeitig Entgiftungsbetten mit vorgeschalteter Notfallbehandlung bereitstellen könnten.

#### Fazit

Angesichts der steigenden Zahl von Drogentoten und Drogennotfällen verstehen sich die Überlebenshilfen als flexible und bedürfnisgerechte Ergänzung bestehender Hilfsangebote. Die Ausdifferenzierung der Hilfssysteme verzichtet keinesfalls auf den Anspruch auf Rehabilitation und Drogenfreiheit. Die Gesamtheit der in der Untersuchung erörterten Vorschläge zur Steigerung der Effizienz der Drogennotfallbehandlung laufen auf eine mehrdimensionale Vernetzung von suchtbegleitenden Maßnahmen, Überlebenshilfen und qualifizierten Therapien – mit und ohne mittelfristige Abstinenzorientierung – hinaus. Unter Berücksichtigung gerade der aktuellen Häufung von Drogennotfällen und Drogentodesfällen sind pragmatische Schritte sowie Bereitschaft zur Kooperation vor Ort dringlich gefragt.

## LITERATUR

- Anderson, M. D. (1986): Personalized nursing: an effective intervention model for use with drug-dependent women in an emergency room. In: *Int. J. Addict*, 21, pp. 105-122
- Benson, G.; Holmberg, M. B. (1984): Drug-related mortality in young people. In: *Acta psychiatr. scand.* 70, pp. 525-534
- Bossong, H. (1989): Möglichkeiten und Grenzen der Methadonsubstitution. In: Bossong, H.; Stöver, H. (Hrsg.): *Methadon – Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung*, Berlin, S. 8-27
- Bossong, H.; Marzahn, C.; Scheerer, S. (1983) (Hrsg.): *Sucht und Ordnung*. Frankfurt
- Bschor, F.; Wessel, J. (1983): Sterblichkeit Drogenabhängiger im internationalen Vergleich. In: *Lebensversicherungsmedizin* 35, S. 74-80
- Buning, E.C. (1987): Erfahrungen in Amsterdam. In: *MAGS NW* (Hrsg.): *Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen*, Düsseldorf, S. 189-193
- Buning, E. C.; Coutinho, R. A.; Van Brussel, G.H.A. et al. (1986): Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. In: *Lancet* pp. 1435
- Daunerer, M. (1991): *Drogen – Diagnostik und Therapie. Kompendium der Klinischen Toxikologie* Bd. 3, Landsberg/Lech
- Des Jarlais, D. C.; Friedman, S. R.; Hopkins, W. (1985): Risk reduction for the Acquired Immuno Deficiency Syndrome among intravenous drug users. In: *Ann. Intern. Med.* 103, pp. 755-759
- Driessen F. H. (1987): De methadonverstrekking in Amsterdam 1981/1984: resultaten van de analyse van de gegevens van de Centrale Methadon Registratie, Amsterdam
- Emmerlich, A. (1991): *Drogen – Strafrecht – Polizei*. In: Ludwig, R.; Neumeyer, J. (Hrsg.): *Die narkotisierte Gesellschaft? Neue Wege in der Drogenpolitik und akzeptierende Drogenarbeit*, Marburg S. 50-58
- Felgenhauer, N.; Haegler, H. (1985): *Akuter Drogennotfall*. In: *Notarzt* 1, S. 111-112
- Freye, E.; Schenk, G. K. (1990): Methadon als Ersatztherapie beim Opiatabhängigen? In: *Klinik-arzt* 18, S. 57-61
- Fuchs, W. J. (1989): *Stand und Perspektiven der Methadonvergabe in der Schweiz*. In: Bossong, H.; Stöver, H. (Hrsg.): *Methadon – Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung*, Berlin, S. 66-72
- Ghodse, A. H.; Tregenza, G.; Li, M. (1987): Effect of fear of AIDS on Sharing injection equipment among drug abusers. In: *Br. Med. J.*, pp. 698-699
- Graw, M.; Haffner, H. T.; Bessemer, K. (1989): Todesfälle von Drogenkonsumenten: Suizid oder Unfall? In: *Versicherungsmedizin* 41, S. 188-191
- Haring, C. (1980): *Suizid und Drogenabhängigkeit*. In: *MMG* 5, S. 41-46
- Hug, T. (1989): *Prävention aus polizeilicher Sicht in Zürich*. In: Krasemann, E.O. (Hrsg.): *Wirksamkeitvolle Prävention für den Gebrauch illegaler Drogen*. 4. Wedeler Gespräch zur Sozialmedizin, Wedel S. 27-39
- Kleiber, D. (1990): *Erfordernisse der AIDS-Prävention bei i.v. Drogenabhängigen*, in: *Prävention* 13, S. 90-94
- Ladewig, D. (1987): *Erfahrungen mit Methadonbehandlungen aus der psychiatrischen Universitätsklinik Basel*. In: *MAGS NW* (Hrsg.): *Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen*, Düsseldorf, S. 87-90
- Landesprogramm Hamburg (1990): *Landesprogramm „Drogen“ Bestandsaufnahme und Perspektiven der Hamburger Drogenpolitik*. Hamburg
- Lange, K.-J. (1990): *Todesfälle im Zusammenhang mit Drogenmißbrauch in Hamburg*. In: *Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Landesamt für Rehabilitation – Referat Drogen und Sucht* (Hrsg.): *Drogen und Suchtinformationen* 1/90, Hamburg S. 13-19
- Lux, F. (1988): *Medikamentenersatz mit Methadon. Ein Kontrastandpunkt*. In: *Öff.-Gesundheitwes.* 50, S.533-538
- Michaelis, S. (1991): *Zur rechtlichen Zulässigkeit des Betriebens von Druckräumen in der Bundesrepublik Deutschland*. In: Stöver, H. (Hrsg.): *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe*. AIDS-Forum D.A.H. Bd. VI, Berlin S. 111-117
- Nöcker, G. (1990): *Von der Drogen- zur Suchtprävention*. Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.), Düsseldorf
- Oehmichen, M.; Staak, M. (1988): *Der Tod des Drogenkonsumenten: Geschehensablauf, Häufigkeit sowie Nachweisbarkeit und Prognose*. In: *Betäubungsmittelmißbrauch*, Berlin
- Penkert, W.; Sonnewald, B. (1987): *Mortalitätsrisiko und Szenen-Entwicklung – Die Berliner Drogentodesfälle 1987-1989*, in: *Suchtgefahren* 33, S. 249-262
- Püschel, K.; Mohsenian, F.; Schmoltdt, A. (1990): *Rauschgifttodesfälle in Hamburg – Analyse für 1989*. In: *HÄB* 9/90, S. 334-339
- Reuband, K. H. (1989): *Illegale Drogen. Ein Sozialindikatorenreport*. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.): *Jahrbuch 90 zur Frage der Suchtgefahren*, Hamburg
- Sells, S. B.; Simpson, D. D. (Hrsg.) (1976): *The effectiveness of drug abuse treatment*, Cambridge, Mass.
- Stimson, G. V.; Oppenheimer, E. (1983): *Heroin Addiction*, London
- Stöver, H. (1990): *Zum Verhältnis von Drogenpolitik und Drogenarbeit. Ansätze zur Entkriminalisierung und Normalisierung*. In: Schuller, K.; Stöver, H. (Hrsg.): *Akzeptierende Drogenarbeit: ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe*, Freiburg
- Stöver, H. (1991): *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe*. In: Stöver, H. (Hrsg.): *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe*. AIDS-Forum D.A.H. Bd. VI, Berlin
- Täschner, K.-L. (1984): *Notfälle bei Drogenkonsumenten*. Freiburg
- Trautmann, F. (1990): *Niedrigschwellige Methadonvergabe in den Niederlanden – Drogenarbeit, Drogenproblem und Normalisierung*. In: Schuller, K.; Stöver, H. (Hrsg.): *Akzeptierende Drogenarbeit: ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe*, Freiburg
- Tunving, K. (1988): *Fatal outcome in drug addiction*. In: *Acta psychiatr. scand.* 77, pp. 551-566
- Uchtenhagen, A. (1988a): *AIDS-Epidemiologie und Prävention bei i.v. Drogenabhängigen*. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 33, S.326-330
- Uchtenhagen, A. (1988b): *Zur Behandlung Drogenabhängiger mit Methadon: Züricher Richtlinien und Auswertung der Therapieresultate*. In: *Schweiz. Rundschau f. Medizin und Praxis*, S. 351-353
- van de Wijngaart, G. F. (1988a): *Heroin Use in the Netherlands*. In: *Am. J. Alcohol Abuse*, 14, pp. 125-136
- van de Wijngaart, G. F. (1988b): *Methadone in the Netherlands: an evaluation*. In: *Int J Addict* 23, pp. 913-925
- Zimmer-Höfler, D.; Uchtenhagen, A.; Dobler-Mikola, A.; Harte, B. (1987): *Heroinabhängige – 7-Jahres-Katamnese*. In: *Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Klinik Zürich, Wissenschaftliche Informationen, Serie A*

### Korrespondenzadresse:

Norbert Konegen  
Institut für Sozialmedizinische Forschung BOSOFo e.V.  
Bahnhofstr. 7a  
D-4690 Herne 1

### Autoren:

Norbert Konegen: Dipl. Sozialwirt. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizinische Forschung BOSOFo e.V. Bahnhofstr. 7a, D-4690 Herne 1

Jan-Hendrik Heudtlass: Dipl. Sozialarbeiter. Mitarbeiter der Drogenentzugseinrichtung CLEANOK in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Neurologie Lengerich. Parkallee 10, D-4540 Lengerich

Werner Spikofski: Dipl. Sozialwissenschaftler. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizinische Forschung BOSOFo e.V. Bahnhofstr. 7a, D-4690 Herne



# AIDS-FORUM D.A.H.

BAND IX

## AIDS UND DROGEN II EVALUATION AIDS-PRÄVENTIVER BOTSCHAFTEN

Die Deutsche AIDS-Hilfe legt die Ergebnisse ihrer 1989 begonnenen Studie über die Akzeptanz der AIDS-präventiven Botschaften unter i.v. DrogengebraucherInnen in der Bundesrepublik Deutschland vor. Hauptziel des Projekts war es herauszufinden, wie sich unter den spezifischen Bedingungen eines kriminalisierten und subkulturellen Lebens und angesichts der großen Gefahr, sich mit HIV zu infizieren, die Botschaften von „Safer Use“ und „Safer Sex“ lebenspraktisch verankern können.

Der Sammelband enthält darüber hinaus einen Beitrag zu den unterschiedlichen Praktiken und Politiken der Abgabe von sterilem Spritzbesteck an i.v. DrogengebraucherInnen in 18 Staaten Europas. Eine Untersuchung zur Prävention von Drogennotfällen rundet das Themenspektrum ab.

ISSN 0937-1931



Deutsche  
AIDS-Hilfe e.V.