

Jürgen Klee und Heino Stöver (Hg.)

DROGEN | HIV/AIDS | HEPATITIS | Ein Handbuch



Impressum

© **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.**

Dieffenbachstraße 33
10967 Berlin

Internet: <http://www.aidshilfe.de>

E-Mail: dah@aidshilfe.de

April 2004

Bestellnummer: 010013

Herausgeber: Heino Stöver, Bremen; Jürgen Klee, Frankfurt/Main

Redaktion: Jürgen Klee, Frankfurt/Main; Dirk Schäffer, Berlin;
Heino Stöver, Bremen; Holger Sweers, Berlin

Bearbeitung: Christine Höpfner, Berlin; Holger Sweers, Berlin

Layout: Carmen Janiesch, Berlin

Druck: H. Heenemann GmbH & Co, Berlin

Spendenkonto: Berliner Sparkasse, Konto 220 220 220, BLZ 100 500 00.

Sie können die Arbeit der DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden. Nähere Informationen unter <http://www.aidshilfe.de> oder bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

Vorwort _____ 7



Fundamente

Gesundheitsförderung und HIV-/Hepatitisprävention für Drogen-
gebraucher oder wie man Gutes noch besser machen kann

Heino Stöver _____ 10

Entwicklung von Drogenmündigkeit

Gundula Barsch _____ 26

Förderung der Drogenselbsthilfe

Axel Hentschel, Dirk Schäffer _____ 40

Drogenkonsum und HIV/Aids in Deutschland: Zur Epidemiologie

Uli Marcus _____ 53



Praxis

Transfer von Strategien der Risikominimierung
Astrid Leicht, Heino Stöver, Jan-Hendrik Heudtlass _____ **88**

Infektionsprophylaxe in Kontaktläden und
Drogenkonsumräumen
Jürgen Klee _____ **107**

Wohnprojekte für Menschen mit HIV/Aids und Hepatitis:
Das Beispiel ZIK
Kristine Leicht _____ **129**

Gesundheit und Prävention in Haft
Bärbel Knorr _____ **144**

Engagement im Strafvollzug am Beispiel
der Hannöverschen AIDS-Hilfe e. V.
Karin Graefe, Günter Hosbach _____ **165**

Drogenkonsum und HIV-Therapie
Caren Weilandt, Heino Stöver _____ **174**

Drogen gebrauchende Frauen und Aids
– Aspekte der HIV-Prävention
Christine Heinrichs _____ **190**

Der Konsum von (rauchbarem) Kokain
– Herausforderungen für die Aids- und Drogenhilfe
Jürgen Klee, Heino Stöver _____ **202**

Interkulturelle Drogen- und Aidshilfe
Ramazan Salman _____ **227**

Medizinische Verwendung von Cannabisprodukten bei HIV/Aids

Franjo Grotenhermen _____ **238**

Entsorgung von Spritzen und Kanülen durch
Einrichtungen der Aids-, Drogen- und Gesundheitshilfe

Astrid Leicht _____ **249**



Innenansichten

Drogenkonsum und Drogenarbeit:
Was ist in den neuen Bundesländern anders?

Gundula Barsch, Claudia Plöttner _____ **252**

Ich gebe nicht auf!

Stephanie Schmidt _____ **267**

Eltern- und Angehörigenarbeit für Drogenkonsumenten

Jürgen Heimchen _____ **274**



Sozialrecht

HIV, Hepatitis und Sozialrecht

Gerd Speicher _____ **284**

Folgen der Gesundheitsreform für Drogengebraucher
und Substituierte

Dirk Schäffer _____ **304**



Substitution

Psychosoziale Begleitung/Betreuung
– ein Hindernis für die Substitution?

Ralf Gerlach _____ **310**

Methadon und wichtige Begleitmedikationen:
Wechselwirkungen und Empfehlungen zur Dosisanpassung

Jörg Götz _____ **318**

Substitution und Reisen

Dirk Schäffer _____ **320**



Anhang

Internetadressen _____ **328**

Autorinnen und Autoren _____ **333**

Vorwort

Als 1994 die erste Auflage dieses Beratungsführers für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter in der Aids- und Drogen(selbst)hilfe herauskam (als Nachfolger des bereits 1991 erschienenen Beratungsführers „Wo ist Hilfe?“), war das Bild der HIV-Erkrankung noch ein völlig anderes (antiretrovirale Medikamente kamen erst 1995 auf den Markt), und die Drogenselbsthilfe steckte noch weitgehend in den Kinderschuhen; das bundesweite Selbsthilfenetzwerk JES – Junkies, Ehemalige, Substituierte zum Beispiel war gerade einmal fünf Jahre alt.

Dennoch war viel in Bewegung: Ressourcen- und lebensweltorientierte Interventionsstrategien gewannen an Einfluss, das Konzept der Gesundheitsförderung und der strukturellen Prävention zur Förderung der individuellen Kompetenzen von Drogen gebrauchenden Menschen wurde von den Aidshilfen offensiv vertreten. In der Folgezeit wurde dieser emanzipatorische Ansatz auch für immer mehr Drogenselbsthilfen handlungsleitend, und es herrschte ein gewisser Optimismus, man könne sich vom Abstinenzparadigma und der Repression hin zu Akzeptanz und einer an den Bedarfen und Bedürfnissen ausgerichteten Versorgung bewegen.

Heute, zehn Jahre später, ist zwar vieles erreicht. So werden etwa 50.000 Drogengebraucher substituiert, Drogenkonsumräume bieten

einen weitgehend stressfreien und sicheren Ort, um risikominimiert zu konsumieren, und gegen viele Widerstände wird momentan geprüft, ob pharmakologisch reines Heroin als Medikament (Originalstoffvergabe) eine Alternative zu Methadon darstellt. Vieles vom Erreichten ist aber auch gefährdet, muss gefestigt, verteidigt und weiterentwickelt werden, und manches wird gar wieder „rückgebaut“, sprich: abgeschafft (zum Beispiel die erfolgreiche Spritzenvergabe in Haftanstalten). Daneben bleiben alte Probleme ungelöst – von wirklicher Akzeptanz Drogen gebrauchender Menschen und ihrer Lebensweisen wird man kaum sprechen können, Repression und Kontrollfantasien leben wieder auf (paradoxerweise hat die Einrichtung von Drogenkonsumräumen vielfach eine Vertreibung von Drogengebrauchern aus dem öffentlichen Raum zur Folge). Und nicht zuletzt ist die Aids- und Drogenarbeit mit neuen Themen wie „Drogengebrauch und Migration“ oder „Crack“ konfrontiert, für die man neue Antworten und Präventionsstrategien braucht – in diesem Zusammenhang bedarf es auch immenser Anstrengungen, um zu verdeutlichen, dass man mit den erfolgreichen Strategien zur Vermeidung von HIV das Problem der Hepatitisinfektionen nicht quasi „huckepack“ in den Griff bekommen kann.

Dieser Band will dazu beitragen, das Erbe aus beinahe zwei Jahrzehnten akzeptierender Drogenarbeit und Aidsprävention zu bewahren. Ebenso wollen wir aber auch die Gegenwart analysieren und hilfreiche Anregungen für die Praxis geben und schließlich einen Ausblick auf die Zukunft einer an den Lebensweisen von Drogengebrauchern orientierten und sie auf allen Ebenen einbeziehenden Gesundheitsförderung ermöglichen.

Berlin, im März 2004

Dirk Schäffer

Referent für Drogen gebrauchende Menschen und Menschen in Haft der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Fundamente

TEC
2K4

wähle die Packungsgröße
auswählen

ARBEITEN SIE MIT
Only 200 Minuten
Arbeitszeit

0,50
cent
→

Arbeitszeit
0,50
cent
→

Arbeitszeit
0,50
cent
→

Arbeitszeit
0,50
cent
→

0,50
cent
→

Arbeitszeit
0,50
cent
→

Arbeitszeit
0,50
cent
→

Arbeitszeit
0,50
cent
→

1
Euro
→

Arbeitszeit
1
Euro
→

Arbeitszeit
1
Euro
→

Arbeitszeit
1
Euro
→

1
Euro
→

Arbeitszeit
1
Euro
→

Arbeitszeit
1
Euro
→

Arbeitszeit
1
Euro
→

Gesundheitsförderung und HIV-/Hepatitisprävention für Drogengebraucher oder wie man Gutes noch besser machen kann

..... **Heino Stöver**

*Erreichtes festigen, verteidigen und
weiterentwickeln*

Auch wenn Drogengebraucher nach wie vor zu den besonders von HIV und Aids bedrohten und betroffenen Gruppen gehören – die von manchen befürchtete Aidskatastrophe unter ihnen ist in Deutschland ausgeblieben. Nach Uli Marcus ist dies allerdings „weniger ein Verdienst hellwacher und vorausschauender Gesundheitspolitiker und Gesundheitsbehörden, ... sondern eher eine Folge einer glücklichen Konstellation der handelnden Akteure, des prompten und pragmatischen Sich-Einmischens von Betroffenen-Selbsthilfeorganisationen und der Tatsache, dass soziale Bedingungen und Verhältnisse, die in vielen Entwicklungsländern wie Brandbeschleuniger der Epidemie wirken, hierzulande längst Geschichte sind“ (Marcus 2000, XIII). Vor allem die Erkenntnis, dass Aktivisten und Initiativen nicht auf Maßnahmen „von oben“ gewartet, sondern „von unten“ Präventions- und Behandlungsangebote wie die Vergabe steriler Spritzen, die Einrichtung von Kontaktläden und Drogenkonsumräumen sowie Substitutionsprogramme vorangetrieben und gegen den teilweise erbitterten Widerstand aus Medizin, traditioneller Drogenhilfe, Justiz, Verwaltung

und Politik durchgesetzt haben, sollten wir für unsere zukünftige Arbeit bewahren.

Können wir aber angesichts der relativ geringen HIV-Infektionsraten mit dem Erreichten zufrieden sein, müssen wir einfach nur den eingeschlagenen Weg weiter verfolgen? Zweifellos gibt es zahlreiche Erfolge: Die HIV-Erkrankung lässt sich heute mit hochwirksamen antiretroviralen Medikamenten behandeln, auch gegen chronische Hepatitis B und C gibt es mittlerweile Therapiemöglichkeiten, die kontinuierlich verbessert werden, die Medien haben endlich aufgehört, in Drogenabhängigen nur „Desperados“ zu sehen, die nicht mehr zur Selbststeuerung und zu Verhaltensänderungen in der Lage sind, in der Drogenhilfe gab es eine Umorientierung von der Abstinenz zur Akzeptanz, schadensminimierende und ambulante Angebote wurden in die Hilfesysteme integriert, in denen inzwischen auch die Mediziner wieder mitarbeiten, und vieles mehr.

Das Erreichte muss allerdings zum Teil immer wieder neu durchgesetzt, muss gefestigt und verteidigt werden. Nicht nur gegen die Trägheit von Hilfeeinrichtungen und der darin handelnden Personen, sondern auch gegen die verbreitete „Präventionsmüdigkeit“, gegen das schwindende öffentliche und vor allem politische Interesse (das sich auch finanziell niederschlägt), gegen ein konservatives Rollback und gegen neue Repression. So ist z. B. die Lage in den Städten zunehmend durch Platz-, Aufenthalts- und Durchquerungsverbote, Videoüberwachung, Zerschlagung und Vertreibung von Szenen oder durch Zugangsbeschränkungen zu Hilfeeinrichtungen („member cards“) gekennzeichnet, längst tot geglaubte Kontrollfantasien wie der Ruf nach „Zwangstestungen“ leben wieder auf, und aus ideologischen Gründen wird nachweislich Erfolgreiches wie die Spritzenvergabe im niedersächsischen und Hamburger Strafvollzug eingestellt. Hier zeigt sich besonders deutlich, dass Verhaltensprävention nicht von den Verhältnissen zu trennen ist: Entgegen allen wissenschaftlichen Erkenntnissen am Phantom „drogenfreier“ Gefängnisse festzuhalten und Gefangenen die Mittel zur Infektionsprophylaxe vorzuenthalten, das entspricht in etwa einer HIV-Prävention, die allein auf sexuelle Abstinenz setzt – bei gleichzeitigem Kondomverbot.

Außerdem erkennt man bei genauerem Hinsehen – abgesehen von allen Tendenzen, wieder hinter bereits Erreichtes zurückzufallen –, dass noch viele Fragen offen sind: Inwieweit z.B. profitieren Drogengebraucher tatsächlich vom medizinisch-therapeutischen Fortschritt? Wie kommt es, dass bei ihnen zwar die HIV-Infektionsraten relativ stabil auf geringem Niveau liegen, dass aber 50–80 % der intravenös Drogen Konsumierenden mit dem Hepatitis-A- oder -B-Virus und bis zu 90 % mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert sind? Welche präventiven Strategien konnten in den Subkulturen verankert werden, welche nicht und warum nicht? Wie kann es Aids- und Drogenhilfen (besser) gelingen, Risiken und schadensminimierende Strategien immer wieder neu zu thematisieren und die Botschaften gegebenenfalls an alters-, geschlechts- oder kulturspezifische Besonderheiten anzupassen? Wie können die Betroffenenkompetenz und das Selbsthilfepotenzial von Drogengebern besser gefördert und genutzt werden? Was lässt sich in Sachen Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung tun, d.h., wie können die Lebensbedingungen für Drogengebraucher insgesamt verbessert werden?

Wi(e)der die Abstinenzorientierung und die Repression oder: Waren wir nicht schon einmal weiter?

Im Frühjahr 2003 verurteilte das Amtsgericht Bremen einen 55 Jahre alten Bremer Apotheker wegen Rezeptbetrugs zu einem Jahr Freiheitsstrafe auf Bewährung. Er hatte HIV-infizierten und aidskranken Drogenkonsumenten statt der ihnen verschriebenen teuren Aidsmedikamente kleine Bargeldbeträge und z.T. auch kleinere Mengen Benzodiazepine gegeben und die Rezepte bei den Krankenkassen abgerechnet; das Gericht bezifferte den Schaden auf mindestens 43.000 €. Der Apotheker musste diesen Schaden ersetzen und 7.000 € Geldbuße zahlen; außerdem wurde gegen ihn ein einjähriges Berufsverbot verhängt.



Foto: Heino Stöber

Ist das Eis tatsächlich gebrochen?

Ein Einzelfall? Keineswegs – auch aus anderen Städten wie Berlin oder München wurde Ähnliches berichtet. Neben den Nöten von Drogenkonsumenten – für das Hier und Jetzt zu leben und Drogen kaufen zu müssen, statt auf den Erfolg einer Kombinationstherapie zu setzen – zeigt sich hier, dass Menschen in ganz unterschiedlichen und unvermuteten gesellschaftlichen Bereichen an dieser Not verdienen. Zugespielt formuliert: Es hat sich ein Netzwerk von Saubermännern etabliert, die von der Kriminalisierung des Drogengebrauchs profitieren: Taxifahrer, die den Sozialhilfescheck gegen Traumkonditionen im Voraus auszahlen, Hehler, Wohnungsvermieter, Zuhälter... Und auch das System der Drogenhilfe, das nach wie vor Ziele festsetzt, an denen die Betroffenen scheitern müssen, trägt zu dieser durch die Repression bedingten Not bei. Statt um Drogenmündigkeit geht es (wieder) um Abstinenz als zentrales Ziel – Akzeptanz von Drogengebrauchern und ihrer Lebensweisen scheint da in weiter Ferne.

Die wieder erstarkte Repressionslust (nicht zuletzt abzulesen an steigenden Inhaftierungszahlen) wird vornehmlich mit dem „öffentlichen Sicherheitsbedürfnis“ begründet und ummantelt – Drogenkonsumenten, Gefangene, Kranke werden damit zum Gegenstand „symbolischer Politik“, und es lassen sich damit sogar Wahlen gewinnen (siehe

Schill-Partei in Hamburg 2001). Die Aids- und Drogen(selbst)hilfe wird es in Zukunft also schwerer haben. Dagegen kann man sich nur bedingt wappnen, aber wir dürfen dennoch nicht müde werden, die Verhältnisse öffentlich zu skandalisieren, müssen auch in ökonomische Diskurse einsteigen („Was kostet die Videoüberwachung eines Parks?“), flexibel auf politische Veränderungen reagieren (z.B. angesichts von Vertreibungen mobile Drogenhilfeeinrichtungen fordern) und die Hilfeangebote kontinuierlich überprüfen und weiterentwickeln.

Gesundheitsförderung und strukturelle Prävention (wieder) ernst nehmen und umsetzen

In der 1986 verabschiedeten „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“¹ heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ Die Kernaussage ist: Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und auch Verantwortung für die Gesundheit anderer zu übernehmen.

Die Rolle der Professionellen dabei lässt sich idealerweise mit dem Status eines Mentors charakterisieren, der mit seiner Arbeit vermittelnd, fördernd und unterstützend zu diesem „Empowerment“ beiträgt. Dieser Prozess kann aber nicht ohne die Schaffung und Veränderung entsprechender sozialer, politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen erfolgen: Individuelle Gesundheitsförderung wirkt

auf die Lebenswelt als das soziale System, strukturelle Gesundheitsförderung wirkt auf individuelle Verhaltensmöglichkeiten zurück. Neben der Analyse und Stärkung von Gesundheitsressourcen Einzelner muss daher auch die politische, gesellschaftliche und kulturelle Dimension der Gesundheit (und damit auch der Gesundheitsrisiken) in den Blick genommen werden.

Kernelemente der so verstandenen Gesundheitsförderung sind der Lebensweltbezug, die Alltags- und Gemeinwesenorientierung, die Partizipation aller Betroffenen und Beteiligten, die Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten und die Orientierung an Kompetenzen und Ressourcen der Menschen. Diese Elemente sind auch konstitutiv für das von der Deutschen AIDS-Hilfe entwickelte Konzept der strukturellen Prävention (vgl. dazu den Beitrag von Klee in diesem Band, S. 107ff.), „sozusagen eine spontane, eigenständige, aus der Problemsituation entwickelte Nachschöpfung der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta“ (Rosenbrock 1998, S. 14), das besonders die Notwendigkeit der politisch-kulturellen Schaffung von Akzeptanz für verschiedene Lebensweisen und den Zusammenhang von Prävention und Emanzipation betont: „Emanzipation ist nicht ohne Prävention und Prävention nicht ohne Emanzipation möglich“ (Rosenbrock 1998, S. 19). Und so mischte sich die Selbsthilfe, traditionell eher auf dem tertiärpräventiven Sektor aktiv (also bei der gemeinsamen Bewältigung einer Krankheit oder Behinderung), zum ersten Mal auch in die Primär- und Sekundärprävention ein, sorgte dafür, dass Prävention von und für Betroffene gemacht wurde, dass man neue und unkonventionelle Wege der zielgruppenspezifischen Ansprache und öffentlichen Thematisierung von Gesundheitsrisiken beschritt und eine Politisierung und Skandalisierung erreichte, von der man in anderen Gesundheitsbereichen (z. B. bei Muskel- und Skeletterkrankungen) weit entfernt ist.

Vor der Folie der strukturellen Prävention wird auch verständlich, warum sich die Aidshilfe zum Beispiel – gemeinsam mit mutigen Ärztinnen und Ärzten, Drogenabhängigen, ihren Eltern und Angehörigen, Wissenschaftlern, Politikern und engagierten Personen aus Beratung und Hilfesystem – für die Etablierung der Substitutionsbehandlung und gegen die Abstinenzforderung und repressive Tendenzen einge-

setzt haben: Hier geht es darum, das Selbsthilfepotenzial von Drogengebrauchern und ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung über die eigenen Lebensumstände zu stärken („Empowerment“), indem sie vom Konsumdruck befreit, gesundheitlich stabilisiert und sozial (re-)integriert werden.

Gutes noch besser machen: genau(er) hinsehen

Strukturelle HIV- und Hepatitisprävention ist im Grunde sehr einfach: Grundvoraussetzung sind der Zugang zu Informationen und Prophylaxematerialien (Kondome, sterile Spritzen und Nadeln, Desinfektionsmittel usw.), auf der politischen, sozialen, und kulturellen Ebene Verhältnisse, die die Umsetzung schadensminimierenden oder gesundheitsförderlichen Verhaltens ermöglichen.

Um allerdings Verhaltensänderungen zu erreichen (insbesondere im Umgang mit Gesundheitsrisiken), muss man genau hinsehen, welche Faktoren auf welche Weise die Absichten und das Verhalten beeinflussen (können)², wie also Risikoverhalten sozial und kulturell organisiert und verankert ist. (Erst dann wird man übrigens auch verstehen, warum Risikominimierung nicht von allen und nicht immer umgesetzt wird und umgesetzt werden kann.)

Hier einige Beispiele dafür, wo genau(er)es Hinsehen erforderlich ist:

● **Risikohierarchien**

Im Alltag ist für viele Drogenkonsumenten die Gefahr einer Überdosis bedeutsamer, gegenwärtiger und auch zeitlich näher als z.B. die Gefahr bzw. die möglichen (und sich zum Teil erst später zeigenden) Folgen einer HIV- oder Hepatitisinfektion. Hierher gehört auch, dass das Risiko der sexuellen Übertragung von HIV, Hepatitis-B-Virus (HBV) oder auch Hepatitis-C-Virus (HCV) gegenüber der Übertragung beim Dro-

2 *vgl. hierzu die ausführliche Darstellung zu Faktoren, die Ansichten und Verhalten von Drogengebrauchern beeinflussen können, in DAH 2003, S. 210–218*

genkonsum oft unterschätzt bzw. diesem untergeordnet wird: „Ich schlafe ohne Kondom mit meinem Partner, aber ich würde niemals Spritzen gemeinsam mit jemand anderem verwenden.“

● Einstellungen/Haltungen

Bei der Risikoeinschätzung und der Bewertung von Verhalten (also z. B. der Gewichtung von Vor- und Nachteilen) spielen auch Einstellungen und Haltungen eine Rolle, wobei dies nicht nur ein rationaler Prozess ist. Auch „irrationale Aspekte“ fließen mit ein, Gewohnheiten, Gefühle, Vorstellungen, Überzeugungen. So wird etwa der Verzicht auf Kondome innerhalb einer Partnerschaft oft als „Liebesbeweis“ gewertet, die Verwendung eines Kondoms hingegen als Zeichen von Misstrauen oder für „Untreue“. Viele lehnen Kondome auch deshalb ab, weil sie als störend und einschränkend empfunden werden und die Vorteile (z. B. Schutz vor HIV und Senkung des Risikos einer Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten) nicht unmittelbar erfahrbar sind.

● Soziale Einflüsse, Werte und Normen

Die Freiheit, sich für risikominimierendes Verhalten zu entscheiden, kann durch soziale Einflüsse, Werte und Normen eingeschränkt sein. So sind etwa viele Beziehungen – vor allem auch sexuelle Beziehungen – von Macht(-ansprüchen) und Abhängigkeiten geprägt, was es den Schwächeren (oft Frauen) schwer macht, ihre Interessen und den Schutz ihrer Gesundheit durchzusetzen. Ein anderes Beispiel: In vielen Gefängnissen ist es üblich, Spritzen und Nadeln von Mithäftlingen zu benutzen, denen man vertraut (sie werden einfach nur mit kaltem Wasser ausgespült). Eine Ablehnung des gemeinsamen Spritzengebrauchs würde als Zeichen des Misstrauens gewertet und müsste begründet werden. Solche sozialen Einflüsse können sich aber auch positiv auswirken: Wenn etwa Peer-Leader, also einflussreiche und angesehene Peers, denen man vertraut und die als Vorbilder anerkannt sind, bestimmte Konsumformen oder Safer-Use-Techniken „vormachen“, bestehen gute Chancen, dass andere Drogenkonsumenten es ihnen gleichtun.

● Strukturelle Barrieren für risikominimierendes Verhalten

Risikominimierung stößt dort an ihre Grenzen, wo die äußeren Bedingungen einen adäquaten Umgang mit Risiken verhindern. Was z. B. soll ein Drogengebraucher in Haft tun, der seine Gesundheit schützen will, aber weder Zugang zu sterilem Injektionszubehör noch zu Desinfektionsmitteln hat? Wie soll ein Drogengebraucher „draußen“ unter halbwegs hygienischen Bedingungen konsumieren, wenn es keinen Drogenkonsumraum gibt und seine Situation vielmehr durch die ständige Angst vor Verfolgung und Vertreibung geprägt ist? Ein anderes Beispiel für strukturelle Barrieren: Die Kriminalisierung und der dadurch bewirkte hohe Schwarzmarktpreis haben dazu geführt, dass in Deutschland der intravenöse Drogenkonsum am weitesten verbreitet ist (weil auf diese Weise auch bei schlechter Stoffqualität das gewünschte Ergebnis erreicht werden kann). In den Niederlanden dagegen rauchen etwa zwei Drittel der Konsumenten von Folie („chasing the dragon“/„chinesen“) – was allerdings eine gute Heroinqualität voraussetzt.

● „Hidden risks“ und „Besser-als-nichts-Strategien“

Um „versteckte Risiken“ (insbesondere mit Blick auf die HCV-Übertragung) wie etwa Hygienelücken und bisher unbekanntes Übertragungsmuster zu analysieren und entsprechende Präventionsansätze zu entwickeln, muss man ethnografische Methoden wie die teilnehmende Beobachtung oder ähnliche Mittel anwenden (qualitative sozialwissenschaftliche Forschung, Videoaufnahmen – eine Videostudie zur Injektionsvorbereitung und -durchführung zeigte zum Beispiel, dass die meisten Konsumenten die Einstichstelle nach dem Herausziehen der Nadel mit dem Daumen abdrückten, um die Blutung zu stoppen, sich aber danach nicht mehr die Hände wuschen, d. h. potenzielle HCV-Überträger waren; dieses verbreitete Verhalten ist bisher in kaum einer Präventionsbotschaft aufgegriffen worden (vgl. dazu den Beitrag von Leicht/Stöver/Heudtlass in diesem Band, S. 88 ff.). Bei der Erforschung solcher Risiken sind unbedingt das Expertenwissen und die Kompetenz der Betroffenen einzubeziehen, insbesondere wenn es um

„Besser-als-nichts-Strategien“ geht, also die Beschreibung von Selbstmanagementtechniken und Verhaltensmöglichkeiten bei „alltäglichen Hygienefällen“ (z. B. wenn Drogen vorhanden sind, aber kein ausreichend steriles Injektionsmaterial).

● Peer-Support – die Kommunikation der Zielgruppe nutzen

Drogenkonsum wird in sozialen Bezügen erlernt und weiterentwickelt, d. h. in der Peer-Group der Drogengebraucher. Hier wird Wissen weitergegeben und werden Fertigkeiten und Techniken vermittelt (z. B. über Wirkungen von Drogen oder des Mischkonsums, darüber, welche Mengen aufgekocht werden und welche „Cocktails“ es gibt, oder über die Wahl der Spritze, das Abbinden oder die Venensuche), und es bilden sich Wertungen (z. B. zu den Gefahren des Mischkonsums). Diese nicht institutionalisierte, alltägliche gegenseitige Informierung und Beeinflussung sind von entscheidender Bedeutung für die Bildung eines Risikobewusstseins und eines darauf basierenden Risikomanagements, wobei längst nicht alle auf diesem Weg transportierten Informationen richtig sind – auch Mythen, Verklärungen, „Ideologien“, unbegründbare Behauptungen und Falschinformationen werden hier verbreitet (ebenso wie in anderen kommunikativen und sozialen Zusammenhängen). Die Kommunikation innerhalb der Zielgruppe sollte daher unterstützt (Peer-Support) und im Rahmen der „Peer-Education“ genutzt werden, um Informationen und Maßnahmen zur Risikominimierung passgenau zu vermitteln (siehe auch oben: Soziale Einflüsse, Werte und Normen).

● Selbsthilfe/-organisation fördern

Die Erkenntnis, dass sich nur durch die aktive Einbeziehung Betroffener glaubwürdige und wirksame Präventionsstrategien entwickeln lassen (vgl. Lemmen 2002, S. 10), hat sich bisher leider nur bedingt auf die Praxis der Prävention ausgewirkt. Namentlich die Aids-Hilfen haben allerdings wichtige Impulse für die Initiierung von Selbsthilfe und Selbstorganisation (auch und gerade von Drogengebrauchern) gegeben und diese auch nachhaltig gefördert, indem sie sich für die Schaffung der

dazu nötigen politischen, finanziellen, personellen und materiellen Rahmenbedingungen engagiert haben und weiter engagieren (zur Selbsthilfeförderung in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit vgl. Hentschel 2002). Ansonsten wird die Partizipation nur allzu oft zur Legitimationsbeschaffung degradiert: „Maßnahmen zur Beteiligung und Aktivierung werden nicht systematisch aufgegriffen, sondern vielmehr wird Beteiligung als ‚notwendiges Übel‘ und letztlich als ‚Störung‘ des eigenen Gestaltungsraumes begriffen. [...] In begrenztem Umfang wird den Selbsthilfeorganisationsprozessen Einfluss zugestanden unter der Maßgabe opportunen Verhaltens“ (Geene 2000, S. 352). Hier ist weitere Lobbyarbeit von Drogengebrauchern und für Drogengebraucher erforderlich; ohne Umsteuern in der Finanzierung – was angesichts der klammen Kassen vieler Kommunen zulasten der professionellen Fremdhilfe gehen wird – lässt sich Partizipation und die Einbeziehung und Nutzung von Betroffenenkompetenz seriös nicht erreichen.

● Wissen und Fertigkeiten

Entgegen landläufiger Meinung nehmen Drogenkonsumenten Risiken sehr wohl wahr, doch ist das angewandte Risikomanagement oft von Mythen bzw. falschen Informationen („Im Drogennotfall Kochsalzlösung spritzen“) oder Nichtwissen („Wie desinfiziere ich eine Spritze?“) geprägt. Hier bedarf es nicht nur der Vermittlung von Wissen und Erfahrungen, sondern auch der Einübung von Fertigkeiten. Sonst kann nämlich die Diskrepanz zwischen „präventivem Sollen“ (Risikominimierung) und den Fähigkeiten, damit zurecht zu kommen, zu groß werden, sodass die gesetzten Gesundheitsziele abgelehnt und von den Drogenkonsumenten nicht in ihre Alltagspraxis übernommen werden. Es empfiehlt sich daher meist, Ziele unterhalb des maximal Erreichbaren anzusetzen, die annehmbar und erreichbar sind.

● Geschlechtsspezifika

Themen wie die HIV-Infektion, aber auch Drogenkonsum oder Sucht sind vor allem „Männnerthemen“: Zwei Drittel der etwa 2,5 Mio. Alko-

holiker in Deutschland sind Männer, mindestens ebenso groß ist ihr Anteil an den schätzungsweise 150.000 Opiatkonsumenten. Dennoch gibt es, anders als für Mädchen und Frauen (vgl. z.B. Hilgefort 2000), kaum jungen- oder männerspezifische Ansätze in der HIV- und Drogenarbeit. Hier gilt es, verstärkt die mit dem Alkohol- und Drogenkonsum von (insbesondere jugendlichen und jungen) Männern verbundenen Konstruktionen von Männlichkeit und ihre Auswirkungen auf Risikobewusstsein und Risikoverhalten sowie auf das Verhalten gegenüber anderen (z.B. Schwächeren) in den Blick zu nehmen. Dazu gehören Faktoren wie Unverletzlichkeitsfantasien, Risikobereitschaft, Übermut vor allem im Gruppenerleben, Macht, Stärke, Gewalt und Sexualität oder Selbstverleugnung und Betäubung.

● Prophylaxehilfsmittel

Es gibt zwar weit über hundertachtzig Spritzenautomaten in deutschen Städten, die einen 24-Stunden-Zugang ermöglichen, mehrere hundert Spritzenvergabeprojekte, eine Vielzahl von Spritzen verkaufenden Apotheken, aber nur wenige Angebote mit zusätzlichen infektionsprophylaktischen Materialien, etwa sterile Löffel (z.B. „Stéricup“, ein Einweglöffel, der so zugleich das Risiko der gemeinsamen Benutzung verdeutlicht), Trockentupfer, mit denen die Hepatitisübertragung durch Blutreste an den Händen vermieden werden soll, Alkoholtupfer, um die Verbreitung von Staphylokokken zu begrenzen, oder kleine Wasserfläschchen für den individuellen Gebrauch.

● „Risk environments“

Eine „Risikoumgebung“ *par excellence* ist die Haftanstalt, insbesondere, was die Verbreitung von Hepatitiden angeht³ – das ist der öffentlichen Aufmerksamkeit durch die Fokussierung auf HIV offenbar bisher weitgehend entgangen. Zählt man an einem beliebigen Stichtag die in deutschen Gefängnissen einsitzenden Drogenkonsumenten, kommt

3 vgl. hierzu Jacob/Keppler/Stöver (Hg.) 2001

man auf etwa 10.000 bis 20.000 – das ist etwa jeder achte bis jeder vierte Gefangene! Ein Drittel bis die Hälfte von ihnen setzt auch in Haft den intravenösen Drogenkonsum fort, oft ohne geeignete Möglichkeiten und Hilfsmittel zur Schadensminimierung; und eine nicht unerhebliche Zahl von Gefangenen beginnt erst in Haft mit dem intravenösen Drogenkonsum (je nach Studie zwischen 5 und 20 %). Die Zahlen sprechen Bände: Gaube u. a. (1993) ermittelten in der Justizvollzugsanstalt Wolfenbüttel eine gegenüber der Normalbevölkerung 100- bis 200fach erhöhte Verbreitung der drei Hepatitiden A, B und C. Keppler, Nolte und Stöver fanden bei einer Untersuchung in der niedersächsischen Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta Infektionsraten von 78 % für Hepatitis B und 74,8 % für Hepatitis C bei Drogen gebrauchenden Gefangenen (Keppler/Nolte/Stöver 1996, S. 104); von den 41 serokonvertierten (= neu infizierten) Patientinnen hatten 20 (48,8 %) ihre Hepatitisinfektion während der Haft erworben (vgl. dazu auch Bornemann/Stöver 2002). Andere in deutschen Haftanstalten durchgeführte Studien kamen zu Prävalenzraten zwischen etwa 40 und 90 % für Hepatitis B und C (vgl. Stöver 2001, S. 43; Tielking/Becker/Stöver 2003). Was HIV angeht, ist die Lage zum Glück nicht ganz so dramatisch, doch kann man davon ausgehen, dass mindestens etwa 1 % aller Gefangenen HIV-infiziert sind (insbesondere intravenös Drogen Konsumierende), womit die Prävalenz in dieser Gruppe etwa 25-mal höher wäre als in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Stöver 2001, S. 37). Deutlich wird: Angebote zur Schadensminimierung, die sich „draußen“ und zum Teil auch in Haft längst bewährt haben, müssen auch und gerade in Justizvollzugsanstalten vorgehalten werden – sie dürfen nicht ab-, sondern müssen auf- und ausgebaut werden!

- **HIV- und Hepatitisprävention: getrennt marschieren, vereint schlagen**

Die Hepatitis ist nie über den Status einer stillen, „vergessenen“ Krankheit hinausgekommen, obwohl die Prävalenzraten viel besorgniserregender sind als bei HIV – sie ist die Krankheit von Drogengebern. Hier werden Versäumnisse der Politik, aber auch der Aids- und Drogen-

hilfe deutlich, die zu lange auf eine „Huckepack-Strategie“ gesetzt haben, d.h. die Hepatitisprävention gewissermaßen im Schlepptau der HIV-Prävention mitgezogen haben. Während aber die Übertragungswege von HIV klar und den meisten Drogengebern bekannt sind, sieht das bei Hepatitiden (insbesondere Hepatitis C) anders aus. So stellt etwa – anders als bei HIV – getrocknetes Blut für längere Zeit eine Infektionsquelle dar. Hepatitis-C-Viren können in eingetrockneten Blutresten etwa eine Woche „überleben“, d. h. stabil und ansteckungsfähig bleiben (einige Autoren sprechen sogar von bis zu vier Wochen, vgl. z.B. Kools/Boerboom/Viergever 2000). Hier spielt also Hygiene eine große Rolle, denn durch Blutreste an den Fingern, aber auch an anderen Gegenständen wie Feuerzeugen, Streichhölzern, Alkoholtupfern, Abbindeband, Tischplatten, Röhrchen (zum „Sniefen“) usw. sind Übertragungen möglich. Deutlich wird: Es bedarf nicht nur (eher pflichtschuldig erarbeiteter) Broschüren, sondern zündender Ideen und vor allem der Personalkommunikation (z. B. im Rahmen von Peer-Education und Peer-Support), um das Bewusstsein für die Hepatitis-Infektionsrisiken zu schärfen und das Wissen sowie die Techniken und Fertigkeiten zur Risikominimierung zu vermitteln. Genau das aber kommt in den auf große Populationen ausgerichteten Kontakt-, Beratungs- und Konsumräumen oftmals zu kurz, und auch die Zusammenarbeit der einzelnen Teile des Drogenhilfesystems im engeren und weiteren Sinne (dies umfasst nicht nur die Prävention, sondern z. B. auch das Gesundheitswesen, die Wohnungs-, Jugend- oder Straffälligenhilfe, Politik und Verwaltung) bedarf dringend der Qualitätsentwicklung. Ein gutes Beispiel für eine solche Präventionsaktion ist eine Kampagne von Fixpunkt e.V., die auf die Notwendigkeit des Händewaschens hinweist. Die Kampagne umfasst Plakate und Aufkleber zum Thema, die in entsprechenden Einrichtungen aufgehängt bzw. an Drogenkonsumenten verteilt werden, Gespräche mit Drogengebern in der Vor-Ort-Arbeit, das Verteilen von Seifenstücken mit Informationsaufdruck und die Implementierung des Angebots „Händewaschen“ und „Schulungen in der Händewaschtechnik“ in der niedrigschwelligen Drogenarbeit, z. B. im Drogenkonsum-Mobil bzw. im Drogenkonsumraum.

Zu beachten ist auch die Differenz zwischen HIV- und Hepatitisprävention in Sachen Impfmöglichkeiten: Während es keine Impfung

gegen HIV gibt, kann man sich immerhin gegen Hepatitis A und B impfen lassen. Hier haben sich entsprechende Impfkampagnen bewährt, die sich auch und gerade an (inhaftierte) Drogengebraucher wenden müssen (vgl. Leicht/Stöver 2004).

Gemeinsam „schlagen“ müssen HIV- und Hepatitisprävention aber da, wo es um die Entwicklung von und den Zugang zu passgenauen Angeboten und Hilfsmitteln der Schadensminimierung geht – schließlich ist Verhaltensprävention nicht möglich ohne die entsprechenden Verhältnisse und die nötigen Ressourcen und Materialien. Dafür ist nicht zuletzt eine „Re-Politisierung“ der Aids- und Drogenhilfe erforderlich, braucht man kluge Köpfe mit Ideen, streitbare Menschen, die Missstände skandalisieren und die Verhältnisse verändern wollen.

Literatur

Bornemann/Stöver 2002

Bornemann, R./Stöver, H.: Schadensminderung (beim Drogenkonsum). In: Fengler, J. (Hg.): *Handbuch der Suchtbehandlung*. Landsberg: ecomed 2002, S. 468–477

DAH 2003

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): Risikominimierung im Strafvollzug. Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen (Loseblattsammlung, basierend auf Trautmann, F./Stöver, H. [Hg.]: Risk Reduction for Drug Users in Prison – Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System. Utrecht: Trimbo's Institute 2001). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2003

Gaube u. a. 1993

Gaube, J. u. a.: Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen. In: *Gesundheitswesen*, 55(5), S. 246–249

Geene 2000

Geene, R.: AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag 2000

Hentschel 2002

Hentschel, A.: Selbsthilfeförderung in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. In: *AIDS Selbst Hilfe* (AIDS-FORUM DAH, Band 44). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2002, S. 45–84

Hilgefert 2000

Hilgefert, G.: Handbuch HIV-Prävention für Mädchen und Frauen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2000

Jacob/Keppler/Stöver (Hg.) 2001

Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg.): LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug (AIDS-FORUM DAH, Band 42). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2001

Keppler/Nolte/Stöver 1996

Keppler, K./Nolte, F./Stöver, H.: Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. In: *Sucht*, (2)1996, S. 98 ff.

Kools/Boerboom/Viergever 2000

Kools, J.-P./Boerboom, S./Viergever, B. : Hepatitis und Drogengebrauch – Vorbeugung und Gesundheitsratschläge. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. Frankfurt: Fachhochschulverlag 200, S. 281–293

Leicht/Stöver 2004

Leicht, A./Stöver, H.: Innovative Strategien der Hepatitis-C-Prävention. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. 4. Auflage. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2004 (im Druck)

Lemmen 2002

Lemmen, K.: Einführung. In: *AIDS Selbst Hilfe* (AIDS-FORUM DAH, Band 44). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2002, S. 7–11

Marcus 2000

Marcus, U.: Vorwort. In: Ders. (Hg.): *Glück gehabt? Zwei Jahrzehnte AIDS in Deutschland*. Berlin/Wien: Blackwell Wissenschaftsverlag 2000, S. XIII–XVI

Rosenbrock 1998

Rosenbrock, R.: Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit (Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P98-201). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 1998 (im Internet unter <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/1998/p98-201.pdf>)

Stöver 2001

Stöver, H.: Drogen, HIV und Hepatitis im Strafvollzug – eine Bestandsaufnahme. In: Jacob, J./Keppler, K./Stöver, H. (Hg.): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug* (AIDS-FORUM DAH, Band 42). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2001, S. 13–65

Tielking/Becker/Stöver 2003

Tielking, K./Becker, S./Stöver, H.: Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug (Schriftenreihe Gesundheitsförderung im Justizvollzug, Bd. 9). Oldenburg: BIS-Verlag 2003

Entwicklung von Drogenmündigkeit

..... **Gundula Barsch**

Abstinenzorientierte Drogenprävention – ein Blick zurück

Die Aidshilfen arbeiten schon seit Jahren an präventionspolitischen Veränderungen, die nicht nur im Interesse der HIV- und Hepatitisprävention dringend erforderlich sind. Mit dem Aufkommen immer neuer Subkulturen, in denen jeweils unterschiedliche psychoaktive Substanzen konsumiert werden, wird mehr und mehr deutlich, dass die ange-mahnten Veränderungen über den Aufgabenbereich der Aidshilfen hinaus gültig sind. Mehr als ein Jahrzehnt Arbeit im Feld Drogen sind auch davon geprägt, den stigmatisierenden Vorurteilen mit ihren schwerwiegenden Auswirkungen auf den Umgang mit Drogen konsumierenden Menschen andere Bilder entgegenzusetzen.

Die bis heute praktizierte Suchtprävention ist in ihren wesentlichen Ideen immer noch von den Überlegungen der ersten Präventionsbemühungen Anfang der siebziger Jahre beeinflusst. Damals wurde alles, was für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen relevant war, auf zwei Interpretationspole hin gedeutet: Abstinenz oder Abhängigkeit. Gestützt wurde diese Ausdeutung des Drogenkonsums durch mechanistische Vorstellungen, nach denen Sucht/Abhängigkeit

weitgehend linear und fast immer dramatisch verlaufe. Sucht wurde als eine Karriere gedacht, die bereits mit dem ersten Probieren beginne, sich jeglicher Möglichkeit einer Steuerung und Kontrolle entziehe, ohne therapeutische Intervention nicht zu beenden sei und die Gesundheit (vgl. Tretter 1999) und Gesellschaftsfähigkeit der Konsumenten gravierend untergrabe (z. B. in Form des so genannten amotivationalen Syndroms¹). Die damals praktizierte Suchtprävention entsprach in hohem Maß einer Drogenpolitik, die auf den drogenfreien Menschen orientierte und Grundlagen schuf für therapieorientierte Änderungsstrategien auch gegen den Willen der Konsumenten.

Im Laufe der Zeit wurde klar, dass eine entmündigende, abstinenzfixierte Politik ungeeignet ist, Drogenproblemen wirklich zu begegnen. In Deutschland hat weder ein prohibitiv angelegtes Drogenrecht noch eine abstinenzorientierte Suchtprävention verhindern können, dass in der Bevölkerung massenhaft alte und neue, legale und illegalisierte psychoaktive Substanzen konsumiert werden und entsprechende Probleme entstehen.

Wenngleich die Präventionsbemühungen inzwischen professionalisiert und institutionalisiert wurden, hält auch die heutige Suchtprävention mit ihren Kernaussagen an dem polarisierenden Code „drogenabhängig oder abstinent“ fest. Dieser aber verstellt den Blick darauf, dass Frauen und Männer sehr unterschiedliche psychoaktive Substanzen in sehr verschiedenen Lebensphasen und in sehr verschiedenen Situationen konsumieren. Die althergebrachten Wahrnehmungsmuster verhindern die Einsicht, dass nicht jeder Drogenkonsum zwangsläufig zu Abhängigkeit führt, sondern durchaus eigenständig gestaltet werden kann. Die Abstinenzfixierung lässt es nicht zu, bestimmte Konsumformen sozial zu akzeptieren und sie in den persönlichen Lebensstil zu integrieren.

1 *Abbau von Leistungsmotivation und Leistungsstreben. Den Anforderungen an die persönliche Entwicklung kann der/die Betreffende dann nicht mehr entsprechen (Täschner 1995).*

Kompetenzentwicklung statt Zwang und Entmündigung

Schwierigkeiten im Umgang mit psychoaktiven Substanzen stehen nicht unbedingt in Zusammenhang mit Abhängigkeit. Abhängigkeit, vor allem in der schweren, lebensbedrohlichen Form, ist ein seltenes Ereignis. Die Zahl der von legalen Drogen (Alkohol, Nikotin) und illegalisierten Drogen abhängigen Menschen liegt unter fünf Prozent, und die Zahl derer, die gefährdet sind, eine Abhängigkeit zu entwickeln, bei etwa 20 Prozent pro Jahrgang.

Vor diesem Hintergrund darf das Risiko einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen zwar nicht verharmlost werden; bemüht man sich aber ausschließlich um die Verhinderung von Abhängigkeit, werden weitere mögliche Zugänge zum Thema versperrt. So müssten z. B. endlich die Schwierigkeiten im Umgang mit psychoaktiven Substanzen in den Blick genommen werden, die sich aus heiklen Konsumsituationen ergeben (falscher Ort, falsche Zeit, falsche Menge, falsche Person, falsche Applikationstechnik). Die persönlichen und sozialen Folgen (z. B. Unfälle, physische Gewalt) wiegen hier oft sehr viel schwerer als eine Abhängigkeit. Solche Schwierigkeiten lassen sich nicht mit der einfachen Botschaft „Abstinenz!“ beseitigen, zumal diese Botschaft bei legalen und kulturintegrierten, aber auch bei einer Reihe derzeit illegalisierter psychoaktiver Substanzen kaum akzeptiert wird. Geht es der Politik wirklich darum, die Probleme im Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu mindern, muss sie diese gesellschaftlichen Realitäten anerkennen. Dazu gehört zuallererst, dass zwischen Drogengebrauch, Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit unterschieden wird.

Ähnlich wie in der Drogenhilfe, in der die akzeptierende Drogenarbeit Ende der achtziger Jahre neue Leitlinien initiiert hat, zeichnet sich nun die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels bei der Prävention ab. Dieser muss auf einem differenzierten Verständnis von Abhängigkeit und vom Konsum psychoaktiver Substanzen gründen. Dass darüber nachgedacht werden muss, wurde bereits 1999 in dem

von der Deutschen AIDS-Hilfe und anderen verfassten „Drogenpolitischen Memorandum“ (DAH u. a. 1999) gefordert. Die Arbeit an neuen Grundmustern zur Verringerung von Drogenproblemen kann sich zudem auf zahlreiche wissenschaftliche und praktische Erfahrungen stützen, die es allerdings noch couragierter als bisher „zusammenzudenken“ gilt.

Zu den wesentlichen, heute wissenschaftlich weitgehend akzeptierten Tatsachen gehören folgende:

- Bestimmte Formen des Konsums psychoaktiver Substanzen sind durchaus mit physischer, psychischer und sozialer Gesundheit vereinbar (vgl. u. a. für Cannabis Kleiber/Soellner 1998).
- Drogenkonsum ist nicht nur destruktiv, sondern kann auch persönlichkeitsfördernde und sogar schützende Aspekte haben.
- Drogenkonsum geht keineswegs zwangsläufig mit körperlichen und/oder psychischen Störungen einher.
- Drogenkonsum unterminiert nicht per se die Gesellschaftsfähigkeit und Gesundheit der Konsumenten.

Der Konsum psychoaktiver Substanzen – zumindest in kontrollierter Form – sollte als ein Handeln wahrgenommen werden, das unter bestimmten Bedingungen in die Lebenswirklichkeit der Menschen integrierbar ist, dort seinen berechtigten Platz hat und mit gesellschaftlichen Werten vereinbar sein kann. Drogenkonsum sollte man nicht mehr als etwas zu Überwindendes ansehen; vielmehr gilt es, für den sozial integrierten Drogengebrauch gezielt Kompetenzen zu entwickeln.

Als gewolltes „Nebenprodukt“ dieser Wahrnehmungsweise gerät der Mensch als Drogenkonsument in den Blick: Er wird wieder als Subjekt sichtbar mit seinen Fähigkeiten, angemessen, spricht: sozial verantwortlich und selbstbestimmt mit psychoaktiven Substanzen umzugehen.

Pluralisierung der Drogenkonsumkultur

Die Auseinandersetzung mit psychoaktiven Substanzen ist in unserer Gesellschaft für (fast) alle Bürger eine Herausforderung, der sie sich in verschiedenen Lebensphasen auf je spezifische Weise stellen müssen. Zu einem der aktuellen Situation angemessenen Umgang mit diesen Drogen zu finden, ist somit ein lebenslanger Prozess. Ein Blick auf die legal zugänglichen Drogen verdeutlicht, dass sich dabei nur wenige Menschen für völlige Abstinenz entscheiden.

Die Menschen der modernen westlichen Gesellschaften beschränken sich bei der Wahl von Drogen längst nicht mehr allein auf Alkohol, Nikotin und Koffein. Obwohl die strafrechtlichen Bestimmungen z. B. in Deutschland unverändert geblieben sind, werden auch hierzulande sehr verschiedene psychoaktive Substanzen konsumiert. Die einen nehmen die als Genussmittel legalisierten Drogen, andere schlucken Medikamente, wieder andere gebrauchen illegalisierte Substanzen oder erschließen für sich Naturdrogen. So findet „die Pluralisierung der Lebensstile“ ihre Entsprechung in der „Pluralisierung der Drogenkonsumkultur“.

Wer dies anerkennt, muss zu dem Schluss kommen, dass alle Menschen – unabhängig davon, welche Substanzen sie konsumieren – ein Recht auf Unterstützung und Hilfe bei der Entwicklung eines angemessenen Umgangs mit Drogen haben sollten. Die Tabuisierung bestimmter drogenbezogener Erkenntnisse und Erfahrungen erweist sich als destruktiv: Wer legale Drogen konsumiert, wird dadurch bevorzugt, wer illegale nimmt, wird doppelt benachteiligt, weil er oder sie nicht nur keine Unterstützung bekommt, sondern auch noch stigmatisiert und ausgrenzt wird.

Zu den Aufgaben moderner Gesellschaften gehört zweifellos, Drogenprobleme durch soziale Einflussnahme zu mindern. Denn Drogenkonsum ist und bleibt ein Phänomen, das durch gesellschaftliche Werte und Normen, durch Erwartungen, Symbolisierungen u.Ä. sozial geprägt wird. Folgerichtig ist Drogenkonsum auch sozial gestaltbar. Dieses Ziel kann am ehesten erreicht werden, wenn man die Menschen bei der Auseinandersetzung mit psychoaktiven Substanzen so unter-

stützt, dass sie zu einem „mündigen“ und damit unproblematischen Umgang mit ihnen finden.

Salutogenetische² Orientierung versus Abstinenzfixierung

„Den Leuten auch noch den Umgang mit Drogen beibringen?“ – ein Ausruf, den Aidshilfe-Mitarbeiter oft zu hören bekommen, wenn sie Safer-Use-Botschaften vermitteln oder Safer-Use-Trainings anbieten. Hier wird die Doppelmoral und die Inkonsistenz einer Prävention spürbar, die den Spagat von der Abstinenzorientierung in Primärbereich zur Schadensminimierung (Harm-Reduction) im Sekundärbereich zu meistern versucht. Verständlich, dass Konfusion entsteht, wenn in den Gruppen, an die sich Präventionsbemühungen wenden, Nichtkonsumenten und Konsumenten oft gar nicht klar voneinander unterscheidbar sind – wenn sich also die Zielgruppen für Primär- oder Sekundärprävention vermischen.

Es zeichnet sich bereits ab, dass eine verhaltensorientierte Herangehensweise in der Suchtprävention wesentlich produktiver sein wird. Das bedeutet, dass Präventionsziele neu formuliert werden müssen: weg von der Abstinenzorientierung, hin zu Problemorientierung. Bei diesem Ansatz gilt es, die Entwicklung individueller und kollektiver Ressourcen zu unterstützen, um das Entstehen von Problemen zu verhindern oder bereits vorhandene Probleme zu lindern – womit auch bei den Arbeitsmethoden eine Wendung hin zu ressourcenorientierten („salutogenetischen“) Ansätzen erfolgen muss.

Selbstverständlich schließt die Problemorientierung auch Abstinenzempfehlungen mit ein. Abstinenz ist hier jedoch kein Selbstzweck, sondern wird vielmehr in den Dienst der Problemvermeidung oder Problemminderung gestellt. Auch hier müssen die Menschen, um die es geht, einbezogen werden – ihre aktuelle Lebenslage, ihre Ressourcen und der situative Kontext, in dem Drogen konsumiert werden.

2 *Salutogenese = Entstehen von Gesundheit*

Drogenmündigkeit als Teil von Gesellschaftsfähigkeit

In der Aidshilfe wurden bereits Grundideen entwickelt, die sich unter dem Begriff „Drogenmündigkeit“ zusammenfassen lassen. Die Entwicklung von Drogenmündigkeit zielt darauf, sich eigenständig orientieren, auf vielfältige Alltagssituationen einstellen und zu angemessenen Formen im Umgang mit Drogen finden zu können.

Drogenmündigkeit bedeutet nicht, dass man von Experten formulierte Vorgaben – z.B. akzeptable Alkoholmengen – akkurat befolgen kann. Es ist vielmehr ein sehr komplexes Handeln, das u.a. Risikomanagement, Kritikfähigkeit, Genussfähigkeit und Drogenwissen umfasst. Diese Fähigkeiten schaffen die Basis dafür, dass Menschen in unterschiedlichsten Alltagssituationen, in denen sie mit Drogen in Berührung kommen, autonom und informiert handeln können. Auch die Entscheidung zu Konsumverzicht oder Abstinenz (situativ oder lebenslang) kann – muss aber nicht – Mündigkeit bedeuten.

Drogenmündig ist nicht, wer sich allein sich selbst verpflichtet fühlt und sich mit seinem Drogenkonsum rücksichtslos in der Gemeinschaft platziert, sondern – und darauf verweisen Risikomanagement und Kritikfähigkeit – wer über Gemeinschaftsfähigkeit verfügt und in der Lage ist, selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Mündiger Drogenkonsum ist nämlich vereinbar mit äußeren und sich selbst gestellten Anforderungen; an die Stelle unbewusster Verhaltensweisen tritt ein bewusstes und differenziertes Risikomanagement. Zugleich werden durch den Drogenkonsum bedingte individuelle Verhaltensweisen – z.B. zeitweiliges Loslösen vom Alltag, Orientierung auf die eigene Person, Genuss, Grenzerfahrungen, Lustgewinn – sozialen Zielen untergeordnet, wie etwa dem Vermeiden von Selbst- und Fremdschädigung. Zwar wird das Recht auf Selbstschädigung von vielen hartnäckig verteidigt; gleichwohl ist allgemein anerkannt, dass die Freiheit im Umgang mit Drogen dort ihre Grenzen hat, wo sie das Wohlergehen, die Gesundheit und die Freiheit anderer beeinträchtigt.

Akzeptierende Drogenarbeit auch in der Prävention

Die Erfahrungen, die man im Drogenhilfesystem und in der Aidshilfe mit der akzeptierenden Drogenarbeit gesammelt hat, legen es nahe, auch in der Präventionsarbeit neue Sichtweisen zu etablieren. Das pathogenetische³ Denkmodell, bei dem nur nach der krank machenden Wirkung von Drogen gefragt wird, soll einem salutogenetischen Modell weichen, das erkunden will, wie Menschen durch Drogenkonsum gesund und zufrieden leben und sozial integriert bleiben können. Ein solcher Paradigmenwechsel vollzieht sich gegenwärtig auch in anderen Feldern sozialen Wirkens, wo ressourcenorientiertes Arbeiten und Empowerment in den Vordergrund rücken. Gibt es einen Grund, die Drogenarbeit aus aller Modernisierung auszuschließen?

Aidshilfen, Selbsthilfe-Initiativen und Verbände der akzeptierenden Drogenarbeit haben bereits ein Globalziel einer modernen Strategie zur Verminderung von Drogenproblemen formuliert: Es gilt Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die Entwicklung und Stabilisierung von Drogenmündigkeit auf individueller, kollektiver und gesellschaftlicher Ebene fördern (vgl. DAH u. a. 1999). Sicher, in der Prävention im Drogenbereich können neue Leitideen nur schwer Fuß fassen. Dabei kann jedoch auf umfangreiches Wissen zurückgegriffen werden, das sowohl im Bereich des Opiatkonsums als auch in der Technokultur bereits erfolgreich angewendet wurde.

Konsequente Hinwendung zu substanzbezogenen Zielen

Die gegenwärtige Suchtprävention verweigert sich nach wie vor einer Auseinandersetzung mit substanzbezogenen Zielen und Verhaltensmustern. Noch immer wird Drogenkonsum ausschließlich pathologisch,

3 Pathogenese = Entstehen von Krankheit

als Form der Problembearbeitung, als Hilfesuchen, Stressbewältigung usw. wahrgenommen. Die dahinter stehenden Bedürfnisse der Menschen – Entspannung und Erholung, Gemeinschaftlichkeit, Bewusstseinerweiterung, Suche nach Grenzerfahrungen und Risiko – bleiben weitgehend ausgeblendet.

Die Strategien der Gesundheitsförderung, die bisher bei der Suchtprävention angewandt wurden (v.a. solche zur Entwicklung von alltagspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten), können zum Erreichen des angestrebten Ziels – Verminderung von Drogenproblemen – nur wenig beisteuern, weil Drogen dabei meist gar nicht thematisiert werden. Eine Suchtprävention, die sich ausschließlich auf diese Konzepte stützt, trägt maßgeblich zur Tabuisierung und Unterdrückung einer substanzbezogenen Arbeit bei. Das bekommen bis heute auch die Aidshilfen zu spüren, die sich für ihren Safer-Use-Ansatz und ihr emanzipatorisches Hineinwirken in die verschiedenen Szenen noch immer rechtfertigen müssen. Ansätze, welche die Entwicklung von Drogenkonsumenten fördern, die sich ihrer selbst bewusst sind, und die auf eine kulturelle Einbindung und damit auch „Zähmung“ der Risiken des Drogenkonsums durch die Entwicklung entsprechender Normen und Werte hinwirken, passen einfach nicht zu den Stigmatisierungen, mit denen die Gesellschaft den Konsumenten insbesondere illegalisierter Drogen begegnet.

So wichtig die Ansätze der allgemeinen Gesundheitsförderung bei dem Bemühen um eine Verminderung von Drogenproblemen auch sind: wenn es um die Förderung von Drogenmündigkeit geht, kann auf drogen- und suchtspezifische Ansätze nicht verzichtet werden. Dazu sind zugleich substanzbezogene Ziele erforderlich, vor allem der Erwerb von Drogenwissen, Genussfähigkeit, Risikomanagement-Fähigkeiten und Kritikfähigkeit.

Drogenkunde

Zur Drogenkunde liegen bereits viele Ideen vor. Unbestritten scheint, dass es dabei zum einen um das *Wissen* über Drogen geht und um die *Techniken* des Drogenkonsums, die – neben der praktischen Handhabung – auch auf das Erschließen vielfältiger Erlebenswelten zielen, die

so möglich werden können. Zum anderen geht es um die *kulturellen* Aspekte des Drogenkonsums, um den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten, die Sinngebung sowie das Erkennen von kulturellen Kodizes und den angemessenen Umgang mit ihnen ermöglichen. Drogenkonsumenten sollen also nicht nur ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse kennen lernen, sondern sich auch mit den ökonomischen, politischen, ökologischen und kulturellen Bedingungen des Drogenkonsums auseinandersetzen.

Genussfähigkeit

Genussfähigkeit scheint in unserer Gesellschaft weder gefragt noch in großem Umfang ausgeprägt. In der Regel wird als „Genuss“ ein Konsum propagiert, der mehr und immer schneller verbraucht.

Um die *kulturelle* Dimension von Genussfähigkeit entwickeln zu können, ist es nötig, die Genusssnormen der jeweiligen Drogenkultur – Rationalisierungen, Symbolisierungen, Beweggründe und Inszenierungen – zu kennen und sich kritisch mit ihnen auseinanderzusetzen. Es gibt bisher nur wenige Projekte im Drogenbereich, die sich diesen Aspekten widmen.

Zur *technischen* Seite der Genussfähigkeit gehören Kontrollfertigkeiten: Man muss wissen, wie Drogen wirken und wodurch ihre Wirkung hervorgerufen oder gesteigert werden kann, so etwa durch die bewusste Gestaltung von Set⁴ und Setting⁵. Ebenso muss man in der Lage sein, zwischen dem eigenen Drogenkonsum und Lebensstil sowie zu allen anderen persönlichen Handlungsorientierungen Bezüge herzustellen. Drogenkonsum ist ja kein isolierter Lebensbereich, kann nicht für sich entwickelt oder geändert werden. Welche Drogen auf welche Weise konsumiert werden, steht vielmehr in Wechselwirkung mit anderen Orientierungen, mit biografisch geprägten Gewohnheiten, mit Rollen und Zukunftsentwürfen. Zu einem mündigen Drogenkonsum gehört folglich, dass man ihn auf die eigenen Lebensumstände und auf das soziale Um-

4 Set = die persönliche Einstellung beim Konsum von Drogen

5 Setting = äußere Umstände beim Konsum

feld beziehen kann. Wie stark diese Zusammenhänge bei Drogenkonsumenten zum Tragen kommen, wird oft bei Substituierten deutlich: Die persönliche Entwicklung gelingt dann besonders gut, wenn wirkliche Chancen für die soziale Reintegration bestehen. Die gegenwärtige Praxis der Behandlung mit Ersatzstoffen ist jedoch leider oft sehr substanzfixiert auf die Stoffvergabe beschränkt, während es kaum Chancen z. B. für einen (Wieder-)Einstieg in Arbeit oder Beschäftigung gibt.

Die *motivationale* Dimension schließlich umfasst verschiedenartige Willens- und Erlebensfaktoren, die zu der Fähigkeit beitragen, sich sinnlichen Erfahrungen zu öffnen und sie zu genießen.

Kritikfähigkeit

Wie kritikfähig jemand ist, zeigt sich u. a. darin, wie gut er oder sie Situationen einschätzen kann. Anforderungen und Belastungen, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeiten müssen realistisch beurteilt, den Konsequenzen des Drogenkonsums gegenübergestellt und gegeneinander abgewogen werden können. Wer zu einer solchen *Analyse* in der Lage ist, kann sich für einen Drogenkonsum entscheiden, der im Hinblick auf Drogenmenge, Konsumform, Konsumort und Konsumzeit der jeweiligen Situation entspricht.

Ein wesentliches *reflexives* Element der Kritikfähigkeit ist, sich bewusst machen zu können, welche Funktion der jeweils praktizierte Drogenkonsum hat und in welcher Gemeinschaft er stattfindet, um gegebenenfalls die eigene Entscheidung korrigieren zu können.

Wichtige *ethische* Elemente der Kritikfähigkeit sind sozial verantwortliches Handeln und der Respekt vor der inneren und äußeren Natur des Menschen, der sich im Umgang mit Drogen widerspiegeln muss.

Risikomanagement

Es gibt bereits eine Vielzahl von Überlegungen dazu, wie die Risiken des Drogenkonsums erfolgreich bewältigt werden können (vgl. Fahrenkrug 1998). Besonders wichtig dabei sind Kenntnisse über die Risiken und die Fähigkeit, sie zu mindern oder ganz auszuschließen. Neben

dieser *informativ-technischen* Dimension verfügt das Risikomanagement auch über eine *soziale und ethische* Dimension; gemeint ist die Fähigkeit, sich für einen sozial verantwortlichen Drogenkonsum entscheiden zu können. Das bedeutet, dass auch die Risiken, die der eigene Drogenkonsum für andere hat, wahrgenommen und im Handeln berücksichtigt werden.

Zudem muss man in der Lage sein, soziale Situationen einzuschätzen. Die Belastungen müssen erkannt, die zu ihrer Bewältigung verfügbaren Möglichkeiten realistisch bewertet werden, um daraus Konsequenzen für die Gestaltung des Drogenkonsums ziehen zu können.

Auf dem Weg zur Drogenmündigkeit

In vielen pädagogischen Feldern (z.B. Elternarbeit, Schule, Jugendfreizeit) hat man bisher sogar die Diskussion um die Möglichkeiten und Grenzen des Konsums legaler psychoaktiver Substanzen vermieden. Daher wurden auch kaum Anstrengungen unternommen, die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit der Kultur des Rauchens, Alkoholtrinkens und Medikamentengebrauchs zu fördern und die Aneignung mündiger Konsumformen zu unterstützen.

Der Wechsel von der Abstinenzorientierung hin zur Entwicklung von Drogenmündigkeit erfordert deshalb eine Neuorientierung in der Theorie und in der Praxis der Drogenarbeit. Es gilt, Methoden zur Vermittlung von Drogenwissen, Genussfähigkeit, Kritikfähigkeit und Risikomanagement-Fähigkeiten zu entwickeln, zu reflektieren und zu evaluieren. Die wenigen Erfahrungen, die bisher in der institutionalisierten Suchtprävention gesammelt wurden, reichen dafür nicht aus. Wohl aber gibt es ermutigende, wenngleich bisher viel zu wenig beachtete Ansätze aus anderen Bereichen, z.B. aus der Arbeit mit Drogen konsumierenden Jugendlichen, von Selbsthilfeinitiativen wie z.B. JES oder eve & rave, die sich um die Entwicklung von Drogenkultur und die Verminderung von Drogenproblemen bemühen, ebenso aus der akzeptierenden Drogenarbeit und der Aidshilfe, wo man die Entwicklung von Fähigkeiten zum Risikomanagement unterstützt.



Demonstration des JES-Netzwerks im Jahr 2001

Drogenspezifische Kenntnisse und Fertigkeiten sind nichts Isolier-tes, sondern bauen auf Kompetenzen auf, die das Individuum bereits in anderen Lebensbereichen und -situationen entwickelt hat. Das bedeutet, dass die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Genuss und Risikomanagement insgesamt mit neuer Intensität geführt werden muss. Gerade die in der Aidshilfe geführten Debatten um Drogenkonsum, aber auch um Sexualität und Verantwortung bieten hierfür Anregungen.

Zentrale Akteure bei der Entwicklung von Drogenmündigkeit sind die Drogenkonsumenten selbst sowie deren soziale Netzwerke und Selbsthilfen. Es geht darum, durch eigenes Ausprobieren angemessene Formen des Drogenkonsums zu erarbeiten, selbstbestimmt Interessen zu entwickeln und hinderliche Bedingungen zu verändern. Unterstützende Funktion hat dabei die Entwicklung von Drogenkulturen.

Aufgrund ihrer eingeschränkten Sichtweise hat die Suchtprävention es bisher versäumt, Drogenkulturen zu fördern und zu unterstützen, um auf diese Weise Drogenproblemen vorzubeugen. Bei den legalen Drogen sind es vor allem deren Produzenten gewesen, die kulturbildende Impulse gesetzt haben, allerdings nur, um auf diese Weise ihre marktwirtschaftlichen Interessen zu stützen. Die Bildung von Drogenkulturen darf daher nicht den Anbietern von Drogen überlassen bleiben, sondern sollte zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe gemacht werden.

Im Bereich der illegalisierten Drogen haben Kriminalisierung und Diskriminierung die Entwicklung einer Drogenkultur extrem behindert und entsprechende Potenziale beschnitten und deformiert. Ansätze für eine Drogenkultur konnten sich deshalb nur in begrenzten Personenkreisen und oft auch nur in speziellen Bereichen entwickeln. Voraussetzung für die Entwicklung von Drogenmündigkeit sind straffreie Räume, denn nur so kann eine Konsumentengruppe den Rahmen für gemeinsame drogenbezogene Erfahrungen organisieren, überlieferbare Ansichten zu angemessenen Konsumformen formulieren sowie Wertmaßstäbe und Sinnsysteme entwickeln. Straffreiheit ermöglicht außerdem soziale Unterstützung bei der Entwicklung von Drogenkultur und Begleitung bei der Bewältigung von Drogenkonsumproblemen.

Die Öffnung der Gesellschaft gegenüber Drogenkonsum und Drogenkulturen könnte beginnen mit der Enttabuisierung von Drogenerfahrungen und subkulturellem Wissen, mit emanzipatorischer Arbeit in den einzelnen Konsumentengruppen und mit der Förderung von selbstinitiiierter Hilfe und Unterstützung.

Literatur

DAH u. a. 1999

Deutsche AIDS-Hilfe e.V./eve & rave – Verein zur Förderung der Technokultur und zur Verhinderung von Drogenproblemen e.V./Deutsche Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin e.V./Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V./JES – Bundesweites Netzwerk Junkies, Ehemalige und Substituierte: Drogenpolitisches Memorandum. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999

Fahrenkrug 1998

Fahrenkrug, H.: Risikokompetenz – eine neue Leitlinie für den Umgang mit „risikanten Räuschen“? In: *Suchtmagazin*, 3/1998, S. 23–27

Kleiber/Soellner 1998

Kleiber, D./Soellner, R.: Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Weinheim/München: Juventa Verlag 1998

Täschner 1995

Täschner, K.-L.: Es gibt keine weichen Drogen. Gesundheitliche Gefahren des Cannabiskonsums. Sonderdruck. In: *Politische Studien*, 46/1995

Tretter 1999

Tretter, F.: Illegale Suchtmittel und ihre medizinischen Auswirkungen. In: Höfling, S. (Hg.): *Kampf gegen Sucht und Drogen*. München: Selbstverlag 1999, S. 77–98

Förderung der Drogenselbsthilfe

.....
Axel Hentschel,
Dirk Schäffer
.....

In den letzten 30 Jahren haben sich eine Reihe örtlicher sowie landes- und bundesweit tätiger Selbsthilfen im Bereich illegalisierter Drogen entwickelt, z. B. die auf Drogenabstinenz setzenden Gruppen *Synanon* und *Narcotics Anonymous (NA)* oder akzeptierende Selbsthilfen wie der *Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit* und das bundesweite Netzwerk *JES – Junkies, Ehemalige und Substituierte*, dessen Geschichte eng mit der Aidsbewegung verknüpft ist (siehe unten). Weil sich Aidshilfen und JES-Gruppen vielerorts gemeinsam engagieren und oft auch eine Förderbeziehung eingehen, werden wir in diesem Beitrag immer wieder auf JES Bezug nehmen.

JES und Aidshilfe – eine besondere Beziehung

Als 1983 die ersten Aidsfälle in Deutschland bekannt wurden, zeigte sich sehr schnell, dass nicht nur homosexuelle Männer von der bislang unbekanntem Krankheit betroffen waren. Die HIV-Infektion breitete sich nämlich auch unter jenen Menschen aus, die Drogen spritzten, wodurch sie zur zweiten, von Aids besonders betroffenen Gruppe wurden. Damit waren die Aidshilfen gefordert, neben homosexuellen Män-



Poster des bundesweiten Netzwerks der Junkies, Ehemaligen und Substituierten (JES) aus dem Jahr 2000

nen ebenso Drogengebraucher über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten zu informieren und in ihren Szenen auf Verhaltensänderungen hinzuwirken. Geleitet vom Grundsatz der „Akzeptanz der Lebensweisen“ setzten sie sich zugleich für eine Verbesserung der Lebensbedingungen von Drogengebrauchern ein, deren hohes Infektionsrisiko auch und gerade der Kriminalisierung und Stigmatisierung dieser Zielgruppe geschuldet war (und immer noch ist). Die konzeptionelle Entwicklung und Umsetzung erster niedrigschwelliger Angebote der Überlebenshilfe und Schadensminimierung (z.B. medizinische Grundversorgung, Spritzenvergabe, Gesundheitsräume, Methadonsubstitution) wurden zur zentralen Aufgabe der folgenden Jahre.

Trotz aller guten Vorsätze und erster Erfolge wurde jedoch recht bald deutlich, dass die Zusammenarbeit zwischen Aidshilfen und Drogengebrauchern nicht unproblematisch war, denn auf beiden Seiten gab es Berührungspunkte und Vorurteile (vgl. hierzu Hentschel 2002, S. 76 ff.). Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) indes ließ sich nicht von der Idee einer Selbstorganisation der Drogengebraucher abbringen, die schließlich 1989 im Rahmen eines DAH-Seminars in Hamburg in die Gründung des bundesweiten JES-Netzwerks mündete (siehe Ahrens 2001). JES hatte sich damals zum Ziel gesetzt, die Erfahrungen und Be-

dürfnisse der Betroffenen stärker als bisher in die aids- und drogenpolitische Diskussion mit einzubringen und sich bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen Gehör zu verschaffen. Heute, 15 Jahre später, zeigen sowohl die Erfolge der akzeptierenden Selbsthilfearbeit von JES (vgl. Fredersdorf 2002) als auch die nach wie vor gesundheitsschädlichen Lebens- und Konsumbedingungen Drogen gebrauchender Menschen, wie wichtig die Förderung und Unterstützung der Drogenselbsthilfe durch Aids- und Drogenhilfen ist.

Weshalb fördern?

Dank ihrer unterstützenden und stabilisierenden Funktion kommt Drogenselbsthilfegruppen besondere Bedeutung zu: Ihren Mitgliedern, die das vom „Einzelkämpfertum“ geprägte Leben in der Szene aus eigener Erfahrung kennen, bietet sich hier ein Rahmen, in dem sich jeder ohne viele Worte und Erklärungen verstanden und sicher fühlen kann und der es ermöglicht, neue Kontakte zu knüpfen. Das Engagement in der Selbsthilfe und das Gruppenleben gibt zugleich Impulse für die Entwicklung von Selbstwertgefühl, Lebensfreude und neuen Lebensperspektiven.

Das JES-Netzwerk ist ein gutes Beispiel dafür, dass trotz unterschiedlicher Ausgangslagen der Beteiligten eine Zusammenarbeit möglich ist. In diesem Netzwerk haben sich Menschen zusammengeschlossen, die aktuell (vor allem „harte“) Drogen gebrauchen, ganz aus dem Drogenkonsum ausgestiegen sind oder sich in einer Substitutionsbehandlung befinden. Was JES zusammenhält, sind einerseits die vielen gemeinsamen Erfahrungen und Anliegen der im Netzwerk Engagierten, andererseits die Wahrung der Autonomie einer jeden einzelnen JES-Gruppe. Diese „Einheit trotz Verschiedenheit“ ermöglicht es, vor Ort die jeweils passenden Hilfen und Angebote zu entwickeln.

Die Organisations- und Vernetzungsformen von JES sind vielfach unmittelbar in den Lebenswelten Drogen gebrauchender Menschen verankert, was die hohe Authentizität und Akzeptanz der JES-Arbeit be-

dingt. Das ist auch der Grund, weshalb JES Drogengebraucher auf ganz andere Weise ansprechen kann, als dies dem professionellen Hilfesystem möglich ist. Niedrigschwellige Kontaktarbeit – insbesondere das Bereitstellen von Überlebenshilfen – sowie die Entwicklung und Förderung von Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Management drogenbedingter Risiken (u. a. mittels Safer Use) sind Arbeitsbereiche, die durch die Kompetenzen von Drogengebranchern mitgeprägt werden.

Aufgrund des besseren Zugangs zu den Szenen kann die Drogenselbsthilfe außerdem als „Frühwarnsystem“ für neue Probleme fungieren und den künftigen Bedarf an professionellen Unterstützungsangeboten aufzeigen. Als Begleiterin und kritisches Gegenüber des professionellen Hilfesystems versucht sie dieses zugleich auf Defizite und überkommene Konzepte hinzuweisen und gibt Impulse für bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Angebote.

Akzeptierende Drogenselbsthilfen wie JES haben allerdings auch mit Problemen zu kämpfen. Neben Phasen der Weiterentwicklung gab und gibt es daher ebenso Phasen der Stagnation und der Rückschritte. Die Gründe hierfür liegen maßgeblich in den Bedingungen, die durch eine von Strafrecht und Prohibition dominierte Drogenpolitik entstanden sind:

- In weiten Teilen der Gesellschaft gelten die Forderungen der akzeptierenden Drogenselbsthilfe als maßlos und unrealistisch. Man begegnet ihr mit Vorurteilen, und ihr Engagement wird überaus kritisch bewertet. Sie hat deshalb nur eine kleine Lobby, was sich wiederum auf die Förderung durch die öffentliche Hand auswirkt. Das kann z. B. bedeuten, dass die beim ehrenamtlichen Engagement anfallenden Kosten fürs Telefon oder Porto selbst getragen werden müssen. Viele Drogengebraucher – allen voran die intravenös injizierenden – verfügen aber nur über wenig freies Geld, weshalb Selbsthilfegruppen vielerorts auf ziemlich wackligen Beinen stehen, bisweilen auch resignieren und deshalb wieder auseinander brechen.
- Das Selbsthilfe-Engagement von Konsumenten illegalisierter Substanzen hängt wesentlich davon ab, wie stark sie kriminalisiert und strafrechtlicher Verfolgung ausgesetzt sind und wie weit die auch hierdurch verursachte Verelendung fortgeschritten ist. Je schlechter

ihre Lebensbedingungen, desto geringer ihre Ressourcen und Handlungsspielräume für eine Mitarbeit in der Selbsthilfe.

- Die Drogenselbsthilfe hat mit starker Fluktuation zu kämpfen. Der Verlust erfahrener, (über-)regional verantwortlicher Aktivist*innen durch Inhaftierung, Krankheit und Tod sowie der Mangel an solider Absicherung der Selbsthilfearbeit behindern kontinuierliches Arbeiten.
- Es gibt generell zu wenige Drogengebraucher, die in der Selbsthilfe eine verantwortliche „Leader-Funktion“ ausfüllen können oder wollen. „Leader“ sind Impulsgeber, treibende Kraft und Initiatoren, die in dieser Rolle von der Gruppe respektiert werden. Fällt eine solche Person zeitweise oder ganz aus, kann die Existenz der Gruppe gefährdet sein.
- Drogengebrauchern ist es häufig nicht möglich, Schule und Ausbildung zu beenden und anerkannte Bildungsabschlüsse zu erwerben – ein Umstand, der sich nachteilig auf ihre Artikulationsfähigkeit auswirkt und es der Drogenselbsthilfe erschwert, durch Fachgremien, Politik und Gesellschaft anerkannt zu werden.

Welche Bereiche fördern?

Es gibt viele Möglichkeiten, die Drogenselbsthilfe zu unterstützen, z. B. in folgenden Bereichen:

Finanzielle Mittel und Infrastruktur

Viele Selbsthilfen, besonders jene im Bereich illegalisierter Drogen, leiden unter Geldmangel. Oft reichen die Mittel nicht einmal fürs Nötigste, z. B. für Räume, Telefon, Porto, Büro- und Informationsmaterialien, Fachliteratur oder Fahrtkosten. Die Selbsthilfeförderung kann hier finanzielle Zuwendung gewähren, ihre eigene Infrastruktur (Räume, Telefon, Computer, Kopierer usw.) kostenlos mitbenutzen lassen und die Gruppe bei der Beschaffung finanzieller Mittel unterstützen. Finanzielle Zuschüsse können bei den Kommunen und Ländern, seit einigen Jahren auch bei den Krankenkassen beantragt werden. Weitere Finanz-

quellen sind Spendenakquise und Sponsoring sowie Sammelaktionen bei Infoständen oder Benefizveranstaltungen.

Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit

Die Leistungen der Drogenselbsthilfe werden meist nicht angemessen gewürdigt. Das liegt u. a. daran, dass sie sich nur schwer in Geldwert messen lassen. Andererseits mangelt es den Engagierten an Kenntnissen darüber, wie man wirkungsvoll Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit betreibt. Hier kann man konzeptionelle und organisatorische Unterstützung anbieten, so etwa bei der Erstellung von Info-Broschüren oder der Planung und Durchführung von Aktionen.

Akzeptierende Drogenselbsthilfen haben es außerdem nicht leicht, sich in Kommunen und Ländern – schon gar auf Bundesebene – gegenüber Parteien, Verwaltungen und Fachkreisen durchzusetzen. Etablierte und anerkannte Einrichtungen wie z. B. die Drogen- und Aidshilfen können ihnen hier unter die Arme greifen. Sie verfügen in der Regel über mehr Kontakte und Einflussmöglichkeiten und können die Selbsthilfe über jene Gremien und Ansprechpersonen informieren, die für sie von Bedeutung sind, und ihr – falls die Gruppe dies wünscht – die Türen öffnen.

Fachliche Beratung und Fortbildung

In Deutschland regelt das Strafrecht den Umgang mit illegalisierten Drogen. Drogengebraucher sind deshalb häufig mit Inhaftierung, Bewährungsauflagen, gemeinnütziger Arbeit gemäß dem Prinzip „Arbeit statt Strafe“ oder Geldstrafen konfrontiert. In der Selbsthilfe Engagierte brauchen hier Unterstützung in Form von Beratung und Fortbildung, um ihren „Peers“ bei rechtlichen Fragen und Problemen zur Seite stehen zu können. Qualifizierungsmöglichkeiten durch fachliche Beratung oder Fortbildung sollte es ebenso für verschiedene Dienstleistungsfelder der Selbsthilfe geben, so etwa für Streetwork, Kontaktladenarbeit oder die Initiierung, Begleitung und Betreuung von Substituiertengruppen.

Initiierung von Selbsthilfegruppen

Zur Selbsthilfeförderung in Drogen- und Aidshilfen zählt auch die Initiierung von Selbsthilfegruppen. Um brach liegende Selbsthilfepotenziale aktivieren zu können, sind genaue Kenntnisse erforderlich: zum einen über die Lebenssituation der Zielgruppe, zum anderen über das Hilfe- und Gesundheitssystem vor Ort. Wichtig ist solches Wissen vor allem dann, wenn der Förderer sehr viel mehr leisten muss, als am selben Thema interessierte Menschen zusammenzubringen – wenn es also gilt, für die Gründung einer Selbsthilfe zu werben, z. B. per Handzettel in Arztpraxen und Gesundheitsämtern, durch persönliche Ansprache an Treffpunkten oder in den Szenen der jeweiligen Zielgruppe. Anreize für ein Engagement in einer Selbsthilfe sind z. B. Informations- und Erfahrungsaustausch, gegenseitige Unterstützung, gemeinsame Bearbeitung von Problemen, Planung, Organisation und Durchführung öffentlicher Aktionen, politisches Engagement, Kennenlernen anderer Menschen und nicht zuletzt Spaß und Geselligkeit.

Auch die zeitlichen Ressourcen der Zielgruppe sind bei der Initiierung einer Drogenselbsthilfegruppe zu berücksichtigen. So ist es weitaus schwieriger, aktuell Drogen Gebrauchende für ein Engagement zu gewinnen als Substituierte, denn kompulsiver Drogengebrauch bedeutet für viele, dass sie bereits einem „Vollzeitjob“ nachgehen. Ähnlich verhält es sich bei bereits Ausgestiegenen, die erwerbstätig sind. Es wundert daher nicht, dass sich in den JES-Gruppen viele Menschen befinden, die aufgrund ihrer Behandlung mit einem Drogensersatzmittel Zeit und Kraft für die Selbsthilfe haben.

Da die Motivation für ein Selbsthilfeengagement bei vielen mit der Zeit nachlässt, empfiehlt es sich, verstärkt für eine Mitarbeit in zeitlich befristeten Projekten zu werben. Auch finanzielle Angebote wie z. B. Fahrtkostenerstattung können – besonders für Arbeitslose oder Sozialhilfeempfänger – ein Anreiz sein.

Wie ist die Förderbeziehung zu gestalten?

Im Folgenden wollen wir einige wesentliche Merkmale einer zeitgemäßen Beziehung zwischen Selbsthilfeförderer und geförderter Selbsthilfe skizzieren:

Gleichberechtigte Partnerschaft

Die Rolle eines Selbsthilfeförderers ist wesentlich anders als diejenige von Helfenden oder Therapeuten, denn ihr Gegenüber – die Selbsthilfegruppe und ihre Mitglieder – sind weder Klienten noch Patienten und sollten sich auch selbst nicht als solche verstehen. Dementsprechend unterscheidet sich auch die Förderbeziehung von der „klassischen“ Helfer-Klient- oder Therapeut-Patient-Beziehung – ein Sachverhalt, dem sich beide Seiten stellen müssen: „Die Helferrolle war klar definiert im Sinne von ‚versorgen‘, ‚beraten‘ und ‚betreuen‘, die des Klienten ebenso: hilflos, unwissend und unselbständig“ (Veldten 1991). Gefragt sind Selbsthilfeförderer, die ihre Rolle in Richtung „Gegenseitigkeit und Gleichgestellttheit und Entfaltung von Selbsthilfe-Potenzialen“ (Thiel 1991) geändert haben. Zu den wesentlichen Merkmalen der Förderbeziehung gehört daher nicht Bevormundung und Reglementierung, sondern Offenheit und Akzeptanz. Dabei versteht sich von selbst, dass auch der Drogenkonsum nicht verurteilt werden darf, selbst wenn man ihn aus persönlichen oder fachlichen Gründen nicht nachvollziehen kann.

Wenngleich die klassische Helfer-Klient-Beziehung in der Selbsthilfeförderung unbrauchbar ist, bedeutet das nicht, dass in ihrem Rahmen keine Beratung stattfindet. Sie folgt allerdings nicht dem Muster „Helfende beraten Hilfe Suchende“: Vielmehr treten sich zwei gleichberechtigte Partner gegenüber, die *miteinander* beraten. Partnerschaftlichkeit beinhaltet zugleich, dass beide Seiten weitestgehend autonom bleiben. Für die Selbsthilfegruppe bedeutet das, dass sie alle Entscheidungen fällt, die ihr eigenes Handeln betreffen, und zwar unabhängig davon, ob der Förderer damit einverstanden ist oder nicht.

Der Selbsthilfeförderer sollte sich bewusst sein, dass er nicht im Zentrum der Förderbeziehung steht. Er muss es außerdem aushalten können, dass er von der Selbsthilfegruppe als Außenstehender gesehen und auch so behandelt wird. Trotz gleichberechtigter Partnerschaft gilt: Selbsthilfeförderer sind nicht Mitglieder der von ihnen geförderten Gruppe, weshalb es ganz selbstverständlich ist, dass ihnen bestimmte Bereiche verschlossen bleiben.

Kompatibilität und Eigenständigkeit der Partner

Gegenseitige Achtung und Anerkennung sind auch im Hinblick auf die strukturellen Besonderheiten der beiden Akteure wichtig. So unterscheiden sich etablierte Drogen- und Aidshilfen durch ihre zum Teil hierarchisch gegliederten Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen deutlich von kleinen Drogenselbsthilfegruppen. Da dies durchaus die Beziehung behindern kann, gilt der Grundsatz: „Unterschiedliche Erfahrungen, Ansprüche und Strukturen wahrnehmen und im Umgang miteinander berücksichtigen.“

Selbsthilfeförderung erfordert allerdings auch eine gewisse Kompatibilität, sprich: „Vereinbarkeit“ beider Akteure, wobei sich mitunter auch die Frage stellt, wer sich wem anpassen soll. Die Antwort hierauf lautet häufig: „Der Kleinere dem Größeren.“ Gerade auf noch junge Selbsthilfegruppen wirkt so etwas aber eher negativ, haben doch viele Engagierte den Wunsch, eigene, gegebenenfalls neue Wege zu gehen und sich eben nicht im Sinne des bestehenden Systems zu verändern oder sich diesem sogar anzupassen. Generell fühlen sich Selbsthilfegruppen sehr leicht in ihrer Autonomie bedroht, wenn der Eindruck entsteht, man wolle sie bevormunden. Dadurch können Widerstände erzeugt werden, die dem Förderanliegen abträglich sind.

Reflexion und Absprachen

Der Grat zwischen notwendiger Autonomie einerseits und einer gewissen Kompatibilität andererseits ist schmal, sodass Konflikte nicht auszuschließen sind. Das Konfliktpotenzial lässt sich einschränken, wenn

beide Seiten ihre Wahrnehmungen und Eindrücke zur Sprache bringen. In längeren Förderbeziehungen, die vielleicht sogar zu einer kontinuierlichen Zusammenarbeit führen, sollten für diesen Zweck spezielle „Räume“ eingerichtet werden, beispielsweise eine kurze Gesprächsrunde zu Beginn eines Treffens. Über das Thematisieren subjektiver Eindrücke hinaus sollte die Förderbeziehung von den Akteuren regelmäßig reflektiert werden, um die bisherige Arbeit – Inhalte wie auch methodisches Vorgehen – im Hinblick auf die gesetzten Ziele zu überprüfen. Reflexion fördert ebenso den Aufbau und den Erhalt des gegenseitigen Vertrauens. Spürbar werden sollte dabei auch, dass beide Akteure gleichwertig sind und dazu bereit, ehrlich und offen miteinander zu kommunizieren. Unentbehrlich hierfür ist Konflikt- und Kritikfähigkeit und ein gewisses Maß an Frustrationstoleranz.

Absprachen gehören zweifellos zu den wesentlichen Bestandteilen der Selbsthilfeförderung. Sie werden z.B. in Reflexionsgesprächen getroffen und sollten – zumindest die wichtigen – schriftlich festgehalten werden, z. B. in Ergebnisprotokollen. Absprachen sind für beide Seiten verpflichtend, wenngleich nicht unwiderruflich. Sollte es einem Partner nicht möglich sein, sich an eine Absprache zu halten, ist dieser dazu verpflichtet, den anderen schnellstmöglich darüber zu informieren. Verstöße gegen diese Regelung haben meist einen Vertrauensverlust zur Folge, der sich nachhaltig auf die Förderbeziehung auswirkt.

Absprachen können viele Bereiche betreffen, wie z.B.

- Ziele der Selbsthilfeförderung und ihre Gewichtung
- Grenzen der Selbsthilfeförderung
- Termine (Ort, Zeit und Zeitrahmen)
- Gremien, an denen Vertreter der Selbsthilfegruppe teilnehmen dürfen (z. B. Sitzungen des Vorstands der fördernden Einrichtungen)
- Maß der Integration der Selbsthilfegruppe in die Strukturen der fördernden Einrichtung
- kostenlose Mitbenutzung bestimmter Geräte/Einrichtungsgegenstände
- finanzielle Mittel für die Selbsthilfegruppe
- Fortbildung der Gruppenmitglieder.

Wer kann fördern oder unterstützen?

Potenzielle Förderer oder Unterstützer der Drogenselbsthilfe befürchten oftmals, dass Forderungen wie „Recht auf Rausch“ oder „Recht auf ein (menschenwürdiges) Leben mit Drogen“, wie JES sie formuliert hat, automatisch auf sie als Fördernde zurückfallen. Trotzdem gehen manche Organisationen, darunter vor allem die Aidshilfen, eine Förderbeziehung mit der Drogenselbsthilfe ein (siehe DAH 1997). Neben Aidshilfen und Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe kommen weitere Institutionen als Förderer oder Unterstützer in Betracht:

- **Wohlfahrtsverbände:** Sie können z.B. Räumlichkeiten stellen und Fortbildung zum Thema Vereinsrecht anbieten.
- **Mediziner:** Sie können es substituierten Drogengebrauchern z.B. durch Mitgabe des Drogenersatzmittels („Take-Home“-Vergabe) ermöglichen, an mehrtägigen Fachveranstaltungen oder Qualifizierungs- und Bildungsmaßnahmen teilzunehmen.
- **Krankenkassen:** Zwar haben sie die Drogenselbsthilfe bisher nur sporadisch unterstützt (die Techniker Krankenkasse z.B. finanzierte eine Broschüre zu Safer Use; vgl. DAH 1996); die wenigen Beispiele zeigen aber, dass eine Zusammenarbeit bei bestimmten Anliegen – so etwa Schadensminimierung und Infektionsschutz beim Drogengebrauch – durchaus sinnvoll und erfolgreich sein kann. Hinzu kommt, dass sich seit Inkrafttreten der Neufassung von § 20 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) im Januar 2000 die Aussichten auf eine Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen deutlich verbessert haben.
- **Wirtschaft:** Verschiedene JES-Präventionsmaterialien sind z.B. durch finanzielle Unterstützung der Pharmaindustrie ermöglicht worden (vgl. JES 2000a; JES 2000b).
- Wünschenswert wäre eine kontinuierliche, Sach- und Personalumfassende Förderung der kommunalen oder regionalen Drogenselbsthilfegruppen durch *Kommunen und Länder* sowie der bundesweiten Selbsthilfenetzwerke durch die *Bundeszentrale für*

gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bzw. das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Ausblick

Dass aktuell und ehemals Drogen gebrauchende Menschen über vielfältige Fähigkeiten verfügen und diese nutzbringend für sich selbst wie auch für andere einsetzen können, hat das Selbsthilfenetzwerk JES deutlich unter Beweis gestellt. In Zukunft wird es verstärkt darum gehen müssen, die Beziehung und die Kooperation zwischen Einrichtungen des professionellen Hilfesystems und der Drogenselbsthilfe zu verbessern. Letztere signalisiert schon seit Jahren ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit, jetzt ist das Drogenhilfesystem gefordert, auf die Selbsthilfe zuzugehen, sie als Bündnispartnerin anzuerkennen und entsprechend zu fördern: durch ideelle, materielle, finanzielle und gegebenenfalls fachliche Unterstützung – zum beiderseitigen Nutzen und letztlich zum Nutzen aller Drogen gebrauchenden Menschen in Deutschland.

Literatur

Ahrens 2001

Ahrens, H.: Just say no? Just say JES! Ein Rückblick auf die Anfänge. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V./Bundesweites Selbsthilfe-Netzwerk Junkies, Ehemalige, Substituierte (JES) (Hg.): *10 Jahre JES-Netzwerk*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001, S. 55–60

DAH 1997

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): Zur Kooperation im Drogenbereich der Aidshilfen mit der Drogenselbsthilfe JES. Unveröffentlichte statistische Erfassung. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1997

Fredersdorf 2002

Fredersdorf, F.: Verantwortung leben – Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland. Geesthacht 2002

Hentschel 2002

Hentschel, A.: Selbsthilfeförderung in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. In: *AIDS Selbst Hilfe* (AIDS-FORUM DAH, Bd. 44). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2002, S. 45–84

DAH 1996

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

JES 2000a

JES Duisburg e.V. (Hg.): Substitutionshandbuch. Duisburg: JES Duisburg e.V. 2000

JES 2000b

JES Osnabrück e.V. (Hg.): Leben mit Hepatitis – für Drogengebraucher (Broschüre). 5. akt. u. erw. Aufl. 2000

Thiel 1991

Thiel, W.: Ethik, Methode, Beruf. Die Gratwanderung professioneller Selbsthilfegruppen-Unterstützung. In: Balke, K./Thiel, W. (Hg.): *Jenseits des Helfens: Professionelle unterstützen Selbsthilfegruppen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1991

Veldten 1991

Veldten, B.: Das Gesamttreffen: Eine Form der Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Das Beispiel des Berliner Gesamttreffens von Menschen mit Partnerschaftsproblemen. In: Balke, K./Thiel, W. (Hg.): *Jenseits des Helfens: Professionelle unterstützen Selbsthilfegruppen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 135 ff.

Drogenkonsum und HIV/Aids in Deutschland: zur Epidemiologie

..... **Uli Marcus**

Methoden der epidemiologischen Surveillance (Überwachung)

Die Beschreibung der HIV/Aids-Epidemie in Deutschland stützt sich auf folgende Säulen:

- die freiwillige, anonymisierte Meldung von Aidsfällen durch die behandelnden Ärzte bzw. Kliniken, bei der Mehrfachmeldungen durch Verschlüsselung der Namen über eine alphanumerische Kodierung weitgehend ausgeschlossen werden können; die Meldungen an das Aids-Fallregister enthalten Angaben zu Alter, Geschlecht, möglichem Infektionsrisiko, Region des Wohnortes sowie Informationen über die zur Aidsdiagnose führenden Erkrankungen, zur medizinischen Betreuung und Therapie.
- die Labormeldepflicht für positiv ausfallende HIV-Bestätigungstests, die am 1.10.1987 in Kraft trat und Anfang 2001 durch die gesetzliche Meldepflicht nach § 7 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) abgelöst wurde. Zunächst erfolgten diese Meldungen völlig anonym, so dass es in einem nicht vorhergesehenen Umfang zu Mehrfachmeldungen kam, die nicht als solche erkennbar waren. Daher wurde ab 1993 zusätzlich erhoben, ob es sich bei der gemeldeten Infektion nach Kenntnis des Labors um eine Erstdiagnose oder eine Wiederholungstestung bei bekannter HIV-Diagnose handelte, und ab 1998 versuchte

man, über eine vom einsendenden Arzt zu vervollständigende Kopie des Labormeldebogens authentischere und vollständigere Angaben zu erhalten. Mit dem Infektionsschutzgesetz wurde schließlich auch für die HIV-Meldungen dieselbe alphanumerische Verschlüsselung eingeführt wie für die Aids-Fallmeldungen. Die Qualität der HIV-Meldungen hat sich durch die beschriebenen Veränderungen zwar verbessert, aber Angaben zum vermutlichen Ansteckungsweg fehlen noch immer relativ häufig, eine genaue lokale Zuordnung (erfolgt über die ersten drei Ziffern der Postleitzahl des Patienten, hilfsweise des behandelnden Arztes oder des untersuchenden Labors) ist schwierig, und selbst Angaben zu Alter und Geschlecht liegen nicht immer vor.

- die auf den amtlichen Totenscheinen basierende Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, welche das Aids-Fallregister validiert¹ und ergänzt: Unter Berücksichtigung des Meldeverzugs und der Überlebenszeiten nach Aidsdiagnose zeigt der Vergleich zwischen amtlicher Todesursachenstatistik und Aids-Fallregister (der in Deutschland – im Unterschied zu anderen Ländern – nicht personenbezogen möglich ist), dass ca. 85 Prozent der diagnostizierten Aidsfälle an das Aids-Fallregister gemeldet werden.
- zusätzliche Erhebungen zur HIV-Prävalenz², zur HIV-Inzidenz³ und zum Risikoverhalten bei homosexuellen Männern und intravenös Drogen Gebrauchenden; bei Letzteren wurden einige lokale Untersuchungen durchgeführt, die allerdings schwer verallgemeinerbar sind. Nur wenige Studien versuchten, durch eine gestreute Stichprobziehung ein repräsentatives Abbild der HIV/Aids-Epidemie unter Drogengebrauchern zu zeichnen; die letzte größere derartige Untersuchung in Deutschland wurde 1992/93 durchgeführt.

- 1 *validieren: eigentlich „(rechts)gültig machen“, hier: den Wert bzw. die Aussagekraft des Aids-Fallregisters bestimmen*
- 2 *Prävalenz: Häufigkeit eines bestimmten Merkmals (z.B.: „ist HIV-positiv“) zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb einer bestimmten Periode; Prävalenzrate: Häufigkeit des Merkmals im Verhältnis zur Anzahl der untersuchten Personen; Beispiel: eine HIV-Prävalenzrate von 20% unter intravenös Drogen Gebrauchenden hieße, dass zum Zeitpunkt/im Zeitraum der Untersuchung jeder fünfte Drogengebraucher HIV-positiv war.*
- 3 *Inzidenz: Häufigkeit eines bestimmten Ereignisses (z.B. HIV-Neuinfektion) während eines bestimmten Zeitraums in einem bestimmten Gebiet oder in einer bestimmten Gruppe*

Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsinstrumente

Aids-Fallregister

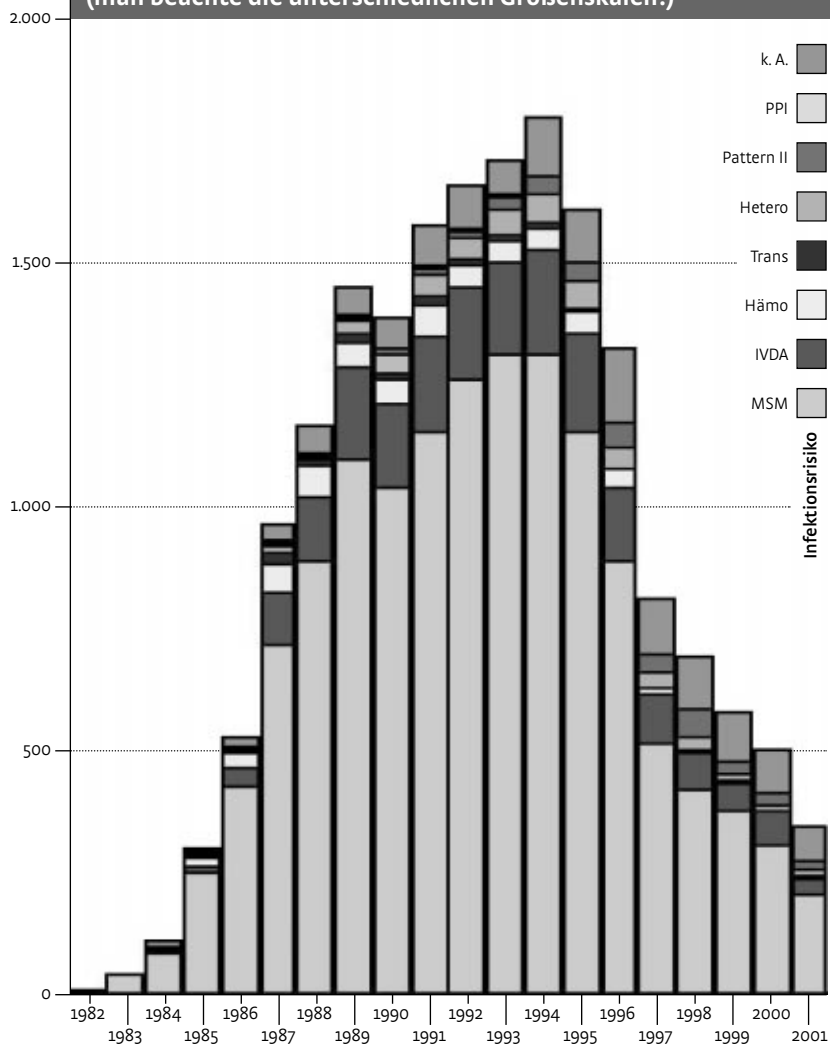
An das Aids-Fallregister wurden bis zum 31.12. 2001 insgesamt 21.189 Aidsfälle gemeldet (87,3 Prozent bei Männern, 12,4 Prozent bei Frauen); der Anteil der mittlerweile Verstorbenen wird auf ca. 75 Prozent geschätzt.

Die Aufteilung der Fälle nach Infektionswegen ergibt eine deutliche Dominanz der homo- und bisexuellen Männer, die mit 63,3 Prozent den größten Teil der Aidspatienten ausmachen. Es folgen Personen, die sich beim intravenösen Drogenkonsum infiziert haben (15,6 Prozent) und die Gruppe derer, die sich über heterosexuelle Kontakte angesteckt haben (5,3 Prozent). Ende 2001 machten in Deutschland die 2.152 an Aids erkrankten männlichen Drogengebraucher 11,6 Prozent aller Aidsdiagnosen bei den Männern aus. Von den 2.620 an Aids erkrankten Frauen war sogar fast jede Zweite ($n=1.144$, entspricht 43,7 Prozent) eine (ehemalige) Drogenkonsumentin.

Als eigene Gruppe erfasst werden in Deutschland lebende Personen aus den Regionen Afrikas, Asiens und der Karibik, wo HIV sich in der gesamten Bevölkerung so stark ausgebreitet hat, dass die Betroffenen nicht mehr als begrenzte Gruppe mit definierbaren Risiken beschrieben werden können (sog. Hochprävalenzgebiete, in der Statistik unter „Pattern II“ geführt). Obwohl sich diese Personen ebenfalls überwiegend über heterosexuellen Verkehr infiziert haben, ist ihre gesonderte Betrachtung insofern sinnvoll, als dies in der Regel schon in ihren Herkunftsländern geschehen ist und sie somit eher die dortige als die hiesige HIV-Epidemie repräsentieren.⁴

4 In Zukunft wird die Betrachtung der Personen aus Hochprävalenzländern differenzierter erfolgen müssen, da inzwischen auch die Ukraine und in Kürze wohl auch Russland und weitere osteuropäische Staaten, in denen sich HIV bislang in erster Linie unter Drogengebern ausgebreitet hat, als Hochprävalenzländer einzustufen sind (d.h., der Anteil der HIV-Infizierten an den 15- bis 49-jährigen liegt über einem Prozent).

Abb. 1a: Zeitlicher Verlauf der Aidsdiagnosen bei Männern (links) und (man beachte die unterschiedlichen Größenskalen!)



Legende: k. A. = keine Angabe; PPI (prä- oder perinatale Infektion) = Infektion vor oder während der Geburt; Pattern II = Herkunft aus Hochprävalenzgebiet; Hetero = heterosexuelle Übertragung; Trans = Übertragung durch Bluttransfusion; Hämo = Übertragung durch Blutgerinnungsprodukte; IVDA = Übertragung beim intravenösen Drogenkonsum; MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) = Übertragung beim Sex zwischen Männern

Frauen (rechts) nach Infektionswegen

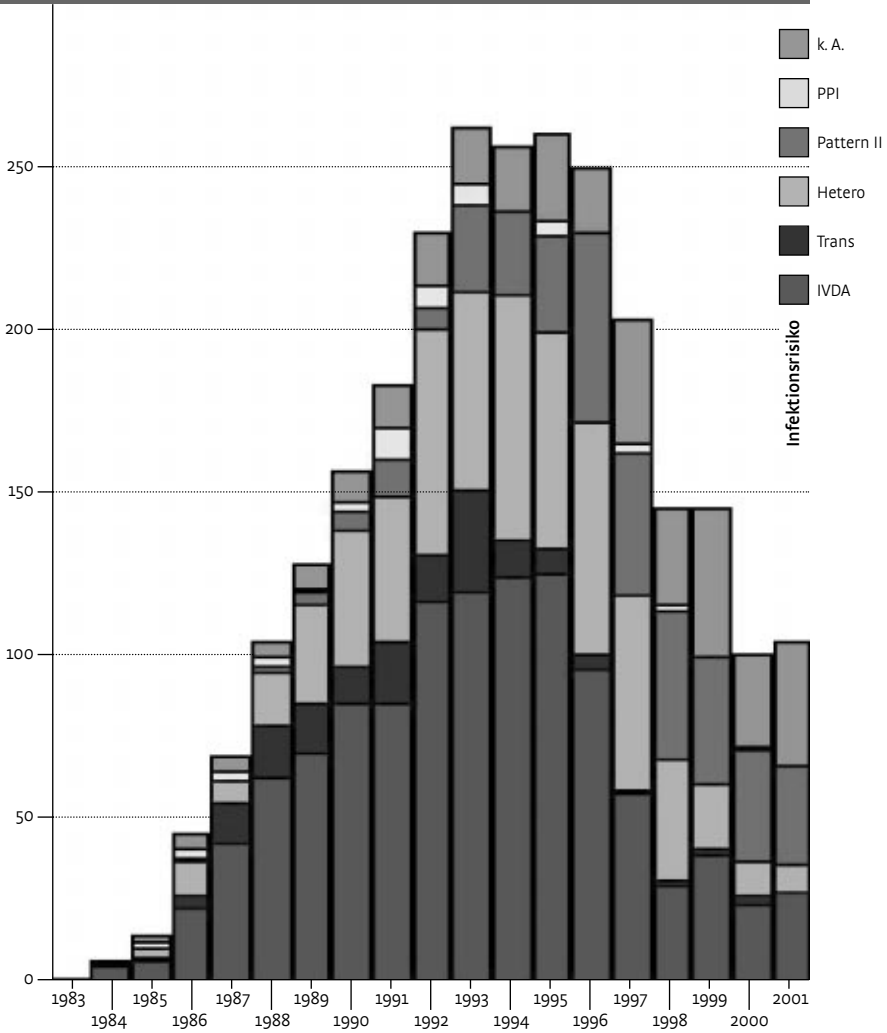
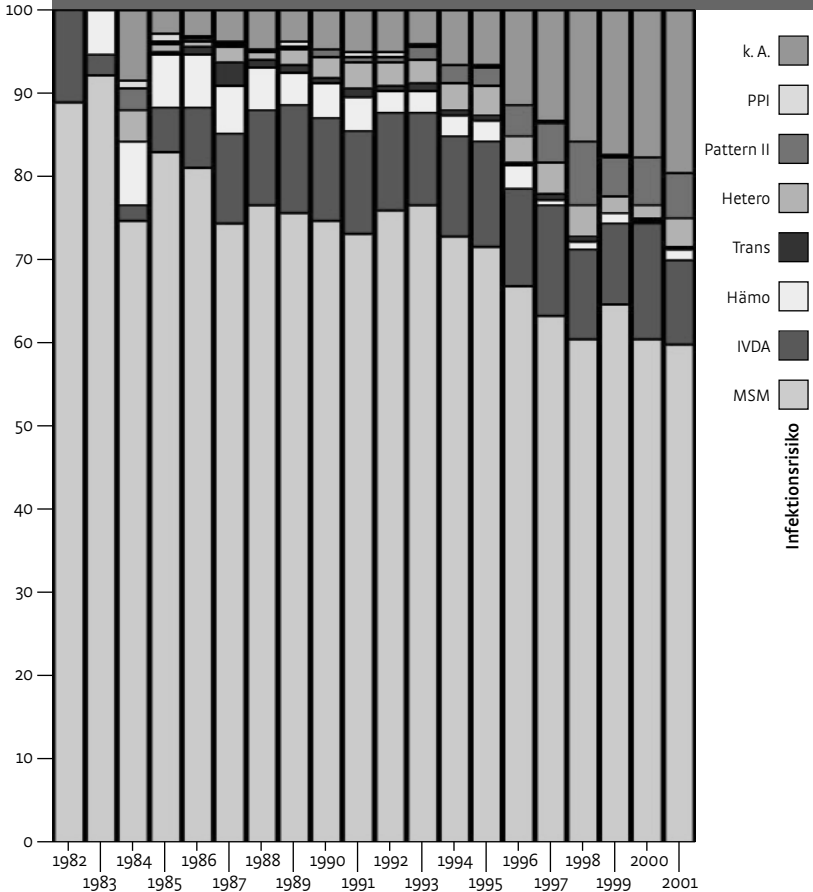


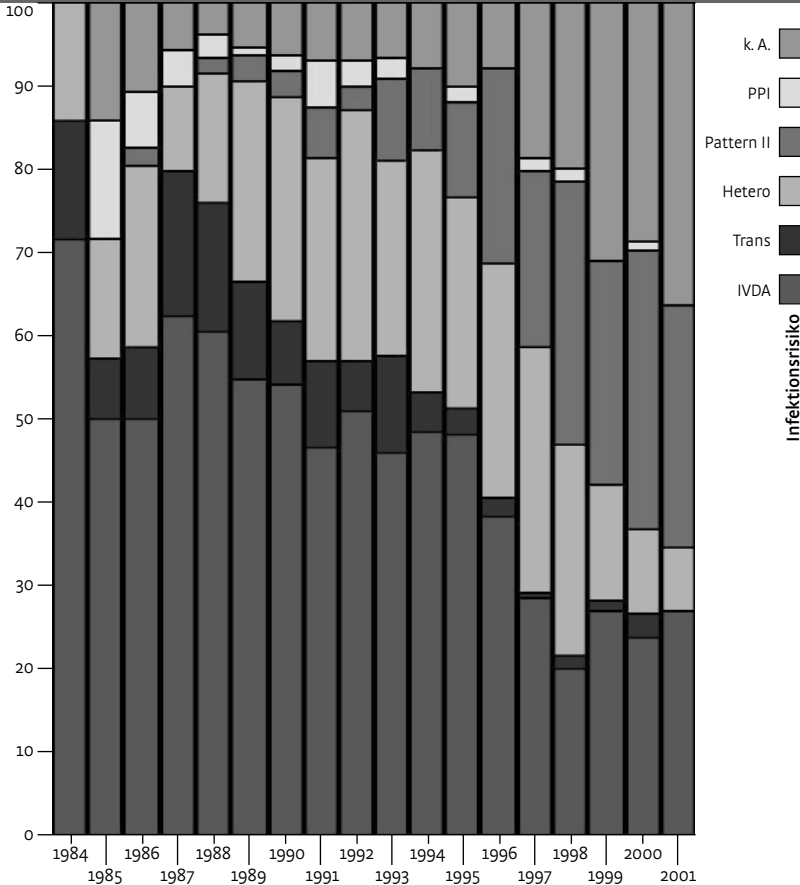
Abb. 1b: Anteile der verschiedenen Infektionswege bei den Aidsdiagnosen



Legende: k. A. = keine Angabe; PPI (prä- oder perinatale Infektion)=Infektion vor oder während der Geburt; Pattern II=Herkunft aus Hochprävalenzgebiet; Hetero=heterosexuelle Übertragung; Trans=Übertragung durch Bluttransfusion; Hämo=Übertragung durch Blutgerinnungsprodukte; IVDA=Übertragung beim intravenösen Drogenkonsum; MSM (Männer, die Sex mit Männern haben)=Übertragung beim Sex zwischen Männern

Das höchste Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Aidsdiagnose haben Transfusionsempfänger (47,3 Jahre), gefolgt von Heterosexuellen (40,3 Jahre) sowie homo- und bisexuellen Männern (40,1 Jahre). Am jüngsten

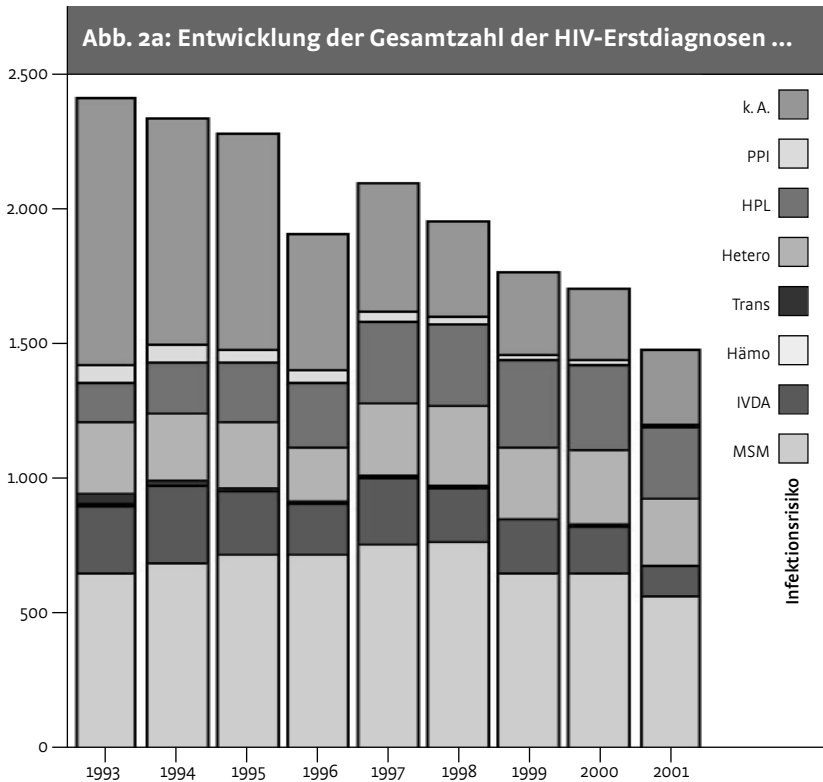
im zeitlichen Verlauf bei Männern (links) und Frauen (rechts)



sind intravenös Drogen Gebrauchende (34 Jahre) und Personen aus Hochprävalenzgebieten (32,4 Jahre). Man beachte bei diesen Altersangaben, dass die HIV-Infektion im Mittel mindestens etwa acht bis zehn Jahre vor der Aidsdiagnose erfolgt sein muss und dass seit Einführung antiretroviraler Kombinationstherapien im Jahr 1996 die Aidsfälle weniger den Verlauf der HIV-Epidemie widerspiegeln (mit zeitlicher Verzögerung) als vielmehr fehlende Kenntnis des HIV-Status und/oder einen schlechten Zugang zum medizinischen Versorgungssystem.

Labormeldungen über bestätigte HIV-Infektionen

Bis zum 31.12.2001 waren insgesamt 146.734 Labormeldungen über bestätigte HIV-Infektionen erfolgt (Stand 30.06.2002). Der Anteil der gesicherten Erstdiagnosen an den seit 1993 erfolgten Meldungen (83.769) beträgt aber nur 22 Prozent, das entspricht knapp 18.000



Legende: k.A.=keine Angabe; PPI (prä- oder perinatale Infektion)=Infektion vor oder während der Geburt; HPL=Herkunft aus Hochprävalenzgebiet; Hetero=heterosexuelle Übertragung; Trans=Übertragung durch Bluttransfusion; Hämo=Übertragung durch Blutgerinnungsprodukte; IVDA=Übertragung beim intravenösen Drogenkonsum; MSM (Männer, die Sex mit Männern haben)=Übertragung beim Sex zwischen Männern

Meldungen. Von diesen knapp 18.000 Meldungen beziehen sich 1.900 (10,4 Prozent) auf Menschen, die Drogen intravenös konsumieren oder konsumiert haben; die Entwicklung der Gesamtzahl und des Anteils von Drogenkonsumenten an den HIV-Erstdiagnosen seit 1993 zeigt Abb. 2a. Der Anteil der Frauen an den HIV-infizierten Drogengebrauchern liegt bei 28 Prozent, die Altersgruppen der 20- bis 30-Jährigen sowie der 30- bis 40-Jährigen sind etwa gleich stark betroffen (siehe Abb. 2b).

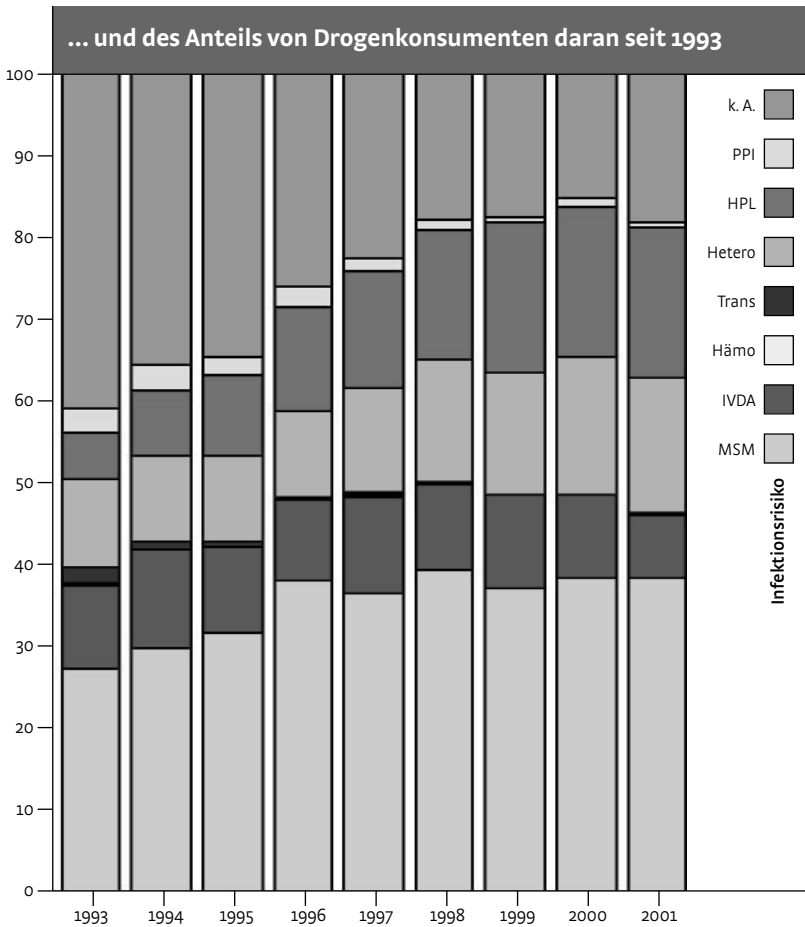
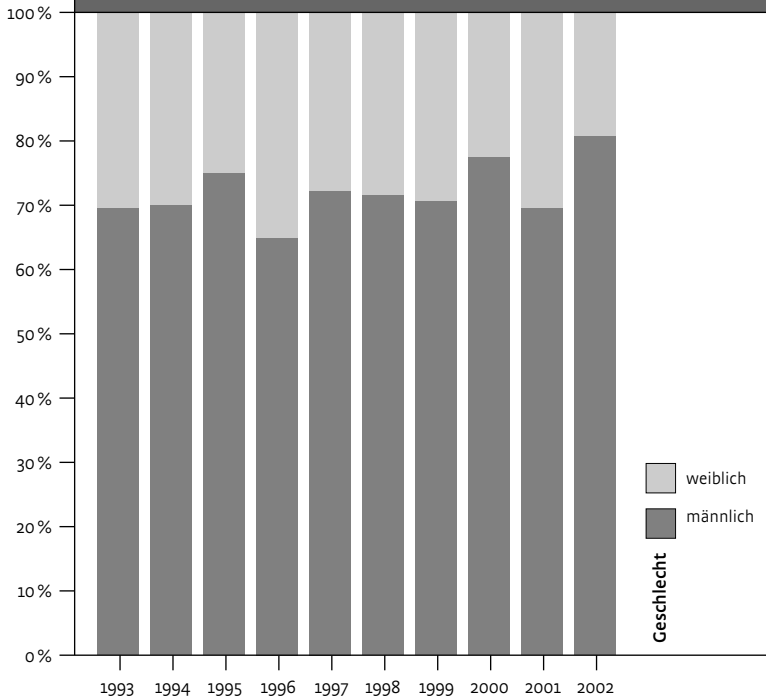
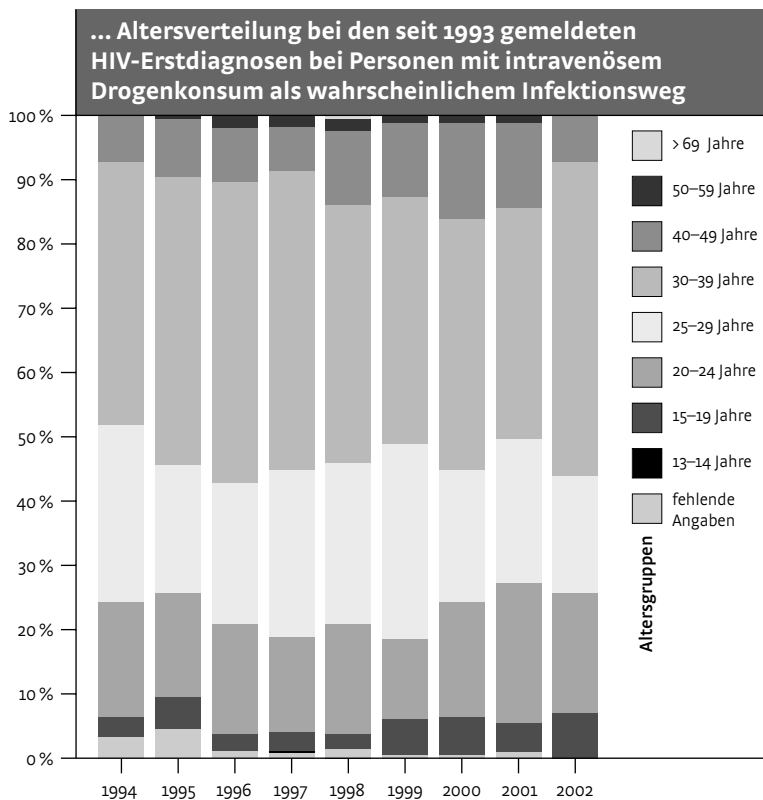


Abb. 2b: Verhältnis Männer/Frauen bei den gemeldeten HIV-Erstdiagnosen seit 1993 und ...



Die Kenntnis des HIV-Status ist nicht in allen Betroffenenengruppen gleich hoch: Am häufigsten ist die HIV-Infektion bei Bluterkranken und Drogengebern bereits vor einer Aids-erkrankung bekannt, am seltensten bei Personen mit unbekanntem Infektionsrisiko und Personen aus Hochprävalenzgebieten.

Unter Berücksichtigung der Sterberate wurde die Gesamtzahl der im November 2002 in Deutschland lebenden HIV-Infizierten inklusive der geschätzten Dunkelziffer noch nicht diagnostizierter Infektionen auf ca. 38.000 geschätzt; davon haben sich etwa zehn Prozent über intravenösen Drogenkonsum infiziert. In den letzten Jahren sind sowohl die absolute Zahl der Drogenkonsumenten mit HIV-Erstdiagnose als



auch ihr Anteil an allen erstmals HIV-positiv getesteten Personen gesunken (vgl. Abb. 2a); aktuell ist dieser Anteil kleiner als ihr Anteil an den Aidspatienten. Von allen Betroffenengruppen weisen sie die höchste nicht direkt HIV-bedingte Sterblichkeit auf (gewaltsame Todesfälle, Überdosierungen usw.), d. h., ein nicht unbeträchtlicher Teil der HIV-positiven Drogengebraucher stirbt bereits vor einer Aids-erkrankung an anderen Ursachen.

Der Höhepunkt der HIV-Epidemie unter deutschen Drogengebrauchern dürfte rückblickend in den Jahren zwischen 1984 und 1986 gelegen haben.

Regionale Verteilung

Ein Vergleich der Bundesländer zeigt, dass sich die Aidsmeldungen mit dem Übertragungsweg intravenöser Drogenkonsum auf die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie die Flächenländer Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen konzentrieren; die Gesamtzahl der bisher registrierten Aidsfälle bei Drogengebrauchern pro 100.000 Einwohner(inne)n zeigt die Abb. 3a. Bei der Gesamtzahl der HIV-Erstdiagnosen seit 1993 bei Personen mit diesem Übertragungsweg zeigt sich zwar prinzipiell ein ähnliches, im Einzelnen aber durchaus davon abweichendes Muster (Abb. 3b). Für die Interpretation der Unterschiede sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Der Wohnort zum Zeitpunkt der Aidsdiagnose entspricht nicht unbedingt dem Wohnort zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose. Bei sich verschlechterndem Gesundheitszustand dürften viele HIV-infizierte Drogengebraucher wegen der besseren medizinischen Versorgung oder auch aus anderen Gründen aus ländlichen Regionen in großstädtische Ballungsräume umziehen.
- Bei der Darstellung der Gesamtzahl der HIV-Erstdiagnosen wurden nur Fälle berücksichtigt, bei denen auch die Postleitzahl des Wohnortes des Patienten oder des behandelnden Arztes vorliegt, was nur bei ca. zwei Dritteln der Erstmeldungen der Fall ist. Außerdem gehen Meldungen, bei denen das Labor keine Angabe dazu macht, ob es sich um eine Erstmeldung handelt, nicht in diese Auswertung mit ein.
- Eine hohe Zahl von HIV-Erstdiagnosen bei Drogengebrauchern in einem bestimmten Gebiet kann auch daher rühren, dass die Meldungen aus Justizvollzugsanstalten oder Drogen-Rehabilitationseinrichtungen stammen.

Seit dem Fall der Mauer hat – nimmt man die Meldung von HIV-Infektionen als Indikator – eine gewisse Ausbreitung der westdeutschen und Westberliner Drogenszenen in die neuen Bundesländer stattgefunden. Aus den östlichen Bezirken Berlins wurden aber von 1993 bis Ende 2001 insgesamt lediglich 45 Infektionen bei Drogengebrauchern gemeldet,

Abb. 3a: Gesamtzahl der registrierten Aidsfälle bei Drogengebern pro 100.000 Einwohner(inne)n

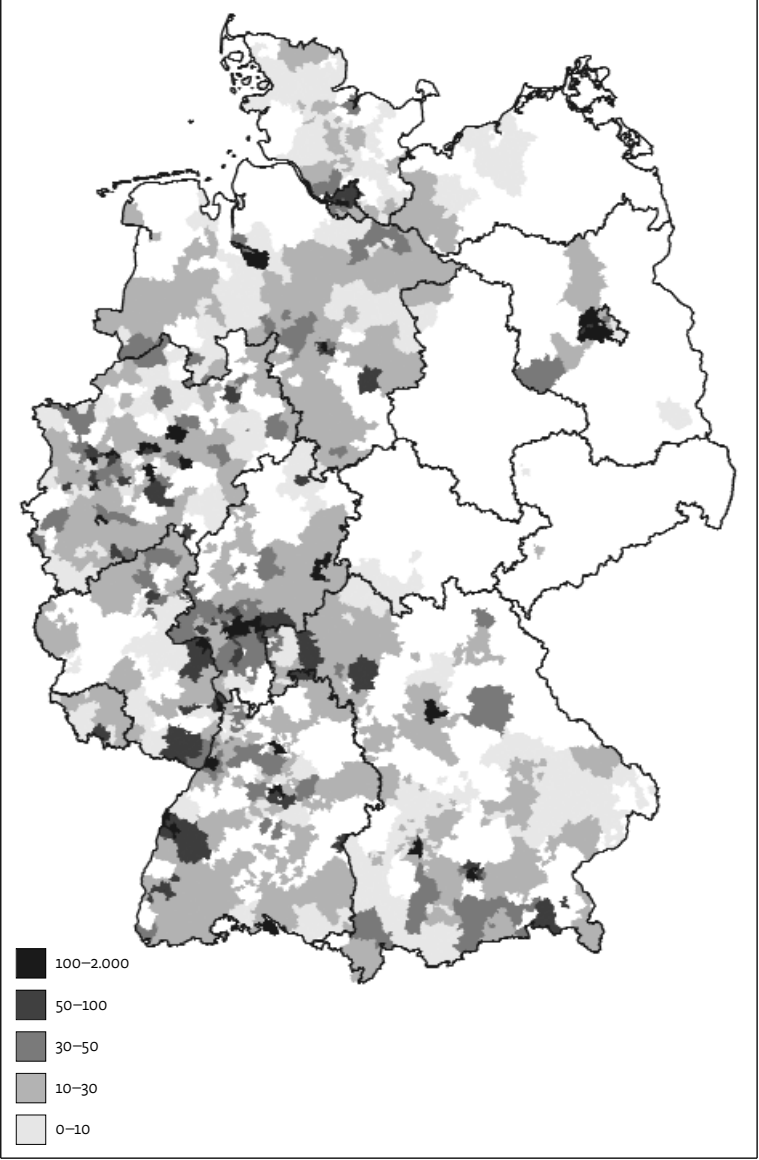
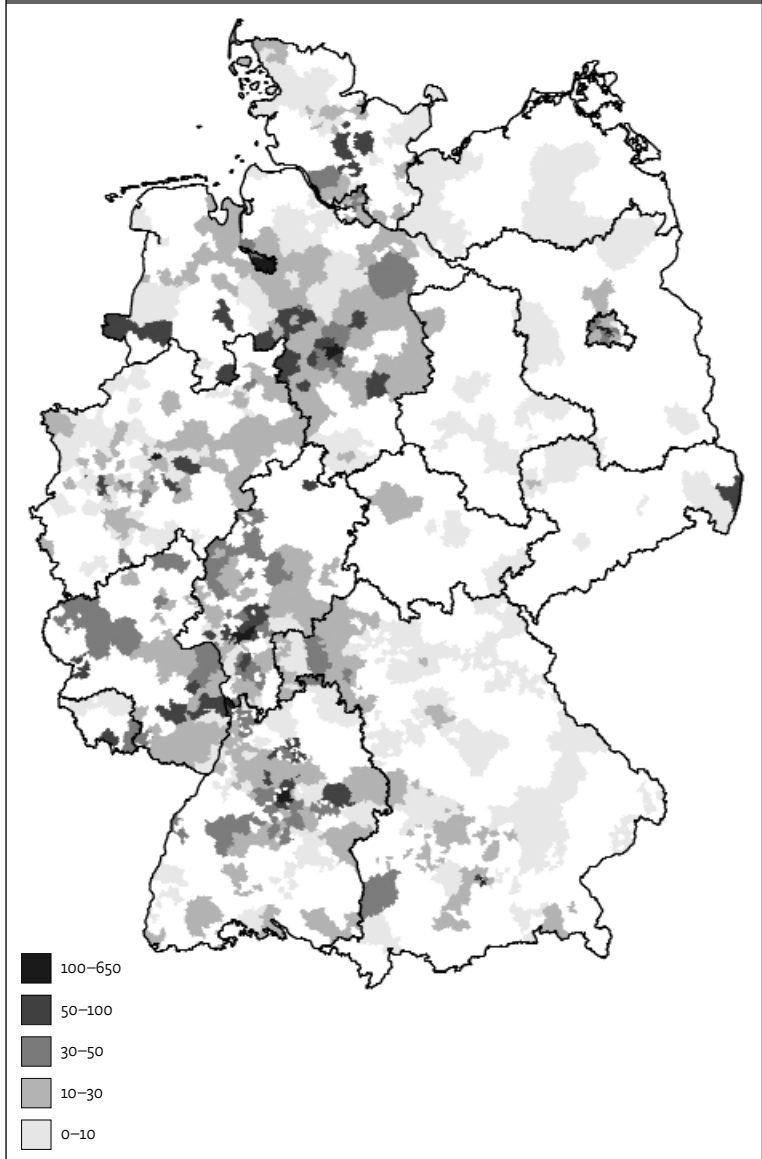


Abb. 3b: Gesamtzahl der HIV-Erstdiagnosen bei Drogengebrauchern pro 100.000 Einwohner/innen seit 1993



aus den neuen Bundesländern zusammen weitere 36 (bei einer Gesamtzahl von bundesweit 1.892 Meldungen).

Worauf die unterschiedliche regionale Verbreitung von HIV-Infektionen bei intravenös Drogen Gebrauchenden in Westdeutschland zurückzuführen ist, wurde bislang nicht systematisch untersucht.⁵ Zu überprüfen wären z.B. Hypothesen, die eine unterschiedlich effektive HIV-Präventionsarbeit, unterschiedliches Test- und Konsumverhalten (z.B. hinsichtlich des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen und Nadeln) in den regionalen Teilpopulationen oder das deutliche Nord-Süd-Gefälle bei der flächendeckenden Versorgung mit Substitutionsangeboten in Erwägung ziehen.

Gezielte Prävalenzstudien

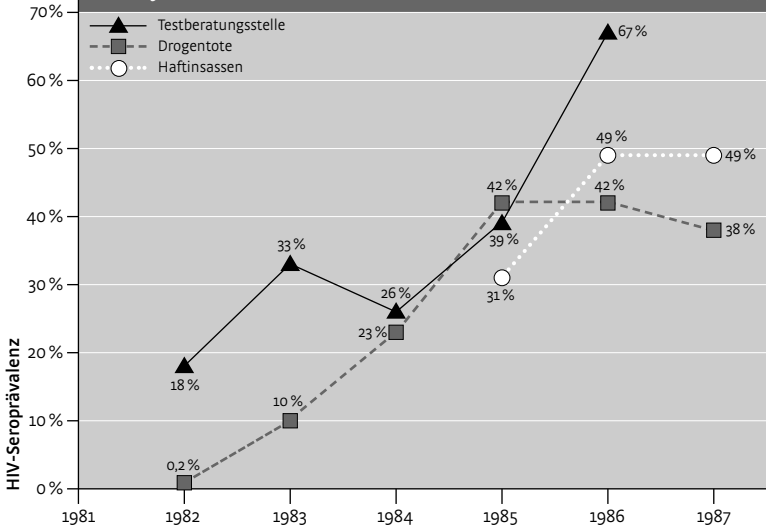
Von Anbeginn der Aidskrise war klar, dass sich viele epidemiologische Basisfragen zur Gruppe der intravenös Drogen Konsumierenden nur durch ergänzende Stichprobenuntersuchungen beantworten lassen würden. Die ersten solcher HIV-Prävalenzstudien wurden an Orten durchgeführt, an denen der Zugang zu den Drogengebrauchern aufgrund der institutionalisierten Einbindung oder aus anderen Gründen besonders einfach war: Haftanstalten, Abstinenztherapie-Einrichtungen und Gerichtsmedizin. Die Erhebungen schienen einen starken Anstieg der HIV-Prävalenz unter intravenös Drogen Konsumierenden anzuzeigen, mit Spitzenwerten von 42 Prozent bei Haftinsassen, 67 Prozent bei Personen in Testberatungsstellen und 49 Prozent bei Drogentodesfällen (siehe Abb. 4).

Diese alarmierenden Werte dienten in der seuchenpolitischen Diskussion dazu, Fixer – neben bisexuellen Männern – als einen gesamtgesellschaftlich besonders brisanten „Infektionsherd“ zu brandmarken. Insbesondere Beschaffungsprostituierten⁶ wurde eine „Brücken“- bzw.

5 Auch im globalen Maßstab ist es eine spannende und bis heute nicht schlüssig beantwortete Frage, wie es zu den teilweise eklatanten geographischen Unterschieden bei der HIV/Aids-Epidemie unter Drogenkonsumenten gekommen ist.

6 Frauen und Männer, die sich prostituieren, um Drogen zu beschaffen

Abb. 4: Ergebnisse deutscher HIV-Prävalenzstudien bei „Convenience-Samples“ von Drogengebern in den 80er Jahren
(Quelle: Pant 2000)

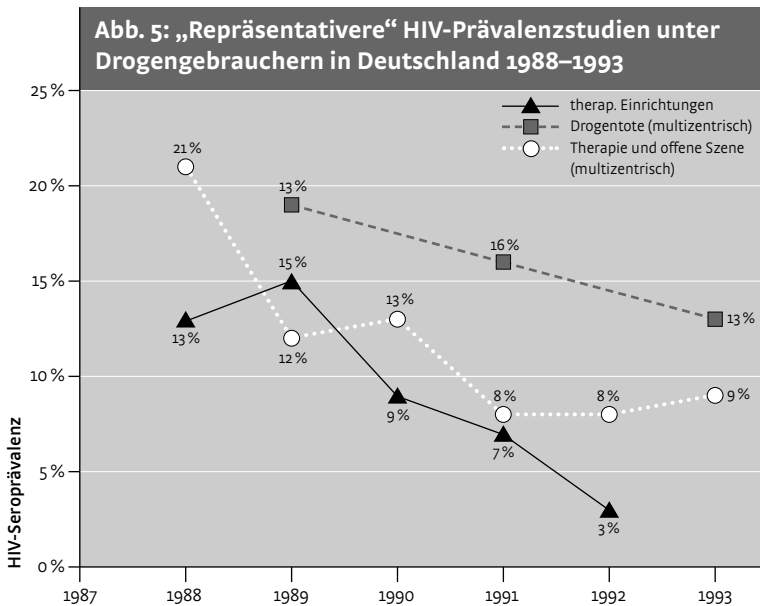


„Pforten“-Funktion zugeschrieben, die dem Virus eine explosionsartige Ausbreitung in der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung ermöglichte. Dabei wurde allerdings nicht berücksichtigt, dass diese Ergebnisse aufgrund des sehr eingeschränkten Stichprobenzugangs (Drogengebraucher, die außerhalb des abstinenzorientierten oder strafrechtlichen Systems lebten, waren nicht einbezogen) kaum verallgemeinerbar waren.

Nicht zuletzt unter dem Druck fortgesetzter präventionspolitischer Auseinandersetzungen um die „bayerische“ Linie⁷ in der HIV-/Drogenpolitik leistete sich der Bund schließlich jedoch den „Luxus“ zweier paralleler Studien (Kleiber/Pant 1996; Stark u. a. 1997; gefördert

⁷ Hier ist vor allem der damalige Staatssekretär im bayerischen Innenministerium, Dr. Peter Gauweiler, zu nennen, der u. a. eine Meldepflicht für HIV-Infizierte und Zwangstests für „Risikogruppen“ forderte; bis heute müssen sich in Bayern Beamtenanwärter auf HIV testen lassen, Asylbewerber werden zwangsgetestet.

durch das Gesundheits- bzw. Forschungsministerium), die „repräsentative“, d.h. nicht durch eingeschränkte Stichproben verzerrte Daten zur HIV-Verbreitung erheben und Genaueres über Risikofaktoren in Erfahrung bringen sollten. Beide Erhebungsreihen zeigten eine sehr viel niedrigere HIV-Prävalenzrate als die früheren Untersuchungen: Sie überstieg nicht 25 Prozent und nahm zudem kontinuierlich ab (siehe Abb. 5).



Der Anteil der jeweils aktuell unsteril Injizierenden in deutschen Heroinszenen ist nach diesen Untersuchungen zwischen 1988 und 1993 von 65 über 48 bis auf 40 Prozent zurückgegangen (Kleiber/Pant 1996). Damit schienen die Zahlen auf den ersten Blick die Annahme zu bestätigen, dass der festgestellte Abwärtstrend bei der HIV-Prävalenz tatsächlich auf Verhaltensänderungen zurückzuführen sei. Die multizentrisch angelegte Studie des Bundesgesundheitsministeriums konnte darüber hinaus belegen, dass der Rückgang riskanten Spritzverhaltens nicht nur in den großstädtischen „offenen“ Heroinszenen erfolgte, wo ein

ausdifferenziertes Präventionsarsenal zum Einsatz kam, sondern auch in den kaum sichtbaren privat organisierten Szenen wie z. B. in ländlichen Gegenden Schleswig-Holsteins. Hier musste der Veränderungsprozess also zumindest teilweise selbstorganisiert und eigenverantwortlich verlaufen sein.

Beide Resultate wurden von den Aidhilfen als Belege für den Erfolg ihrer *Harm-Reduction*⁸-Ansätze und der daraus entwickelten Präventionspraxis angeführt. Stillschweigend wurde damit unterstellt, dass sich die rückläufigen HIV-Raten auf einen massiven Rückgang der Neuinfektionszahlen aufgrund drastisch reduzierten Risikoverhaltens zurückführen lassen, was auf den ersten Blick auch durch die ebenfalls im Rahmen der neuen Studien gewonnenen Zahlen über den Rückgang unsteriler Spritzgewohnheiten gestützt wurde.

Bei genauerer Analyse der verfügbaren Daten allerdings wurde diese Ursachenzuschreibung in mancher Hinsicht fraglich. Zum einen zeigte sich, dass der deutliche Gesamttrend vor allem auf die Abnahme des gemeinsamen Gebrauchs von Nadeln mit dem eigenen Sexualpartner und damit dem „am wenigsten riskanten“ Tauschpartner zurückzuführen war (bei festen Partnern kann man am ehesten von gegenseitiger Kenntnis des HIV-Status und damit von informierter Risikoabschätzung ausgehen). Kein Rückgang war dagegen für die Verhältnisse in Haftanstalten zu erkennen, wo in der Regel weder eine effektive Desinfektion noch eine realistische Einschätzung des Risikopotenzials der Vorbenutzer einer Spritze gegeben sind. Der zweite Grund zur Skepsis gegenüber der uneingeschränkten Gültigkeit der Präventionserfolgsthese sind die (wenigen) Daten aus Längsschnittuntersuchungen zur Rate der Neuinfektionen. Diese bewegte sich in Berlin gegen Ende der zweiten Phase (1993/94) noch immer in einem Bereich, der im internationalen Vergleich und angesichts eines zu diesem

8 *Harm-Reduction = Schadensminimierung: Drogenkonsum wird akzeptiert, im Zentrum stehen Maßnahmen, um das Infektionsrisiko und andere gesundheitliche Schäden so weit wie möglich zu minimieren (z. B. Benutzung sterilen Spritzbestecks und Zubehörs oder, wo dies nicht möglich ist, Desinfektion von Nadeln und Spritzen).*

Zeitpunkt ausdifferenzierten Präventionsangebots als hoch einzustufen war (Stark u.a. 1997).

Welche Erklärungen können aber dann – neben dem generellen Rückgang des gemeinsamen Spritzen- und Nadelgebrauchs – herangezogen werden, um einerseits den Abwärtstrend der HIV-Prävalenzen und andererseits das im internationalen Vergleich mittelhohe Prävalenzniveau von um die 15 Prozent zu verstehen, auf das sich die Epidemie unter Drogenkonsument(inn)en in dieser Phase in Deutschland eingependelt hatte? Zwei Ansätze scheinen hier am plausibelsten: 1. eine Begrenzung der Ausbreitung durch bestimmte soziale Muster beim gemeinsamen Spritzen- und Nadelgebrauch („*mixing patterns*“) und 2. die massive Ausweitung der Substitutionsbehandlungen nach 1990. Beide Erklärungsmomente sollen im Folgenden kurz beleuchtet werden:

„Mixing patterns“ beim gemeinsamen Spritzengebrauch

Besonders gute Bedingungen für eine explosive Ausbreitung von HIV durch gemeinsamen Gebrauch von Spritzen sind dann gegeben, wenn dies zufällig über bestehende soziale Netzwerke oder Freundes- und Partnerbeziehungen hinaus geschieht. In diesen Fällen kann das HIV-Risiko des Vorbenutzers nicht oder nur schwer eingeschätzt werden, und entsprechende individualisierte Vorsichtsmaßnahmen („HIV-Positive drücken zuletzt!“) kommen nicht zum Zuge. Die Studie des Bundesgesundheitsministeriums (Kleiber/Pant 1996) konnte zeigen, dass über die Hälfte der Fixer, die benutzte Spritzen verwendeten, diese von engen Freunden bzw. von ihren Lebenspartnern erhielten; ein Viertel der „Needle-Sharer“ bezog unsaubere Spritzen von Unbekannten, 14 Prozent verwendeten bei Haftaufenthalten Spritzen und Nadeln gemeinsam. In der Regel werden also Spritzbestecke im gleichen sozialen Umfeld weitergegeben (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Soziale Nähe/Distanz beim Needle-Sharing

	unsterile Spritze weitergegeben an			
	festen Partner	engen Freund	Mithäftling	Unbekannten
unsterile Spritze erhalten von				
festem Partner (n=108)	73 %	35 %	9 %	28 %
engem Freund (n=161)	17 %	63 %	9 %	24 %
Mithäftling (n=51)	18 %	24 %	78 %	35 %
Unbekanntem (n=63)	18 %	29 %	18 %	46 %

Anmerkung: Mehrfachantworten möglich

Lesebeispiel: Von allen Befragten, die in den sechs Monaten vor der Erhebung unsterile Spritzen von ihren festen Sexualpartnern angenommen hatten, haben in diesem Zeitraum auch 73 Prozent benutzte Spritzen an ihre Partner weitergegeben, 35 Prozent an enge Freunde usw.; Quelle: Kleiber/Pant 1996

Das Muster von Annahme und Weitergabe benutzter Nadeln ist also in deutschen Heroinszenen überwiegend vorstrukturiert (*structured sharing*; im Gegensatz zu einem zufälligen Verlauf: *random sharing*). Darin dürfte ein wesentliches Erklärungsmoment dafür liegen, dass sich HIV zu Beginn der Aidskrise unter Drogengebern nicht explosionsartig ausgebreitet hat. Für die meisten Zentren, in denen es innerhalb kurzer Zeit nach dem ersten Eindringen des Virus in die lokale Drogenszene zu dramatischen Steigerungen der HIV-Prävalenz kam und in denen stabile Prävalenzniveaus von 35 bis 55 Prozent erreicht wurden, lassen sich Faktoren identifizieren, die genau auf ein solches unstrukturiertes Muster hinweisen.

Es ist plausibel, dass der Stellenwert solcher kritischer Settings für den lokalen Epidemieverlauf direkt von der Spritzenversorgung vor Ort abhängig ist. So konnten in einer internationalen Vergleichsanalyse (Des Jarlais 1999) von fünf Städten, in denen die HIV-Prävalenz bei intravenös Drogen Konsumierenden stabil unter fünf Prozent blieb, folgende strukturelle Gemeinsamkeiten festgestellt werden: a) Die Prä-

ventionsaktivitäten setzten früh, d.h. bereits Mitte der 80er Jahre ein; b) Strategien der aufsuchenden Präventions- und Sozialarbeit (Streetwork) waren eingeführt worden und c) der leichte Zugang zu sterilen Spritzen über Apotheken und andere Stellen war gewährleistet. In keiner der fünf Städte war das *random sharing* nennenswert verbreitet, sodass trotz fortbestehenden Risikoverhaltens – 30 bis 58 Prozent der untersuchten Fixer benutzten Spritzen gemeinsam – eine Epidemie unter intravenös Drogen Konsumierenden praktisch verhindert werden konnte.

Während unterschiedliche *mixing patterns* also (gemeinsam mit lokalen Unterschieden bei der Verfügbarkeit steriler Spritzen) plausible Erklärungsansätze für die deutlichen geographischen Niveauunterschiede bei der HIV-Prävalenz liefern, erklären sie noch nicht den oben beschriebenen massiven Abwärtstrend der HIV-Prävalenz bei Drogengebrauchern in Deutschland. Wie verschiedene Städte-Fallstudien belegen, kann – neben der Reduzierung des Risikoverhaltens – ein weiterer Grund darin liegen, dass in größerem Umfang HIV-infizierte Drogenkonsumenten aus der Gruppe der aktiven Fixer ausscheiden und deshalb in entsprechenden Studien nicht mehr auftauchen (Des Jarlais u.a. 1998; Kleiber/Pant 1996). Dieses Ausscheiden ist in der Bundesrepublik mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht primär auf vermehrte Drogentodesfälle (inkl. Aids) wie in den USA oder den Übergang zu nichtintravenösen Einnahmeformen wie z.T. in den Niederlanden zurückzuführen, sondern auf die Ausweitung von Substitutionsangeboten seit Beginn der 90er Jahre.

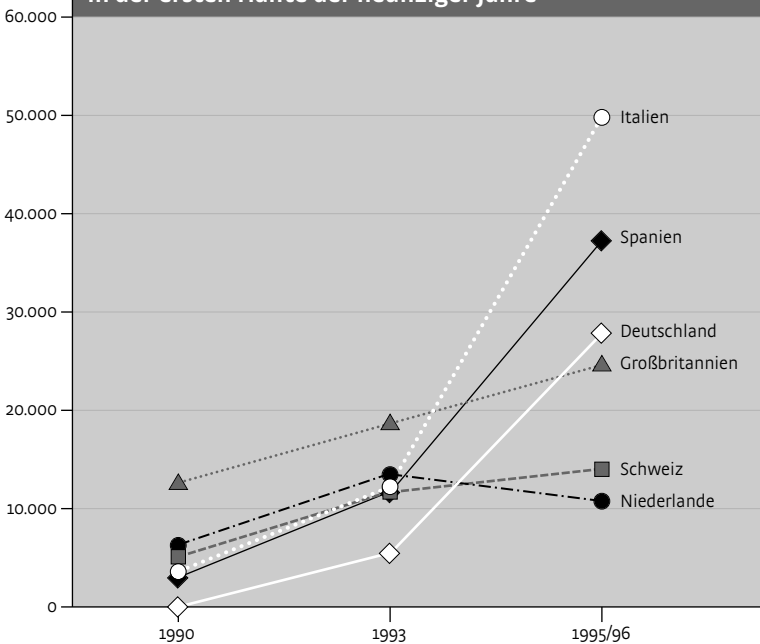
Substitutionsangebote für Drogengebraucher

Die HIV-präventiven Effekte von Substitution sind in Deutschland bislang kaum systematisch erforscht worden. Zwar wird in den Evaluationen der Modellprogramme betont, dass im jeweiligen Beobachtungszeitraum nur wenige Neuinfektionen aufgetreten seien. Auch zeigte eine kleinere Längsschnittstudie bei Klienten eines niedrigschwelligen Kontaktladens in Berlin (Stark u.a. 1997), dass aktive Fixer, die Methadon erhielten, ein erkennbar niedrigeres Infektionsrisiko aufwiesen als

Nichtsubstituierte. Eine kontrollierte Vergleichsgruppenstudie mit Drogenkonsumenten ohne Substitutionsbehandlung wurde in Deutschland jedoch nie verwirklicht.

Obwohl der Methadonzugang in Deutschland rechtlich eng begrenzt wurde und – anders als etwa in Italien, der Schweiz, den Niederlanden, Spanien oder den USA – nicht als legitimes Instrument der HIV-Primärprävention vorgesehen war, kam es in der ersten Hälfte der 90er Jahre zu einer starken Zunahme der Zahl der Methadonpatienten (vgl. Abb. 6). Während sich zwischen 1990 und 1996 die Zahlen in den Niederlanden und Großbritannien verdoppelten, in der Schweiz verdreifachten und in Italien und Spanien mehr als verzehnfachten, stiegen sie in der Bundesrepublik im selben Zeitraum um mehr als das Hundertfache von 200 auf geschätzte 28.000 Substituierte.

Abb. 6: Entwicklung der Zahl der methadonsubstituierten Drogengebraucher in ausgewählten Ländern Westeuropas in der ersten Hälfte der neunziger Jahre



Hinzu kommt, dass zwischen 1990 und 1994 die Zahl Kodein-Substituierter ebenfalls um etwa das Hundertfache auf geschätzte 20.000 anstieg, sodass sich inzwischen deutlich mehr als ein Drittel der Konsumenten harter Drogen in Deutschland – und darunter überproportional viele HIV-Infizierte – in geregelter oder unregelter Substitutionsbehandlung befinden dürfte.

Der massive Ausbau der Substitutionsmöglichkeiten hat sehr wahrscheinlich auf zweierlei Weise zum oben dargestellten sinkenden Trend bei der HIV-Prävalenz unter Drogengebern in Deutschland beigetragen: Zum einen tauchten jene, die den intravenösen Drogenkonsum zugunsten einer Methadonbehandlung vollständig oder teilweise eingestellt hatten, kaum noch in epidemiologischen Untersuchungen unter aktiven Fixern auf, sodass es einerseits zu einem „künstlichen“ Schwundeffekt HIV-infizierter Studienteilnehmer kam, andererseits aber auch zu einem tatsächlichen Ausscheiden HIV-infizierter Drogengebern aus dem Pool potenzieller Partner beim gemeinsamen Spritzengebrauch. Zum anderen aber sind angesichts nachweisbarer körperlicher und sozialer Erholungseffekte, die unter Methadonbehandlung auftreten, reale Veränderungen plausibel, sowohl direkt im Sinne einer Stärkung des Immunsystems zur Abwehr von HIV-Expositionen⁹ als auch indirekt durch verbesserte Hygiene beim Spritzen und verbessertes Kondombenutzungsverhalten.

Risikofaktoren der HIV-Infektion

Bei der Suche nach Risikofaktoren der HIV-Infektion gelangten die beiden bundesdeutschen Studien unabhängig voneinander zu übereinstimmenden Resultaten: Als statistisch „stärkster“ Risikofaktor erwies sich *Needle-Sharing* während Haftaufenthalten: Bei inhaftierten Fixern, die sich häufig zum gemeinsamen Spritzengebrauch gezwungen sahen, lag die Infektionsrate bei 34 Prozent, bei jenen, die in Haft stets eigene Bestecke verwenden konnten, dagegen bei lediglich 13 Prozent, und in der Gruppe der Haftunerfahrenen sogar bei nur fünf Prozent (Stark u. a.

9 Exposition = Aussetzung, Ausgesetztsein; hier: Kontakt mit HIV

1997). Der Risikofaktor „gemeinsamer Spritzengebrauch in Haft“ ließ sich auch dann noch nachweisen, wenn statistisch der Einfluss der Konsumdauer kontrolliert wurde oder die Analysen sich auf „frische“, d. h. bis dahin undiagnostizierte HIV-Infektionen bezogen (Kleiber/Pant 1996). Diese Ergebnisse wurden von den Aidshilfen berechtigterweise zur Stützung ihrer Forderung nach einer umfassend verbesserten Infektionsprophylaxe (insbesondere durch Spritzenvergabe) im Strafvollzug genutzt. Beide deutsche Studien belegten, dass 30 bis 40 Prozent der intravenös Drogen Gebrauchenden den Konsum in Haft fortsetzten. Das offizielle Eingeständnis dieser jedem Anstaltsleiter bekannten Tatsache legte wie kaum ein anderes Präventionsproblem den Finger in die Wunde einer Drogenpolitik, die mit ihrer mühsam aufrechterhaltenen Fassade des Abstinenzversprechens notwendig in Widerspruch zu den Erfordernissen einer sinnvollen Schadensbegrenzungspolitik treten musste.

Als zweiter Risikofaktor trat die Prostitution hervor; in diesem Bereich wurde und wird bis heute sehr viel weniger politisch und präventionspraktisch getan. Die Hälfte bis drei Viertel der Drogenkonsumentinnen und ungefähr jeder zehnte Drogenkonsument gehen zumindest zeitweilig der Beschaffungsprostitution nach. Die HIV-Prävalenzrate unter aktiven Prostituierten lag in beiden Untersuchungen bei 30 Prozent und damit zwei- bis dreimal höher als bei jenen Drogengebraucherinnen, die keine sexuellen Dienstleistungen anboten. Weiter gehende Datenanalysen zeigten, dass es sich hierbei sehr wahrscheinlich nicht um sexuell auf dem Drogenstrich „erworbene“ Infektionen handelt: Zum einen müssten dann – wofür es epidemiologisch keine Hinweise gibt – heterosexuelle Freier in größerem Ausmaß mit HIV infiziert sein. Zum anderen weisen Prostituierte weit überdurchschnittliche Raten konsequenter Kondomverwendung auf (und zwar sowohl mit Freiern als auch bei Privatkontakten). Der Faktor Prostitution scheint daher eher ein *Verhaltensmarker* für eine hohe Komorbidität¹⁰ von Geschlechtskrankheiten und Hepatitisinfektionen, ein hohes Niveau an Alltagsstressoren und einen insgesamt wesentlich härteren Drogen-

¹⁰ Vorkommen von zwei oder mehr Krankheiten bei einem Patienten/einer Patientin, ohne dass eine ursächliche Beziehung zwischen beiden bestehen muss

alltag aufgrund überdurchschnittlichen Beigebrauchs von Kokain, Barbituraten und Benzodiazepinen zu sein. Eine mögliche Erklärung für die erhöhte HIV-Prävalenz könnte daher darin bestehen, dass bei Beschaffungsprostituierten die Immunkompetenz allgemein und lokal beeinträchtigt und die Suszeptibilität¹¹ im Falle einer HIV-Exposition dadurch erhöht ist. Anders als beim Risikofaktor Spritzenaustausch in Haft sind die Konsequenzen für die Präventionspraxis beim Risikofaktor Prostitution sehr viel diffuser; plakative politische Forderungen lassen sich hier nur schwer erheben, erforderlich sind eher unspezifische Konzepte der Gesundheitsförderung durch Stärkung psychischer und körperlicher Ressourcen.

Intravenöser Kokaingebrauch erweist sich in vielen Untersuchungen (auch in einer der beiden bundesdeutschen) als deutlich mit einer HIV-Infektion korreliert. Die meisten Autoren deuten diesen Zusammenhang so, dass Kokain wesentlich häufiger und in kleineren Dosen (bis zu 20-mal pro Tag) injiziert wird als Heroin und die Wahrscheinlichkeit unsteriler Injektionen dadurch zunimmt. Eine alternative Interpretation geht davon aus, dass Kokainfixer systematisch mehr Blut vor der Injektion aufziehen („*Booting*“), sodass im Falle von Needle-Sharing eine größere Virenmenge in der Spritze verbleiben kann. Einzelne Untersuchungen schließen jedoch auch einen immunsuppressiven¹² Effekt der Substanz selbst nicht aus.

11 Suszeptibilität = Empfindlichkeit, Empfänglichkeit

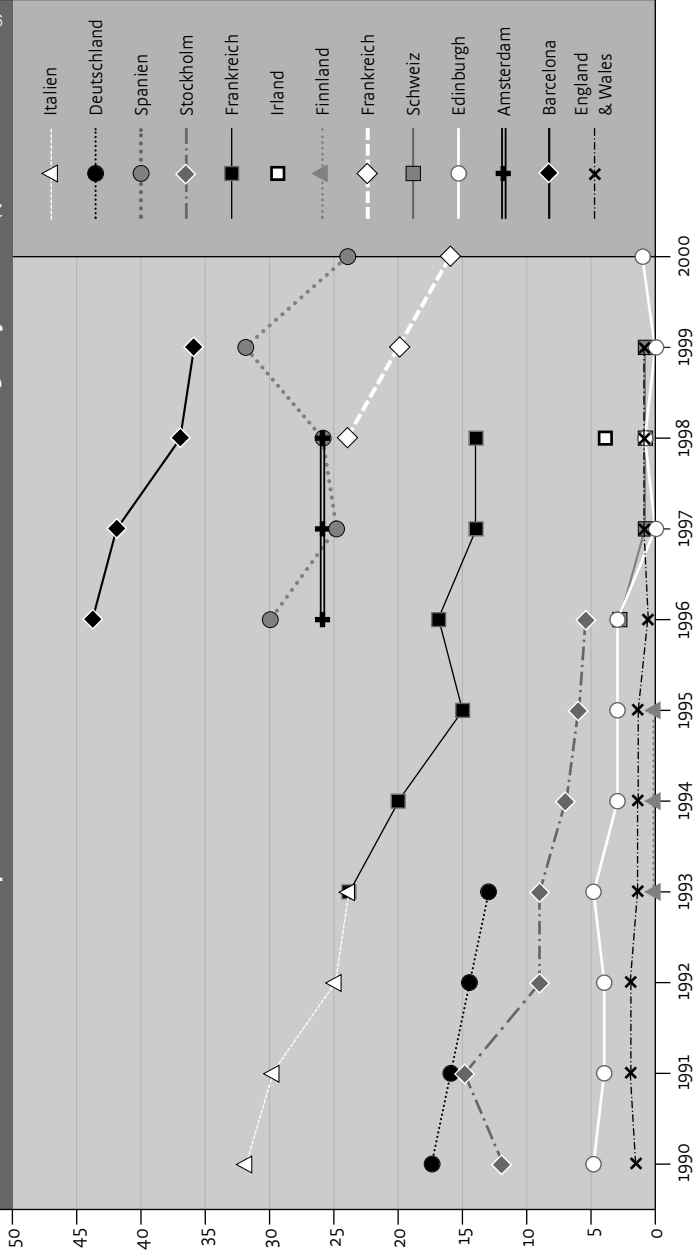
12 immunsuppressiv = das Immunsystem unterdrückend, hemmend

Die aktuelle Situation von Epidemie und Epidemiologie in Deutschland und anderen europäischen Ländern

In Westeuropa wurden seit Beginn der Aidsepidemie bis zum 31.12.2001 insgesamt 97.966 Fälle mit dem Übertragungsweg intravenöser Drogenkonsum registriert – mehr als bei homo- und bisexuellen Männern (80.369); bis Ende 2001 waren mehr als die Hälfte dieser Aidspatienten verstorben (ECEMAIDS). In absoluten Zahlen liegt Spanien mit 39.424 Fällen an der europäischen „Spitze“; gefolgt von Italien (29.201), Frankreich (12.358) und Portugal (4.343); in Deutschland wurden mit 2.955 Fällen bis Ende 2001 etwa gleich viele Aidsdiagnosen bei intravenös Drogen Konsumierenden gestellt wie in der Schweiz (2.770). In relativen Zahlen (also auf die jeweilige Bevölkerungsgröße bezogen) zeigt sich damit ein deutliches (Nord-)Ost-(Süd-)Westgefälle: Spanien und Portugal weisen eindeutig die meisten Fälle mit intravenösem Übertragungsweg pro einer Million Einwohner auf, gefolgt von Italien und der Schweiz sowie – mit einigem Abstand – von Frankreich. Die Unterschiede im Verlauf der HIV-Epidemie bei Drogengebrauchern in verschiedenen europäischen Ländern können nur zum Teil auf eine repressiv orientierte Drogenpolitik zurückgeführt werden, die HIV-präventiv wirksame Harm-Reduction-Ansätze vereitelte oder verzögerte.

Abb. 7: Ergebnisse von HIV-Prävalenzstudien bei intravenös Drogen Gebrauchenden in verschiedenen westeuropäischen Ländern bzw. Großstädten in den 90er Jahren

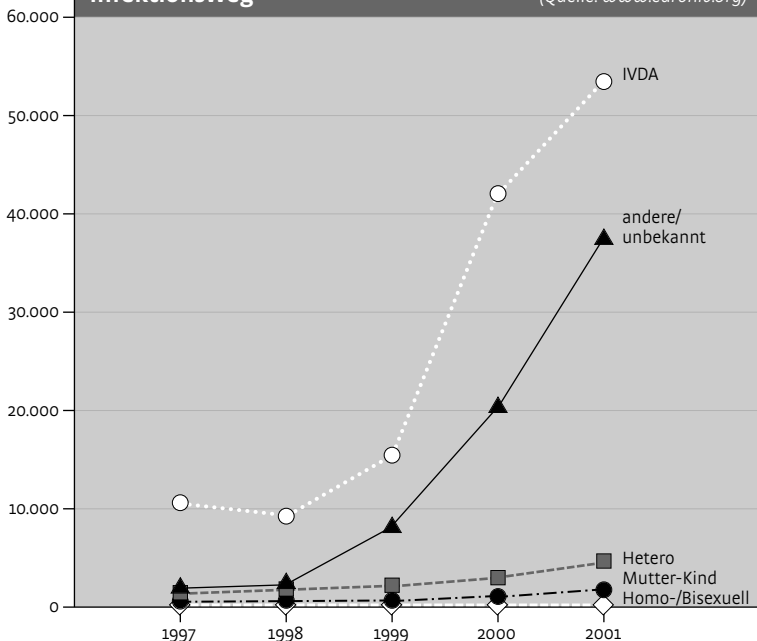
(Quelle: www.eurohiu.org)



Die meisten lokalen Epidemien unter intravenös Drogen Konsumierenden in den Zentren Nordamerikas, Westeuropas und Australiens befinden sich derzeit entweder in einem epidemischen Gleichgewicht – d. h., die Prävalenzraten bleiben relativ stabil auf dem Niveau, das Anfang/Mitte der 90er Jahre erreicht war – oder die HIV-Inzidenzen sind leicht rückläufig. Abwärtstrends in den HIV-Prävalenzstudien sind jedoch zumindest zum Teil auch auf das Ausscheiden HIV-Positiver aus der aktiven Fixerpopulation zurückzuführen.

Neue Epidemien mit zum Teil außergewöhnlichen Zuwächsen an Inzidenz und Prävalenz werden seit der zweiten Hälfte der 90er Jahre vor allem in den Ländern der früheren Sowjetunion beobachtet.

Abb. 8: Anzahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen in Osteuropa (GUS und baltische Staaten) ab 1997 nach Infektionsweg
(Quelle: www.eurohiu.org)



In den Ländern mit entwickelten Epidemien ist trotz teilweise ausdifferenzierter Angebotsstrukturen der Primärprävention das Potenzial verhaltensorientierter Ansätze der Eindämmung von gemeinsamem Spritzengebrauch offenbar ausgeschöpft. Der Anteil von Drogenkonsumenten, die unsteril injizieren, geht nach anfänglichen Erfolgen nicht weiter zurück und bleibt auf einem relativ hohen Niveau von bis zu 50 Prozent stabil. Dies ist sicherlich einer der Gründe dafür, dass im Unterschied zu HIV die Prävalenz von Hepatitis C (HCV) bei intravenös Drogen Konsumierenden in den meisten westeuropäischen Staaten höher als 50 % ist. Warum sich die gegen HIV gerichteten Präventionsstrategien kaum auf die HCV-Prävalenz auswirken, ist bislang nicht genügend erforscht. Mögliche Erklärungen dafür sind die durchschnittlich höhere Viruslast bei HCV-Infizierten, aber auch selektiv gegen HIV gerichtete, auf der Kenntnis des HIV-Serostatus basierende Strategien der Risikominimierung.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es seit 1995 kein regelmäßiges Monitoring¹³ der HIV-Prävalenz außerhalb institutionalisierter Settings (Therapieeinrichtungen) mehr. Nichtadministrative HIV-Epidemiologie fand lediglich als Bestandteil der Begleitforschung zu den seit 1996 durchgeführten Modellprojekten der Spritzenvergabe im Strafvollzug statt. Aus epidemiologischer Sicht ist dies ein äußerst unbefriedigender Zustand. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Unberechenbarkeit der HIV-Epidemie: Im kanadischen Vancouver z. B. nahmen Mitte der neunziger Jahre trotz funktionierender Spritzenvergabeprogramme die HIV-Infektionen unter Drogengebern dramatisch zu, nachdem sich die HIV-Prävalenz und -Inzidenz in dieser Betroffenen­gruppe fast ein Jahrzehnt lang auf einem relativ niedrigen Niveau eingependelt hatte. Ursache war in diesem Fall anscheinend eine Änderung der Drogenkonsumgewohnheiten mit einem Umsteigen auf Kokain. In Finnland kam es Ende der neunziger Jahre zu einem regionalen HIV-Ausbruch bei Drogengebern, ausgelöst durch einen aus Südostasien importierten HIV-1-Subtyp AE. Ein Vergleich von Infektionsparametern bei finnischen mit holländischen Drogengebern

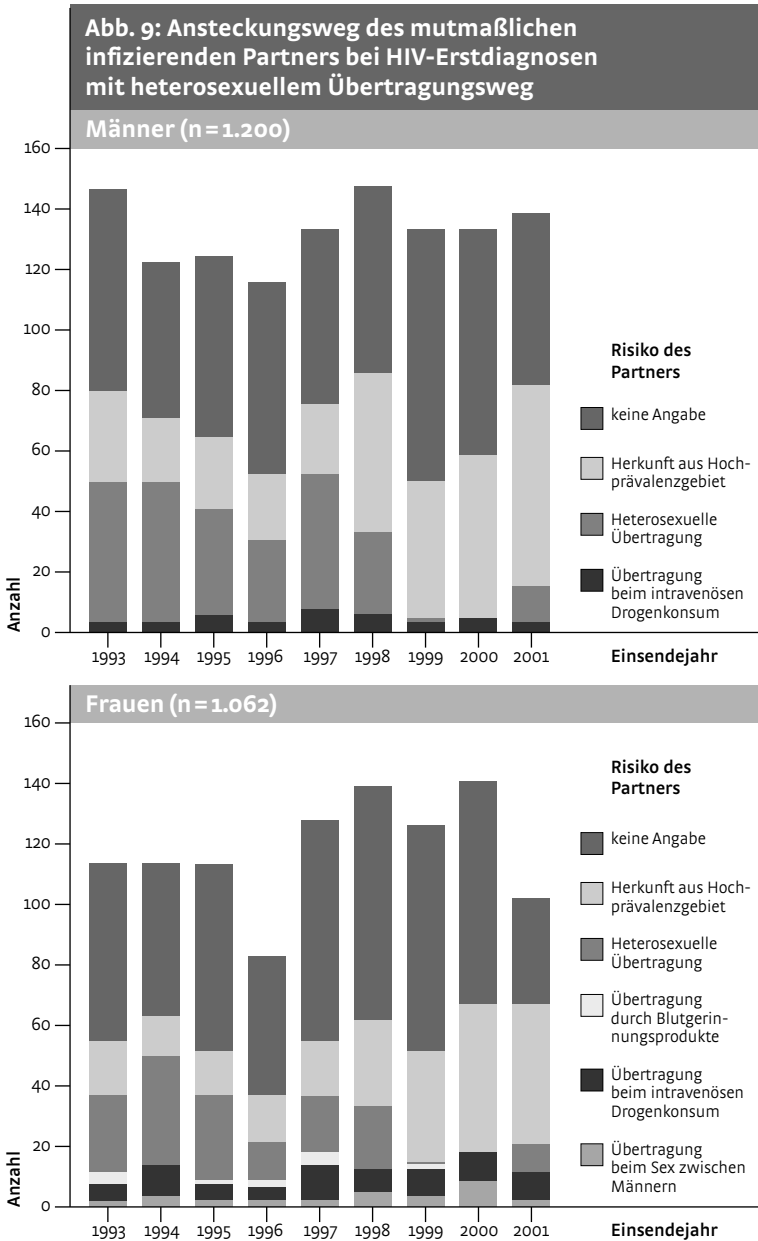
13 Monitoring = hier: Beobachtung im Rahmen von Studien

(Subtyp B) legt nahe, dass das Ausmaß dieses HIV-Ausbruchs möglicherweise durch eine vergleichsweise höhere (und länger so hoch bleibende) Viruskonzentration im Blut der finnischen Drogengebraucher beeinflusst worden ist. Die beiden Beispiele zeigen, dass eine kontinuierliche Erfassung des Infektionsgeschehens helfen kann, plötzliche Änderungen zeitnah zu erfassen und entsprechend präventiv zu reagieren.

Die Auswirkungen der HIV-Epidemie unter Drogenkonsumenten auf die Verbreitung von HIV über heterosexuelle Kontakte und die Mutter-Kind-Übertragung

Alle verfügbaren Instrumente zur Überwachung der HIV-Epidemie zeigen bislang für Deutschland nur eine sehr begrenzte Ausbreitung von HIV über heterosexuelle Kontakte: Nur etwa sechs Prozent aller Aidspatienten geben an, sich auf diesem Wege infiziert zu haben, wobei die Bedeutung der heterosexuellen Übertragung bei Frauen deutlich größer ist als bei Männern.

Bei der Erfassung von HIV-Erstdiagnosen mit heterosexuellem Übertragungsweg wird auch nach dem Infektionsrisiko des vermuteten infizierenden Partners gefragt. Bei Frauen sind dies (geordnet nach Bedeutung) Partner aus Hochprävalenzgebieten, Partner, die selbst über heterosexuelle Kontakte infiziert wurden, Drogen gebrauchende Partner, bisexuelle Partner sowie Partner, die über Blut oder Blutprodukte infiziert wurden. Bei Männern sind es Partnerinnen aus Hochprävalenzgebieten, Frauen, die sich selbst über heterosexuelle Kontakte infiziert haben, Drogen gebrauchende Partnerinnen und durch Blut oder Blutprodukte infizierte Partnerinnen (siehe Abb. 9). Ein Vergleich mit den sorgfältiger nachrecherchierten Angaben zum Infektionsweg des Partners bei den Aids-Fallmeldungen lässt vermuten, dass sich unter den bei den HIV-Meldungen angegebenen Partnern mit heterosexuellem oder unbekanntem Übertragungsweg noch eine beträchtliche Anzahl aktuel-



ler oder ehemaliger Drogengebraucher sowie bisexueller Männer befindet, sodass in der Realität die Rolle der selbst über heterosexuelle Kontakte infizierten Partner geringer und die Rolle der aktuell oder ehemals Drogen gebrauchenden Partner größer ist, als es die Angaben erscheinen lassen. Auch die Differenzierung zwischen Partnern aus Hochprävalenzregionen und solchem mit heterosexuellem Infektionsweg weist eine hohe Unschärfe auf, d. h., ein Teil der derjenigen mit heterosexuellem Infektionsrisiko kommt in Wirklichkeit aus Hochprävalenzregionen.

Drogengebraucher haben mehrheitlich heterosexuelle Partner, und im Bereich der Beschaffungsprostitution bestehen besonders „gute“ Bedingungen für eine HIV-Ausbreitung. Allerdings zeigen Untersuchungen zum Sexualverhalten von intravenös Drogen Konsumierenden, dass die Kondomverwendungsrate bei Prostitutionskontakten deutlich höher liegt als bei sexuellen Kontakten mit festen Partnern; Untersuchungen zu individuellen Risikominimierungsstrategien jenseits der konsequenten Kondomverwendung liegen bisher nicht vor.

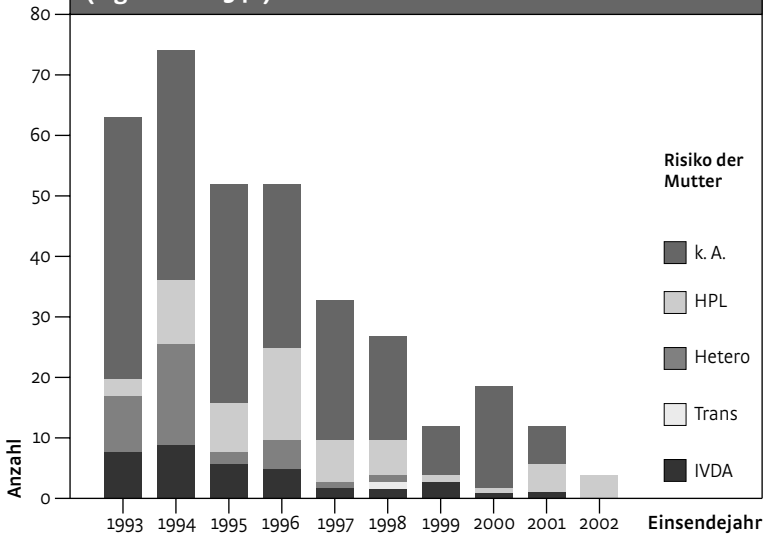
Was die Mutter-Kind-Übertragungen angeht, ist der intravenöse Drogenkonsum der Mutter noch immer der häufigste Risikofaktor. Im Laufe der letzten Jahre hat sich aber die Herkunft der Mutter aus einer Hochprävalenzregion in den Vordergrund geschoben. Insgesamt ist aufgrund der verbesserten Prophylaxemöglichkeiten die Zahl der über ihre Mutter mit HIV infizierten Kinder in den letzten Jahren deutlich gesunken, und das Infektionsrisiko der Mütter infizierter Kinder spiegelt inzwischen weniger die Bedeutung dieses Risikos in der Gesamtpopulation HIV-infizierter Schwangerer wider als vielmehr die fehlende rechtzeitige Erkennung der HIV-Infektion in der Schwangerschaft und/oder einen mangelhaften Zugang zum medizinischen Versorgungssystem.

Informationsquellen

Epidemiologische Daten im Internet:

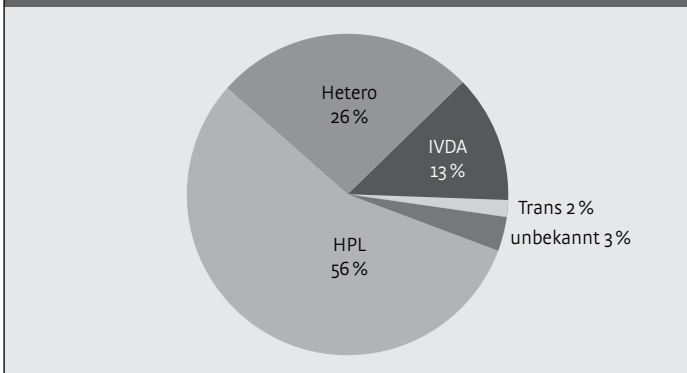
- www.rki.de (Deutschland)
- www.euroHIV.org (Europa)
- www.unaids.org (global)

Abb. 10a/b: Infektionsweg der Mütter von während der Geburt mit HIV infizierten Kindern in Deutschland (n gesamt = 348) und ...



Legende: k. A. = keine Angabe; HPL=Herkunft aus Hochprävalenzgebiet; Hetero = heterosexuelle Übertragung; Trans=Übertragung durch Bluttransfusion; IVDA=Übertragung beim intravenösen Drogenkonsum

... Anteil der Infektionswege der Mütter bei in deutschen Zentren betreuten HIV-Schwangerschaften in den Jahren 1999/2000 (n=179)



Literatur

Des Jarlais 1999

Des Jarlais, D. C.: Preventing HIV infection among injecting drug users: Intuitive and counter-intuitive findings. In: *Applied and Preventive Psychology*, 8, S. 63–70

Des Jarlais u. a. 1998

Des Jarlais, D. C./Perlis, T./Friedman, S. R. u. a.: Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: Injecting drug users in New York City. In: *American Journal of Public Health*, 88, S. 1801–1806

ECEMAIDS

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS: HIV/AIDS Surveillance in Europe. Surveillance Reports

Kleiber/Pant 1996

Kleiber, D./Pant, A.: HIV – Needle-Sharing – Sex. Eine sozialepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. Drogenkonsumenten. Baden-Baden: Nomos 1996

Pant 2000

Pant, A.: Die HIV-Epidemie unter i.v. Drogenbenutzern: Verlauf, Primärprävention und drogenpolitische Reaktion. In: Marcus, U. (Hg.): *Glück gehabt?* Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag 2000

Stark u. a. 1997

Stark, K./Bienzle, U./Vonk, R./Guggenmoos-Holzmann, I.: History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. In: *International Journal of Epidemiology*, 26, S. 1359–1366

Praxis



Transfer von Strategien der Risikominimierung

**Astrid Leicht, Heino Stöver
und Jan-Hendrik Heudtlass**

Hinweise zur Risikominimierung sind etwas ganz Alltägliches. Man denke nur an die Flugbegleiter und Stewardessen, die die Passagiere vor jedem Start mit der Lage der Notausgänge, den Leuchtsicherheitsstreifen auf dem Boden und der Nutzung der Sauerstoffmasken vertraut machen. Die Reaktionen auf diese Sicherheitshinweise sind äußerst vielfältig: Einige Passagiere sehen nicht einmal auf, sondern vertiefen sich lieber in ihre Lektüre oder dösen, andere wiederum verfolgen die Demonstration aufmerksam, sehen besorgt nach, ob auch tatsächlich eine Schwimmweste unter ihrem Sitz vorhanden ist, und suchen die Öffnung, aus der im Fall des Falles die Sauerstoffmaske herausfallen soll.

Wie empfänglich die Passagiere für Sicherheitshinweise sind, hängt unter anderem von der subjektiven Einschätzung des Risikos und des eigenen Informationsstandes ab: Manche halten sich offenbar für so gut informiert, dass sie sich nicht jedes Mal neu mit potenziellen Gefahren auseinander setzen wollen, andere halten einen Notfall für weitgehend ausgeschlossen, wieder andere sind vielleicht einfach fatalistisch, und einige Passagiere sind offen für Gefahrenszenarien. Die „Empfänglichkeit“ und Aufmerksamkeit für Informationen zur Risikominimierung hängt aber auch von den äußeren Umständen ab, dem

„Setting“ – und nicht zuletzt von der Art und Weise der Präsentation. Im Flugzeug ist das Setting eigentlich ideal: Die Passagiere haben sich selbst für dieses Verkehrsmittel entschieden, befinden sich in einer entspannten Lage und müssen nicht einmal selbst aktiv werden – die Stewardessen und Flugbegleiter bemühen sich ja – im Idealfall – um ihre Aufmerksamkeit (ihre Präsentation kann die Passagiere allerdings auch ignorieren), und die Fluggäste finden das vielleicht witzig oder konventionell, charmant oder distanziert, fesselnd oder ermüdend. Dennoch dürfte Einigkeit darüber bestehen, dass eine originelle Sicherheitseinweisung eher Aufmerksamkeit erweckt als ein vergilbter Fluchtplan...

Übertragen wir das auf die Arbeit der Drogen- und Aidshilfe, stellt sich die Frage: Wie können Strategien zur Risikominimierung am besten vermittelt werden, damit sie bei den Drogenkonsumenten auch „ankommen“ – und zwar im doppelten Sinne, d. h., damit die Zielgruppe erreicht wird und die Drogenkonsumenten die Botschaften auch auf- und annehmen? Dabei sind vor allem folgende Akteure mit ihren Einstellungen und Arbeitsansätzen von Bedeutung: die Drogen- und Aidshilfen sowie Selbsthilfegruppen als „lernende Organisationen“, die Strategien zur Risikoreduktion vermitteln sollen, die Mitarbeiter, die den Transfer risikominimierender Strategien hauptsächlich leisten sollen, und die Betroffenen, deren Expertise und Kompetenz im Rahmen eines Dialogs einbezogen werden sollte.

Im Einzelnen stellen sich folgende Fragen:

- In welchem Setting werden risikominimierende Maßnahmen angeboten?
- Wie, wo, von wem und nach welchen Vorgaben werden die Mitarbeiter ausgebildet, und gibt es ein Curriculum?
- Welchen Stellenwert haben Konzept und Praxis der „Risikominimierung“ im Alltag der Beratungs- und Hilfeeinrichtung?
- Wie verläuft der Dialog zwischen den Professionellen und den Betroffenen? In welchem Umfang sind die Betroffenen bei der Risikoanalyse und der Definition von Vermeidungsstrategien beteiligt, und ist diese Beteiligung institutionalisiert?

Risiko- und Schadensminimierung in Theorie und Praxis

Begriffe

Während im englischsprachigen Raum vor allem die Begriffe „*risk reduction*“ und „*harm reduction*“ verwendet werden, spricht man im Deutschen eher von Risiko- bzw. Schadensminimierung. Bei der Risikominimierung geht es dabei um „mehr“, nämlich um die Verringerung des Risikos, einen Schaden zu erleiden. Bei der Schadensminimierung dagegen geht es „nur“ noch darum, die Folgen eines (eingetretenen) Schadens möglichst zu begrenzen.

Wir verwenden im Folgenden den Begriff „Risikominimierung“, der Schadensminimierung einschließt, und verstehen darunter einen Teil akzeptierender Drogenarbeit, der praktische Hilfen und Unterstützung zur Vermeidung bzw. Minimierung nicht beabsichtigter Risiken und Schäden sowohl für Drogengebraucher als auch für die Gesellschaft umfasst. In diesem Rahmen sind niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe (Kontaktläden, Gesundheitsräume, ambulante Wundversorgung, infektionsprophylaktische Maßnahmen, Streetwork, Wohn- und Übernachtungsprojekte usw.) Ausgangspunkt für weiter gehende Maßnahmen wie allgemeinmedizinische Versorgung, medizinische Behandlung mit dem Ziel einer gesundheitlichen Stabilisierung (z. B. Substitution, niedrigschwelliger Entzug) oder psychosoziale Betreuung und Unterstützung mit dem Ziel der sozialen (Re-)Integration.

Stellenwert und Verankerung in der Trägereinrichtung

Risikominimierende Maßnahmen in Bezug auf Drogenkonsum sind in der Regel im niedrigschwelligen Bereich (Kontakt- und Straßenarbeit) angesiedelt, obwohl die Rahmenbedingungen für solche Angebote in einem höherschweligen Setting wie z. B. einer Beratungsstelle oder ei-

ner stationären Einrichtung meistens besser sind (mehr Zeit und Raum, um auf den Einzelnen einzugehen, die räumliche und innerliche Distanz zur Drogenszene verschafft den Drogengebrauchern Ruhe und damit mehr Möglichkeiten zur Informationsaufnahme und zur Reflexion des eigenen Verhaltens, höhere Verbindlichkeit, insbesondere natürlich in stationären Einrichtungen, usw.).

Niedrigschwellige Angebote werden allerdings nicht selten direkt oder indirekt mit „inkonsequent“ oder „minderwertig“ gleichgesetzt und als „2.-Wahl-Strategie“ im Vergleich zu eindeutig veränderungs- und ausstiegsorientierten Beratungs- und Betreuungsangeboten angesehen. Entsprechend wenig Aufmerksamkeit wird ihrer angemessenen konzeptionellen Verankerung sowie personellen und finanziellen Ausstattung geschenkt – meist entgegen den (Lippen-)Bekanntnissen, dass Infektionsschutz und Risikominderung in der täglichen praktischen Arbeit einen hohen Stellenwert haben sollen. Das fängt schon bei der Zusammenstellung des Sortiments für den Spritzenaustausch an und geht bis zur häufig fehlenden Ausbildung der Drogenberater in Bezug auf Konsum- und Safer-Use-Techniken sowie geeignete Methoden.

Grundsätzlich gilt: Will eine Einrichtung risikomindernde Angebote machen, so sollte sie sich bewusst dafür entscheiden und sie auch in ihrem Konzept verankern. Dazu müssen unter anderem folgende Fragen geklärt werden: Sind diese Angebote in das bestehende Konzept integrierbar? Wenn ja, welche Auswirkungen hat dies auf die praktische Arbeit? Welche Ressourcen werden benötigt, welche sind tatsächlich vorhanden? (Qualitativ hochwertige Angebote zur Risikominimierung lassen sich nicht „nebenbei“ leisten!)

Voraussetzungen für Angebote zur Risikominimierung – und die Hürden...

Die im Folgenden genannten Voraussetzungen für nachhaltige Angebote zur Risikominimierung lassen sich in der Regel nicht scharf voneinander trennen; letztlich hängt alles mit allem zusammen. Dennoch seien hier wichtige Aspekte genannt:

- **Klärung des Ziels: Gesundheitsförderung statt Drogenhilfe**

Das Konzept der Gesundheitsförderung und damit vor allem der Orientierung an den Ressourcen und nicht an vermeintlichen Defiziten ist in der Drogen- und zum Teil auch in der Aidshilfe nicht bzw. nicht ausreichend bekannt. Man konzentriert sich häufig allein auf das „Suchtverhalten“ und führt Probleme in der Lebensgestaltung „automatisch“ darauf zurück, anstatt auf die Ressourcen des Einzelnen zu setzen und ihn zu befähigen und zu bestärken („Empowerment“). Hier liegen auch die Hauptschwierigkeiten, Maßnahmen der Risikominimierung in höherschwelligen Bereichen der Drogenhilfe anzubieten: Den meisten Drogenberatern und Therapeuten geht es um eine grundlegende Veränderung der Lebenssituation ihrer Klienten (mit einem Schwerpunkt auf dem psychischen Befinden) und nicht um die Gesundheits- und Überlebenshilfe.

- **Kenntnis und Akzeptanz der Lebensweisen**

Akzeptierende Drogenarbeit basiert auf einem Dialog zwischen professionellen Helfern und Drogenkonsumenten. Dies setzt zuerst eine vorurteilsfreie und offene Haltung zum drogenbezogenen Lebensstil voraus. Die Mitarbeiter müssen „nah dran“ sein an der Lebenswelt der Betroffenen – was nicht mit distanzloser Identifikation zu verwechseln ist. Nur durch interessiertem Zuhören, durch vertrauensvollen Austausch kann den Helfern deutlich werden, warum Konsumenten sich nicht immer „präventionsrational“ verhalten, welche „Ersatzstrategien“ es gibt (z.B. nur mit dem Partner Spritzen zu tauschen, nur „Stammfreier“ ohne Kondom zu bedienen, kein Kokain zu spritzen, sondern nur „Steine“, also Crack zu rauchen) und welche persönlichen, gesundheitlichen und sozialen Folgen diese haben können. Und nur so können sie später erfahrungsgestützte Tipps und Informationen vermitteln – z.B. dazu, welche Risiken beim intravenösen Drogengebrauch bestehen, wie man „vom Blech raucht“, wie die Benutzung eines Kondoms in der Beschaffungsprostitution und in (neuen) privaten

Beziehungen durchgesetzt oder wie die Libido nach dem Absetzen von Heroin wieder stimuliert werden kann.

So mancher Mitarbeiter aber empfindet starke Widerstände, Angst und teilweise auch Ekel davor, sich im Detail mit den in präventiver Sicht häufig unvollständigen Selbst- und Fremdschutzstrategien beim Drogenkonsum, beim Anschaffen oder beim „privaten Sex“ zu beschäftigen, ohne diese Widerstände und Probleme mit den Klienten angemessen besprechen und Unwissenheit zugeben zu können. In diesem Zusammenhang ist es für so manchen Professionellen auch schwierig zu beurteilen, ob bzw. inwieweit das individuelle Risikomanagement des Drogengebrauchers in seinem Lebenskontext angemessen ist oder nicht. Das kann zu einer Verunsicherung oder Orientierungslosigkeit des Helfers in Bezug auf „richtige Präventionsstrategien“ führen.

● **Ausreichende Ressourcen**

Leider sind die Rahmenbedingungen für die persönliche Beratung und die konkrete Auseinandersetzung mit Lebenslage und -weise der Drogenkonsumenten häufig eher ungünstig: Die Zielhierarchie ist den Mitarbeitern unklar bzw. nicht operationalisiert; Arbeitsüberlastung und fehlende Ressourcen führen zu einer Konzentration auf Versorgungsleistungen und Ordnungsaufgaben, für das Qualitätsmanagement, das die Bewertung von Sinn und Erfolg der alltäglichen Arbeit und die Ableitung notwendiger Veränderungen beinhaltet, bleibt da meist wenig Zeit (abgesehen davon, dass auch die dafür erforderliche Qualifikation nicht immer gegeben ist). Das kann dann zu einem „Burn-out-Syndrom“ bei Mitarbeitern führen, das neue, kreative Arbeitsansätze verhindert und das Vertrauen in die Vernunftfähigkeit der Zielgruppe bzw. in die Beeinflussbarkeit des Risikoverhaltens schwächt. Und schließlich führen fehlende Ressourcen oft auch zur Vernachlässigung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes für die Mitarbeiter (kontinuierliche Aufklärung und Schulung, technische Schutzvorrichtungen z.B. beim Spritzentausch, Möglichkeit zur Hepatitisimpfung).

● **Offenheit, Lern- und Kooperationsbereitschaft auf beiden Seiten**

Um „nah dran“ zu sein an der Lebenswelt von Drogenkonsumenten und mit ihnen und für sie passgenaue Angebote zur Risikominimierung zu entwickeln und vorzuhalten, müssen die Professionellen nicht nur eine akzeptierende Haltung haben, sondern auch offen, lernwillig und kooperativ sein. In der Praxis sieht das allerdings oft anders aus: Mitarbeiter nehmen zwar an Fortbildungen teil, enthalten das daraus gewonnene Wissen jedoch ihren Kollegen und vor allem ihren Klienten vor (schließlich soll der Klient keine Fragen stellen können, die der Profi nicht selbst beantworten kann).

Doch auch auf Klientenseite gibt es häufig Hürden. Zu nennen sind hier etwa die verbreitete „Versorgungsmentalität“ und „Konsumhaltung“, die aktives Mitarbeiten erschweren oder unmöglich machen, Angst vor oder fehlende Bereitschaft zur Verbindlichkeit und zur Verantwortungsübernahme für sich und andere, Routinen und „Glaubenssätze“, die nur schwer anzusprechen und zu überwinden sind („Das habe ich schon immer so gemacht“, „Das hilft“), intellektuelle Einschränkungen, die u. a. auf die Drogenwirkung, aber auch auf einen geringen Bildungsgrad zurückzuführen sind (z. B. bei der Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Kommunikationsfähigkeit), fehlendes oder nur schwach ausgeprägtes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu Veränderungen oder die Angst, Botschaften zur Risikominimierung nicht immer konsequent umsetzen zu können und so die Professionellen zu „enttäuschen“.

● **Kenntnis und Einsatz angemessener Kommunikationsstrategien und Methoden**

Wie gesagt: eine originelle Sicherheitseinweisung im Flugzeug kommt sicher besser an als ein vergilbter Fluchtplan. Ähnliches gilt für die Kommunikationsstrategien und Methoden, mittels derer Strategien zur Risikominimierung vermittelt werden. Darüber hinaus sollte man auch mit Konzepten zum Umgang mit typischen Problemen und Wi-

derständen in der Kommunikation vertraut sein. Hilfreich sind z. B. das Stadienmodell der Änderungsbereitschaft von Prochaska und Di Clemente (1984) und das Konzept der „motivierenden Gesprächsführung“ von Miller/Rollnik (vgl. dazu Vogt/Schmid 2002, S. 336 ff.), mit deren Hilfe sich polare Konstellationen zwischen Berater und Klient vermeiden lassen, die zu gegenseitiger Blockade führen würden.

Viele Mitarbeiter von Aids- und Drogenhilfen verfügen aber nur über ein äußerst eingeschränktes Methodenrepertoire. Oft schützen sie sich durch ihre Routinearbeiten (mündliche Aufklärung, Beratung sowie grundlegende Praxishilfen und Serviceleistungen wie die Vergabe von Pflege-, Schutz- und Aufklärungsmaterialien) vor neuen und ungewohnten Methoden wie z. B. dem „*motivational interviewing*“, „Case-Management“ oder der „Psychoedukation“, die als zu anstrengend und aufwendig erachtet werden. Doch auch „klassische Methoden“ sind häufig verpönt oder werden nicht ausreichend ausgeschöpft (vgl. Vogt 1998). All das erschwert kreatives Arbeiten, und so hat man es oft eher mit Belehrungen als mit Lernen im Dialog zu tun. Zu diesem Defizit beim „Handwerkszeug“ trägt sicher auch bei, dass es kein allgemein anerkanntes Curriculum und nur wenige Methodenhandbücher gibt¹ und dass wichtige Anregungen aus Seminaren oder Veröffentlichungen aus vielerlei Gründen nicht in die Praxis transferiert werden (vgl. Heudtlass/Stöver [Hg.] 2004). Hinzu kommt, dass häufig die Möglichkeit fehlt, gemeinsam mit Betroffenen Trainingseinheiten oder Fortbildungsmodule zu entwickeln – zum Teil auch deshalb, weil es keine Kontakte zu geeigneten Personen (z. B. Sexworkern) gibt oder weil Vorbehalte gegen die Klienten bestehen.

1 Zu nennen wären hier z. B. „*Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen*“ (Jacob/Stöver [Hg.] 1998), „*HIV-Prävention für Mädchen und Frauen*“ (Hilgfort 2000), „*Risikominimierung im Strafvollzug*“ (DAH 2003) oder „*Risiko mindern beim Drogengebrauch*“ (Heudtlass/Stöver [Hg.] 2004).

● Zugang zu den Zielgruppen

Zu bestimmten, möglicherweise „präventions- bzw. gesundheitsförderungsbedürftigen“ (Sub-)Zielgruppen lassen sich nur schwer tragfähige Kontakte aufbauen; hierzu gehören etwa Drogengebraucher mit Migrationshintergrund (siehe dazu den Beitrag von Salman in diesem Band, S. 227ff.), Klienten mit problematischem Mischkonsum und jugendliche Drogenkonsumenten. Dazu trägt auch bei, dass die Arbeit mit Klienten, die nur Versorgungswünsche und keinen Informationsbedarf haben, häufig (zu) viele Kapazitäten bindet.

● Einbeziehung von Peers/Vertrauen

Die Erfahrung hat gezeigt: die Vermittlung von Wissen allein reicht nicht aus, damit sich Verhaltensänderungen einstellen – die meisten Raucher z. B. *wissen* durchaus, dass Rauchen gesundheitsschädlich ist. (Nichtsdestotrotz braucht man auch Faktenwissen; viele Drogenkonsumenten halten sich zwar für gut informiert, haben aber tatsächlich erhebliche Wissenslücken, etwa hinsichtlich versteckter Infektionsrisiken durch mangelnde Hygiene im Umgang mit Blut oder beim gemeinsamen Benutzen von Wasser, Löffeln oder Filtern.) Wichtig ist darüber hinaus, dass es sich bei den vermittelten Fakten um „soziale“ Informationen handelt, also aus persönlicher Erfahrung gewonnenes Wissen von „Insidern“, die in der gleichen Situation sind wie die Drogengebraucher selbst (Peers) und zu denen sie Vertrauen haben. Das zeigt sich besonders deutlich z. B. im Gefängnis, wo die Peer-Gruppe und die Normen der Subkultur sowie Vertrauen zum Informationsvermittler von großer Bedeutung sind. Peers können auch Vorbildfunktion für andere bekommen und deren Wahrnehmung ihrer Selbstwirksamkeit, also das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, günstig beeinflussen.²

² Ausführlichere Informationen dazu, wie Peer-Support-Aktivitäten (Maßnahmen zur Unterstützung durch Peers) angeregt werden können und wie sie sich umsetzen lassen, finden sich z. B. bei Trautmann/Stöver (DAH [Hg.]2003, S. 211ff.), die sich u. a. auf das Modell von Kok/Sandfort (1991) zur Verhaltensänderung beziehen, oder bei Backes/Schönbach 2001.

● Verhältnisprävention/Kooperation mit anderen Akteuren

Dass ein ganzheitlicher Ansatz in der Prävention nicht nur Verhaltens-, sondern auch Verhältnisprävention umfasst (vgl. den Beitrag von Klee in diesem Band, S. 107 ff.), ist mittlerweile allgemein anerkannt. Die Institutionen der gesundheitlichen Hilfe müssen daher auf realistische, umsetzbare Angebote „abgeklopft“ werden, die Menschen befähigen, mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen. Vor diesem Hintergrund fallen drei besonders große weiße Flecken in der Implementierung von Präventionsstrategien zur Risikominimierung auf:

Arztpraxen

Ärzte und Ärztinnen tun sich offensichtlich im Allgemeinen schwer mit konsumbegleitenden Angeboten, auch wenn es einige „Lichtblicke“ gibt (etwa bei Substitutionsärzten). Der Nachweis entsprechender Kompetenzen sollte daher in den ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen verankert werden.

Stationäre Entzugs- und Therapieeinrichtungen

Beratungsangebote zur Risikominimierung – eingebettet in ein ressourcenorientiertes Konzept der Gesundheitsförderung – sind in Entzugs- und Therapieeinrichtungen nach wie vor Mangelware. Begründet wird dies häufig damit, dass man „doppelte Botschaften“ vermeiden wolle (Abstinenzorientierung versus konsumbegleitende Hilfestellungen, die man als „Aufforderung zum Konsum“ verstehen könne), um Berater, Therapeuten und Patienten nicht zu überfordern. Die Maßnahmen einer Therapieeinrichtung in Norddeutschland sind da die Ausnahme: Über einen von der örtlichen Aidshilfe getragenen Automaten wird der Zugang zu sterilen Injektionsutensilien ermöglicht, und die ärztliche Abschlussberatung von Therapieabbrechern wird mit Safer-Use-Botschaften gekoppelt, wobei auch die nach der Entlassung besonders hohe Gefahr einer Überdosierung angesprochen wird. (Ob der Zeitpunkt dieses „Last-Minute-Angebots“ mit Blick auf die Aufnahme-

bereitschaft der Klienten günstig ist, mag hier dahingestellt bleiben.) In der Praxis vielfach unbeachtet geblieben ist die Tatsache, dass selbst renommierte abstinenzorientierte Therapieforchungsanstalten sich bereits frühzeitig mit der Implementierung von Safer-Use-Botschaften in die sog. Entwöhnungsbehandlung beschäftigt haben³; ihren Publikationen wäre eine größere Verbreitung zu wünschen. An den Kostenträgern wie Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern läge es, die Implementierung gesundheitsfördernder Angebote zur Risikominimierung, die ja zugleich die Sozialsysteme entlasten, einzufordern und zu begleiten; mit diesen Institutionen sollte der Dialog gesucht werden.

Justizvollzugsanstalten

Haftanstalten sind angesichts des hohen Anteils infizierter Inhaftierter und des Drogenkonsums unter besonders riskanten Bedingungen ein Gesundheitsrisiko schlechthin. Diese „Zwangskoppelung“ von Gesundheitsrisiko und staatlicher Institution ist inakzeptabel, zumal es gerade für die Implementierung von risikominimierender Prävention in Hafteinrichtungen bereits fundierte Forschungsprojekte, internationale Praxiserfahrung und ausgereifte konzeptionelle Hilfestellungen gibt (siehe z. B. Nelles/Hirsbrunner 2002). Am Beispiel der Justizvollzugsanstalten zeigt sich besonders deutlich auch die Abhängigkeit schadensminimierender Ansätze von der Politik; so wurden etwa die bewährten Spritzenvergabeprojekte im Hamburger und niedersächsischen Strafvollzug allein aus politischen Gründen eingestellt.

Tipps und Hinweise für die Praxis

● Gruppen- statt Einzelberatung

Die personalintensive Einzelberatung bringt viele Einrichtungen angesichts knapper Personalressourcen schnell an ihre Grenzen. Dabei ist

3 *vgl. z.B. Fahrner, E.-M./Gsellhofer, B.: Ein AIDS-Präventionsprogramm für Drogenabhängige: Empirische Ergebnisse zum AIPP. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „HIV-Prävention bei Drogenabhängigen“. Baden-Baden: Nomos 1995*

die Gruppenberatung oft viel effizienter, und man kann mit ihr in Haftanstalten, in Wohneinrichtungen, selbst in Streetwork-Anlaufstellen, in Vergabestellen von Spritzbesteck oder in Methadonambulanzen arbeiten. Gute Erfahrungen haben wir mit kurzen monothematischen Veranstaltungen mit „Mut zur Lücke“ gemacht – solche Angebote erfordern allerdings Erfahrung in der Gruppenarbeit und Sicherheit im Thema. Es empfiehlt sich, Experten wie z.B. Drogengebraucher oder Ärzte einzuladen und auch fürs nötige „Marketing“ zu sorgen, d. h., sich zu überlegen, wie man auf das Thema neugierig macht, wie man die Zielgruppe anspricht und wie man ihr den „Gewinn“ verdeutlicht, den ihr die Nutzung eines solchen Gruppenangebotes bringt.

- **„Auffrischer“ einsetzen**

Langfristig angelegte Präventionsstrategien benötigen „Auffrischer“, damit das Thema in der Diskussion bleibt und die Aufmerksamkeit der Zielgruppen (zurück-)gewonnen wird. Dazu können die Slogans, die Methoden, die konkrete Ansprache, das Setting, die Konstellation der beteiligten Personen, die eingesetzten Materialien und Medien und die Abgabe von Hilfsmitteln verändert werden.

- **Kommunikationsanlässe für kurze Informationsgespräche nutzen/schaffen**

Im niedrigschwelligen Bereich spielen neben instrumentellen Hilfen (Spritzentausch) kurze Informationsgespräche eine herausragende Rolle, in denen sich Wissen überprüfen und „auffrischen“ lässt. Dafür kann man Anlässe nutzen oder sie gezielt schaffen: Fernsehfilme, Zeitungsnotizen, eine Einladung von Nachbarn, die sich wegen weggeorfener Spritzen Sorgen machen, usw. Auch Plakate und Flyer oder kleine praktische Geschenke wie z.B. Kugelschreiber können als „Gesprächsaufhänger“ sinnvoll sein. Belebend wirken kreative Aktionen wie ein Quiz oder Preisrätsel, wobei „Incentives“ (Anreize, d. h. kleine Werbegeschenke oder Ähnliches) die Attraktivität und Mitmachbereitschaft erhöhen. Komplexe Präventionsinhalte allerdings lassen sich im

*Motiv einer 4-teiligen
Plakatreihe zum
Thema „Safer Use“
der DAH*



niedrigschwelligen Bereich kaum vermitteln; denkbar sind allenfalls Safer-Use-Workshops und -Trainings, die aber nicht länger als eine Stunde dauern sollten.

- **Informations- und Trainingsreihen anbieten**

In höherschwelligen Einrichtungen, in denen Klienten ambulant oder stationär verbindlich betreut werden, lassen sich gut Informations- und Trainingsreihen mit mehreren aufeinander folgenden Terminen durchführen, unter Umständen auch umfangreichere Projektarbeiten zu speziellen Themen.

- **Qualität der eingesetzten Publikationen überprüfen und Medien nicht überbewerten**

Die Anzahl der deutschsprachigen Broschüren zum Thema Risikominimierung für Drogengebraucher („Safer Use“, Desinfektionstechniken, meist gekoppelt mit Hinweisen zum Notfallschutz bzw. -management, usw.) ist fast unübersehbar geworden (einen Überblick bieten Leicht/Stöver 2004). Über die Qualität der darin vermittelten Botschaften, ihre Akzeptanz und ihre Bedeutung für Haltungs- oder Verhaltensänderun-

gen beim Zielpublikum liegen allerdings kaum wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse vor. Es empfiehlt sich daher, die eingesetzten Materialien grundsätzlich hinsichtlich der fachlichen Qualität der vermittelten Botschaften sowie ihrer Angemessenheit und ihres Wertes für den Transfer von Strategien zur Schadensminimierung zu beurteilen, und zwar unter Einbeziehung des Feedbacks der Zielgruppe.

Grundsätzlich gilt es dabei zu bedenken, dass die für die Beeinflussung individuellen Verhaltens und sozialer Normen notwendige Kommunikation durch Broschüren zwar angeregt, gefördert oder vertieft werden kann, Printmedien aber die persönliche Kommunikation niemals ersetzen können!

● **Das Internet nutzen**

Die Vorteile des Interneteneinsatzes gerade für viele Zielgruppen schadensminimierender Prävention liegen auf der Hand: Der Zugang ist (mehr oder weniger) anonym – angesichts der strafrechtlichen Relevanz des Drogenkonsums ein unschätzbare Wert; die sonst drohende Stigmatisierungsgefahr schon beim Besuch von Beratungsstellen ist nicht gegeben –, das Internet ist ohne großen Aufwand, schnell und rund um die Uhr (und damit unabhängig von Öffnungszeiten) erreichbar, für Präventionsempfehlungen zur Schadensminimierung lässt sich mit geringen Kosten weite Verbreitung erzielen, die Informationen lassen sich leicht und schnell aktualisieren (sodass man auch schnell auf neue Trends reagieren kann). Allerdings gilt auch und gerade hier, dass es um die Qualität der angebotenen Inhalte (eine umfangreiche Liste einschlägiger Adressen bieten Gerlach/Pfeiffer 2004) nicht immer zum Besten bestellt ist und eigentlich eine sorgfältige Prüfung angesagt wäre – die natürlich von den Nutzern kaum zu leisten ist.

● **Szenenahe Foren/Medien nutzen**

Ein gutes Beispiel ist „Mainline“, das äußerst professionell gemachte Magazin der Stichting Mainline aus Amsterdam. Der „Altjunkie“ wird in diesem Blatt genauso mit seinen Konsumerfahrungen portraitiert

wie der Gelegenheitskokser; daneben finden sich aber z.B. auch Hinweise zu gesunder Ernährung, mit denen etwa dem verbreiteten Vitamin- und Mineralstoffmangel entgegengewirkt werden soll. Die als Selbsthilfeprojekt entstandene deutsche „Junkfurter Ballergazette“ aus Frankfurt/Main kann zwar mit dem großen niederländischen Vorbild nicht mithalten, doch gibt es auch hier zahlreiche Beiträge mit Hinweisen und Erfahrungsberichten zu substanzbezogenen Safer-Use-Praktiken (in der Regel allerdings ohne dass die Tipps wissenschaftlich abgesichert wären). Zu einem wichtigen szenenahen Kommunikationsmedium in Deutschland hat sich der „DROGENKURIER“ entwickelt, der bis zu viermal jährlich erscheinende Rundbrief des bundesweiten Selbsthilfenetzwerks JES – Junkies, Ehemalige, Substituierte, der die Arbeit des Drogenselbsthilfeprojekts seit seiner Gründung im Jahr 1989 begleitet. Aus dem anfangs teilweise noch handschriftlich verfassten Blatt, das ausschließlich für Drogengebraucher im Netzwerk bestimmt war und in dem Gegner oder Andersdenkende geschmäht und beleidigt wurden, hat sich im Laufe der Jahre ein Rundbrief mit einer breiten Leserschaft auch in Aids- und Drogenhilfen, unter Ärzten, Vertretern politischer Parteien sowie bei interessierten Privatpersonen entwickelt, der über (gesundheits-)politische Veränderungen berichtet, über Veranstaltungen informiert und die Arbeit der unterschiedlichen Ebenen des bundesweiten JES-Netzwerks darstellt.

● Videos einsetzen

Ein Video fördert die Aufmerksamkeit, kann die Wissensvermittlung mittels mündlicher oder schriftlicher Informationen unterstützen und auch selbst der Wissensvermittlung dienen. Außerdem kann es Anlass zur Auseinandersetzung mit riskanten Praktiken des Drogenkonsums und für Diskussionen bieten und die Hemmschwelle zur Teilnahme an praktischen Übungen senken. Leider gibt es unseres Wissens im deutschsprachigen Raum nur ein einziges professionell gemachtes zielgruppenspezifisches Video zum Thema Schadensminimierung, nämlich ein 2001/2002 von Fixpunkt e.V. in Berlin mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit gemeinsam mit Drogenerfah-

renen hergestelltes knapp 20-minütiges Video zum Verhalten im Drogennotfall, das es auch in einer Version mit russischen Untertiteln gibt.⁴ Ab Frühsommer 2004 steht auch ein Video von Fixpunkt e.V. zum Schutz vor Hepatitis C und zur Hygiene im Alltag eines Drogengebrauchers zur Verfügung.

Aufklärungsvideofilme sollten professionell hergestellt werden, um größtmögliche Akzeptanz bei der Zielgruppe zu erreichen. Und auch hier sollte evaluiert werden, ob die Kernbotschaften bei der Zielgruppe ankommen und welche Verbesserungsvorschläge es gegebenenfalls gibt.

Zwei Beispiele für erfolgreiche Praxis: Fixpunkt e.V. (Berlin) und Stichting Mainline (Amsterdam)

Fixpunkt e.V. in Berlin und die Stichting Mainline in Amsterdam haben Angebote zur Risikominimierung entwickelt, bei denen die oben genannten Voraussetzungen gegeben sind; ihre Arbeit sei hier stichpunktartig beschrieben:

- Drogengebraucher bzw. Drogen gebrauchende Klienten werden als Experten punktuell oder kontinuierlich in die Planung und Durchführung der Angebote einbezogen, z.B. bei der Auswahl von Themen, bei der Informationssammlung oder bei der Gestaltung von Infomaterialien. Außerdem wird nach der Durchführung einer Maßnahme ein Feedback von der Zielgruppe eingeholt.
- Beide Organisationen führen zeitlich begrenzte Kampagnen zu Schwerpunktthemen wie Hepatitisinfektionen, Hepatitisbehandlung oder -impfung durch.

⁴ Erwähnt sei an dieser Stelle aber das Archiv und Dokumentationszentrum für Drogenliteratur der Universität Bremen (Archido, im Internet unter www.archido.de), das über eine Videosammlung mit gegenwärtig etwa 200 Titeln zu Themen wie Aids, Alkohol, Biografien/Drogenkarrieren/Erfahrungsberichte, Drogenpolitik, zu einzelnen Substanzen, aber z.B. auch zu schadensbegrenzenden Angeboten verfügt.

*Motiv einer
Aktion des Vereins
Fixpunkt e.V. zum
Thema Hygiene und
Drogengebrauch*



- Sowohl Fixpunkt als auch die Stichting Mainline arbeiten innovativ; so wird z. B. gezielt nach (Wissens-)Defiziten und versteckten Risiken („hidden risks“) geforscht und nach die Aufmerksamkeit erhöhenden, wirksamen Vermittlungsmethoden gesucht.
- Die Mitarbeiter arbeiten im Team und teilen sich die Aufgaben; dabei fühlt sich jeder dafür verantwortlich und sorgt mit dafür, dass sein jeweiliges Spezialthema in der Einrichtung angemessen bearbeitet wird.
- Beide Projekte arbeiten mit anderen spezialisierten Einrichtungen zusammen und bieten dort z. B. Trainingsmaßnahmen an, was besonders empfehlenswert zum Wissens- und Methodentransfer zwischen niedrig- und höherschwelligen Einrichtungen ist. Außerdem wird auf die Einbeziehung von Kollegen aus kooperierenden Einrichtungen gesetzt, die als Multiplikatoren für die nachhaltige Integration der Präventionsbotschaften in den Arbeitsalltag ihrer Institutionen sorgen.

Fixpunkt e.V. führt z. B. in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (niedrigschwellig, ambulant, stationär) modellhaft Kampagnen zu den Themen „Hepatitis A/B-Impfung“, „Drogennotfall/Naloxon“ und „Zahnprophylaxe“ durch. Außerdem erproben die Mitarbeiter Methoden wie

peergestützte⁵ Vor-Ort-Arbeit, „Homework“ und Einbeziehung von Apothekern als Multiplikatoren.

Mainline Amsterdam pflegt durch intensive Straßenarbeit den ständigen Dialog mit der Zielgruppe und hat somit das Ohr am Puls des Geschehens; Foren für diesen Dialog und sein Ausdruck sind eine professionell gestaltete, hochwertige Zeitschrift, Newsletter und Informationsmaterialien zu Themen wie HIV- und Hepatitisbehandlung oder „Der erste Tag draußen“. Auf diese Weise wird Wissenstransfer innerhalb der Szene und an andere Beteiligte (Substitutionsärzte, Drogenberater usw.) ermöglicht, z. B. über Mythen wie „In der Heroinabgabestelle ist das Heroin radioaktiv verseucht“ oder „Es gibt ein Suchtzentrum im Hirn, das muss geheilt werden“, die für die Konsumenten handlungsrelevant sind.

Literatur

Backes/Schönbach 2001

Backes, H./Schönbach, K.: Peer education – ein Handbuch für die Praxis (Basisinformationen, Trainingskonzepte, Methoden, Evaluation). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001

DAH 2003

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): Risikominimierung im Strafvollzug. Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen (Loseblattsammlung; basierend auf Trautmann, F./Stöver, H. (Hg.): Risk Reduction for Drug Users in Prison – Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System. Utrecht: Trimbos Institute 2001). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2003

Gerlach/Pfeiffer 2004

Gerlach, R./Pfeiffer, D. (2004): Drogenarbeit, Drogenforschung, Drogenpolitik im Internet. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. 3. Auflage. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2004 (im Druck)

Heudtlass/Stöver (Hg.) 2004

Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. 3. Auflage. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2004 (im Druck)

Hilgefert 2000

Hilgefert, G.: Handbuch HIV-Prävention für Mädchen und Frauen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2000

5 peergestützt: unter Einbeziehung von „Peers“ (hier: Drogengebraucher), also „von gleich zu gleich“

Jacob/Stöver (Hg.) 1998

Jacob, J./Stöver, H. (Hg.): Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen. Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug (Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, Heft 4). Oldenburg: BIS 1998 (im Internet unter <http://docserver.bis.uni-oldenburg.de/publikationen/bisverlag/jacming8/inhalt.htm>)

Kok/Sandfort 1991

Kok, G.J./Sandfort, T.G.M.: AIDS-preventie, voorlichting en gedragsverandering [AIDS-Prävention, Erziehung und Verhaltensänderung]. In: *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 46, S. 238–251

Leicht/Stöver 2004

Leicht, A./Stöver, H.: Informationsmaterialien zu Drogen, Drogennotfall, Infektionskrankheiten, Safer Use und Safer Sex – eine kommentierte Übersicht. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. 3. Auflage. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2004 (im Druck)

Nelles/Hirsbrunner 2002

Nelles, J./Hirsbrunner, H.P.: Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und Drogenprävention (einschließlich Spritzenabgabe) – „Eckpfeiler einer optimalen Einführung von Spritzenabgabeprojekten im Strafvollzug“. In: *AKZEPTANZ* (Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik), 10(2), S. 13–22

Prochaska/Di Clemente 1984

Prochaska, J.O./Di Clemente, C. (1984): The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood/Illinois: Dow Jones-Irwin 1984

Vogt 1998

Vogt, I.: Frauen und Sucht. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 1998

Vogt/Schmid 2002

Vogt, I./Schmid, M.: Motivierende Beratung (motivational interviewing). In: Böllinger, L./Stöver, H. (Hg.): *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2002, S. 336–344

Infektionsprophylaxe in Kontaktläden und Drogenkonsumräumen

..... **Jürgen Klee**

Am Anfang war der Kontaktladen...

Als Reaktion auf den seit etwa Mitte der 1960er Jahre auch in Deutschland zunehmenden Gebrauch illegalisierter Drogen (vor allem Haschisch und Marihuana) unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen entstanden im Rahmen der so genannten Release-Bewegung¹ zahlreiche Basisinitiativen zur Unterstützung dieser Konsumenten und zum Teil auch zur Selbsthilfe, denn die „klassischen“ Suchtberatungsdienste wie etwa das Blaue Kreuz oder Gesundheits- und Jugendämter kümmerten sich vornehmlich um Menschen mit Alkoholproblemen. Die Initiatoren und ersten Mitarbeiter dieser meist als freie Vereine organisierten Initiativen wollten eine Alternative zur repressiven „bürgerlichen Psychiatrie“ schaffen. Drogenabhängigkeit wurde ausschließlich als Folge gesellschaftlich-politischer Defizite gesehen; Ziel war nicht die Abstinenz, sondern der informierte Konsument, der weiß, was er unter welchen Bedingungen tut oder besser lässt. Zu den Angeboten der Release-Gruppen gehörten z. B. Übernachtungsmöglichkeiten für obdachlose Drogenkonsumenten, therapeutische Wohngemeinschaften, ambulante medizinische Betreuung

1 von engl. „to release“ = freigeben, befreien

und auch Kontaktläden mit Teestubencharakter. Aufgrund fehlender finanzieller Unterstützung – im Rahmen des von der damaligen Bundesregierung initiierten Förderprogramms „Großmodell zur Beratung und Behandlung drogengefährdeter und -abhängiger Jugendlicher“ (1971–1977) war die Mittelvergabe an das Abstinenzziel gekoppelt – ging die Phase der Release-Bewegung jedoch bereits Mitte der 1970er Jahre zu Ende, obwohl die Initiativen im Vergleich zur traditionellen Psychiatrie recht gute Erfolge vorweisen konnten (vgl. dazu Pereira 1999, S. 42 ff.).

In den folgenden Jahren traten etablierte Verbände der Suchtarbeit das Erbe der Release-Bewegung an, wobei sie sich inhaltlich scharf von ihr abgrenzten. Drogenabhängigkeit wurde nicht mehr als gesellschaftliches, sondern als individuelles Problem angesehen (man sprach von „Suchtpersönlichkeiten“), dem nur mit individueller „Erziehung“ und Therapie zu begegnen sei. Vor diesem Hintergrund kam es zu einem „Professionalisierungsschub“ in der Drogenarbeit, und das Berufsbild des Suchttherapeuten entwickelte sich; die 1976 von Bundes- und Landesregierungen beschlossenen Mindestkriterien für eine Bezuschussung von Beratungs- und Therapieeinrichtungen führten darüber hinaus zu einem „Bürokratisierungsschub“. Primärziel der (hochschwellig) Angebote war die Drogenabstinenz, wobei auch die Strategie des „helfenden Zwangs“ vertreten wurde, d. h., man setzte darauf, dass massiver Leidensdruck zur Therapie- und Abstinenzbereitschaft führe und dass Mitarbeiter von Drogenberatungsstellen diesen Druck zu erhöhen hätten – kein Wunder, dass das „Hilfesystem“ nur einen sehr kleinen Teil der Drogenabhängigen erreichte.

Mitte der 1980er Jahre wurde das Scheitern des abstinenzorientierten Hilfesystems offenkundig; die Zahl der so genannten Drogentoten stieg, die Verelendung vieler Konsumenten war nicht zu übersehen, die Beschaffungskriminalität eskalierte, und unter intravenös konsumierenden Drogengebern stieg die Zahl der HIV-Infektionen und Aidskrankungen massiv an (vgl. Pereira 1999, S. 45–49). Vor diesem Hintergrund kam es zu einer zumindest teilweisen Umorientierung in der Drogenarbeit – nicht zuletzt auch, weil Aidshilfen die Arbeit im Drogenbereich aufnahmen und viele „Neueinsteiger“ in das Feld der Drogenhilfe frische Ideen, neue Konzepte und Pioniergeist mitbrachten (vgl.

Hentschel/Skomorowsky 2001, S. 81ff.). Die veränderte Lage äußerte sich in Leitbildern und einer Praxis, die sich mit Begriffen wie „nicht bevormundend“, „suchtbegleitend“, „klientenorientiert“, „risikomindernd“, „niedrigschwellig“ und „akzeptierend“ bewusst von der bevormundenden, hochschwelligigen und einseitig auf Abstinenz ausgerichteten „traditionellen“ Drogenhilfe abgrenzten² (vgl. Stöver 1991, S. 9). Im Rahmen des von 1989 bis 1993 laufenden Bundesmodellprogramms „Verstärkung in der Drogenarbeit – Booster-Programm“ zur Implementierung niedrigschwelliger Drogenhilfeangebote im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurden Drogenhilfe und Drogenszene mit hohem finanziellem Aufwand mittels Streetwork und dem Aufbau von Einrichtungen der Überlebenshilfe zueinander gebracht. Die Abgabe von sterilen Kanülen und Nadeln (bzw. Spritzenaustausch) zur Infektionsvermeidung musste dabei allerdings vielerorts gegen die Drogenhilfe mit ihrem Konzept der Motivationsprüfung durchgesetzt werden.

Auch die Idee der Kontaktläden (sowie niedrigschwelliger offener Bereiche und Angebote in Beratungsstellen) als Schutz- und Ruheraum abseits der Szene und als Kommunikationsort insbesondere auch für Safer-Use-Botschaften wurde wieder aufgegriffen (vgl. Pereira 1999, S. 49). Für Initiatoren und Betreiber standen (und stehen) Risikominimierung und Gesundheitsförderung im Vordergrund; ordnungspolitische Aspekte – so sie denn überhaupt anerkannt wurden – traten dahinter zurück. Solche Kontaktläden zeichnen sich durch eine einladende, offene Atmosphäre aus. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen suchen (wie der Name schon sagt) den Kontakt zu den Nutzern und fördern auch den Kontakt zwischen ihnen, sie stehen für Fragen und Gespräche bereit, unterstützen Selbsthilfeaktivitäten, motivieren. Ihre Haltung ist durch Empathie und Akzeptanz geprägt, nicht von einer Sichtweise, die Drogenkonsum als Folge eines Persönlichkeitsdefizits betrachtet. Wichtig sind Präventionsangebote wie z. B. die Möglichkeit,

2 *Das Abstinenzparadigma wurde in Teilen der Drogenhilfe durch das Konzept der Drogenmündigkeit abgelöst – womit keineswegs geleugnet wird, dass es auch Drogenabhängigkeit gibt. Es geht aber darum, der generellen Pathologisierung des Konsums illegalisierter Substanzen entgegenzutreten. (Siehe hierzu Barsch in diesem Band, S. 26ff)*



*Aufkleber der DAH
zum Aktionstag
„Druckraum“ 1998*



sterile Spritzen sowie Zubehör für die hygienische Injektion zu bekommen, kostenlos erhältliche Kondome und Broschüren zu Themen wie Safer Use, Substitution oder Hepatitiden sowie Angebote wie ein Café bzw. eine Essensausgabe, Sanitäreinrichtungen zur Körperpflege oder Übernachtungsmöglichkeiten (vgl. auch Michels/Stöver 1997, S. 17).

Der Erfolg dieser Arbeit (Rückgang der HIV- und Hepatitis-Neuinfektionen, hoher Anteil der Drogengebraucher, die erreicht werden, große Haltekraft) ist jedoch neuerdings gefährdet, und zwar nicht nur aufgrund finanzieller Einschnitte. Vielerorts treten – von manchen als gesundheitspolitisch notwendig und ordnungspolitisch wünschenswert erachtet und zudem oft aus Polizeikreisen gefordert – Kontrollinteressen in den Vordergrund, und auch „Optik“ bzw. „Image“ spielen eine wichtige Rolle: Von einer offenen Drogenszene zu sprechen, gilt vielerorts als anrühlich und kontraproduktiv im Wettbewerb etwa um Werbe- oder Steuereinnahmen. Da der Gesetzgeber nach wie vor nicht bereit ist, von der Maxime „Alles außer Konsum ist strafbar“ abzurücken, geraten Drogenberater und Polizeibehörden so in unlösbare Rechtskonflikte. Auch die Unbelehrbaren mit ihrer Vorstellung vom „helfenden Zwang“ gewinnen (wieder) an Einfluss, die medizinische Herangehensweise bekommt wieder Oberwasser, und Aspekte der Gesundheitsförderung sowie der Gedanke der Selbstbestimmung geraten ins Hintertreffen. Anders ausgedrückt: Wenn Staat und Gesellschaft nur den Schwarzmarkt zulassen und zudem Szeneorte im öffentlichen Raum systematisch abgebaut werden, können hilflose Helfer die sich daraus ergebenden Defizite nicht in ihren Einrichtungen „ausgleichen“, und ein Klima von Unsicherheit und Repression verhindert die notwendige Infektionsprophylaxe.

Vom „Druckklo“ zum rechtlich abgesicherten Drogenkonsumraum

Noch deutlicher tritt dieses Problem bei den so genannten Drogenkonsumräumen³ hervor. Erste Projekte dieser Art gab es bereits Anfang der 1970er Jahre in Amsterdam sowie Anfang der 1980er Jahre in Zürich. In Deutschland wurde – unter dem Eindruck der Aidskrise – seit Ende der 1980er Jahre der intravenöse Drogenkonsum in bestehenden Hilfsangeboten wie Kontaktläden, Übernachtungshäusern und Nachtangeboten für Drogen gebrauchende Prostituierte informell geduldet (vgl. Michels/Stöver 1997, S. 17–20). Es handelte sich dabei um den verzweifelten Versuch – manche Experten sprachen gar von „Druckklos“ (vgl. Hentschel/Skomorowsky 2001, S. 83) –, entgegen der herrschenden Rechtsauffassung und inneren Verfasstheit weiter Teile der Drogenhilfe Überlebenshilfe sowie HIV- und Hepatitisprävention für Drogengebraucher zu leisten und zu zeigen, dass Drogenkonsum in einer Einrichtung beherrschbar ist, ja dass erst durch das bewusste Hinsehen und Darüber-Reden Verbesserungen in der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung möglich werden.

Erste Versuche, auch in der Bundesrepublik Drogenkonsumräume zu installieren, wurden unter Beteiligung von Aktivisten des am 21. Juni 1989 gegründeten Selbsthilfenetzwerks „JES – Junkies, Ehemalige, Substituierte“ in Bremen und Bonn unternommen⁴, jedoch nach relativ kurzer Zeit u. a. wegen rechtlicher und konzeptioneller Unsicherheiten wieder aufgegeben (vgl. ebd. sowie Stöver [Hg.] 1991, S. 99–110). Im Jahr 1992 stellte der Hamburger Senat zwei Millionen DM für den Betrieb

3 Weitere Bezeichnungen sind Druckraum, Konsumraum, Gesundheitsraum, in der Schweiz auch „Fixerstübli“, „Gassenzimmer“, „Sprützhüsli“, „Fixerpavillon“.

4 Die Motive der Initiatoren waren dabei durchaus unterschiedlich; für manche stand sicherlich der „Schutz der Gesellschaft“ vor den als „uneinsichtig“ geltenden Drogen gebrauchenden „Desperados“ im Vordergrund, andere sahen sich einfach zu humanitärer Hilfe aufgerufen, wieder andere sahen Druckräume auch als Mittel zur Emanzipation und sozialen (Re-)Integration von Drogengebrauchern sowie als Ort der Kommunikation und für die Prävention.

von Gesundheitsräumen bereit und brachte eine Initiative in den Bundesrat ein, das Betreiben von Druckräumen straffrei zu stellen (Michels/Stöver 1997, S. 21); aufgrund unterschiedlicher Gesetzesinterpretationen konnte in Hamburg allerdings erst im Jahr 1994 der erste offizielle Konsumraum eingerichtet werden (vgl. Hentschel/Skomorowsky 2001, S. 86).

Eine halbwegs tragfähige juristische Grundlage für den Betrieb von Drogenkonsumräumen bot ein 1993 vom Frankfurter Oberstaatsanwalt Dr. Harald Körner verfasstes strafrechtliches „Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen“; Körner kam darin zu dem Ergebnis, „dass unter bestimmten Bedingungen geführte Konsumräume weder gegen das BtMG⁵ noch gegen andere Strafgesetze oder gegen internationale Suchtstoffabkommen verstoßen“ (Hentschel/Skomorowsky 2001, S. 85). Doch nicht alle Staatsanwaltschaften schlossen sich Körners Auffassung an, und so standen Druckräume⁶ lange Zeit juristisch nur auf schwachen Füßen. Dennoch ermöglichten es einige Vereinbarungen auf kommunaler Ebene engagierten Drogenhilfeinitiativen, ihre bislang illegale Praxis offen zu legen und ihre Angebote – meist durch Umfunktionierung bestehender Einrichtungsteile – auszuweiten. Damit verbunden war ein erheblicher Qualitätssprung in Sachen Hygienestandards, Desinfektion, eigene, funktionale Räumlichkeiten, Ausstattung, Qualifikation der Mitarbeiter/innen, Erste-Hilfe-Trainings für Drogennotfälle, Notfallmanagement und Dokumentation der geleisteten Arbeit.

Zum 1. April 2000 trat dann das 3. Betäubungsmitteländerungsgesetz (3. BtMÄG) in Kraft, das eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage für den Betrieb von Drogenkonsumräumen darstellt. In das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wurde der § 10a neu aufgenommen, der hier im Wortlaut wiedergegeben sei:

5 BtMG = Betäubungsmittelgesetz

6 Zu den Druckräumen in Frankfurt am Main, Hamburg, Hannover und Saarbrücken vgl. Hentschel/Skomorowsky 2001, S. 85–88.

§ 10a Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen

- (1) *Einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde bedarf, wer eine Einrichtung betreiben will, in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird (Drogenkonsumraum). Eine Erlaubnis kann nur erteilt werden, wenn die Landesregierung die Voraussetzungen für die Erteilung in einer Rechtsverordnung nach Maßgabe des Absatzes 2 geregelt hat.*
- (2) *Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis nach Absatz 1 zu regeln. Die Regelungen müssen insbesondere folgende Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen festlegen:*
 1. *Zweckdienliche sachliche Ausstattung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum dienen sollen;*
 2. *Gewährleistung einer sofort einsatzfähigen medizinischen Notfallversorgung;*
 3. *medizinische Beratung und Hilfe zum Zwecke der Risikominderung beim Verbrauch der von Abhängigen mitgeführten Betäubungsmittel;*
 4. *Vermittlung von weiterführenden und ausstiegsorientierten Angeboten der Beratung und Therapie;*
 5. *Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach diesem Gesetz in Drogenkonsumräumen, abgesehen vom Besitz von Betäubungsmitteln nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 zum Eigenverbrauch in geringer Menge;*
 6. *erforderliche Formen der Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zuständigen örtlichen Behörden, um Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Drogenkonsumräume soweit wie möglich zu verhindern;*
 7. *genaue Festlegung des Kreises der berechtigten Benutzer von Drogenkonsumräumen, insbesondere im Hinblick auf deren Alter, die Art der mitgeführten Betäubungsmittel sowie die geduldeten Konsummuster; offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsumenten sind von der Benutzung auszuschließen;*
 8. *eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit in den Drogenkonsumräumen;*
 9. *ständige Anwesenheit von persönlich zuverlässigem Personal in ausreichender Zahl, das für die Erfüllung der in den Nummern 1 bis 7 genannten Anforderungen fachlich ausgebildet ist;*
 10. *Benennung einer sachkundigen Person, die für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist (Verantwortlicher) und die ihm obliegenden Verpflichtungen ständig erfüllen kann.*
- (3) *Für das Erlaubnisverfahren gelten § 7 Satz 1 und 2 Nr. 1 bis 4 und 8, §§ 8, 9 Abs. 2 und § 10 entsprechend; dabei tritt an die Stelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte jeweils die zuständige oberste Landesbehörde, an die Stelle der obersten Landesbehörde jeweils das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.*
- (4) *Eine Erlaubnis nach Absatz 1 berechtigt das in einem Drogenkonsumraum tätige Personal nicht, eine Substanztanalyse der mitgeführten Betäubungsmittel durchzuführen oder beim unmittelbaren Verbrauch der mitgeführten Betäubungsmittel aktive Hilfe zu leisten.*

Allerdings entscheidet nach dieser Gesetzesänderung die jeweilige Landesregierung, ob sie Konsumräume erlaubt oder nicht. Die Folge ist, dass es in Deutschland weder eine flächendeckende noch auch nur eine halbwegs ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung mit Drogenkonsumräumen gibt, wie die im Anhang präsentierte Übersicht über die 23 derzeit betriebenen Einrichtungen zeigt; Ost- und Süddeutschland bleiben sogar ganz außen vor. Da auch die Öffnungszeiten der Einrichtungen zum Teil sehr beschränkt sind, kann lediglich ein geringer Prozentsatz der Konsumvorgänge unter den hygienischen Bedingungen eines Drogenkonsumraumes stattfinden.

Dennoch sind diese Orte der Überlebenshilfe wichtig, denn sie erreichen offensichtlich gerade diejenigen, die es „am nötigsten brauchen“: die meist langjährig opiatabhängigen, obdachlosen Drogengebraucher mit sichtlich problematischem Konsum und schweren gesundheitlichen Problemen. Das bestätigt auch die 2002 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS) durchgeführte „Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“ (Poschadel u. a. 2003): Die vom Gesetzgeber intendierte Zielgruppe werde erreicht, 96 Prozent der Befragten seien mehrjährig opiatabhängig. Weitere Ergebnisse: Die gesundheitliche Betreuung der Befragten habe sich, ebenso wie der Zugang zum medizinischen System, signifikant verbessert; insgesamt sei zu sagen, dass Drogenkonsumräume entscheidend zur Reduzierung von Drogennot- und Drogentodesfällen beitragen.⁷ Überlebenshilfe und Schadensreduzierung (Harm-Reduction), z. B. durch Druckräume, aber auch durch die Substitutionsbehandlung, sind mittlerweile auch als „vierte Säule“ (neben Prävention, Beratung/Behandlung und Repression/Angabotsreduzierung) in das Konzept der staatlichen Drogenpolitik aufgenommen worden (vgl. dazu den „Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung 2003“⁸).

⁷ Vgl. dazu auch die Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 16.09.2002; im Internet zu finden unter http://www.bmgs.bund.de/archiv/presse_bmgs/presse2002/d/25htm.

⁸ Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) 2003

Drogenkonsumräume: Ziele, derzeitige Praxis und notwendige Verbesserungen

Allgemein lassen sich folgende mit der Einrichtung von Druckräumen verfolgte Ziele identifizieren:⁹

- Überlebenshilfe für Opiatabhängige durch Sicherstellung medizinischer Versorgung in Notfällen (= Verhinderung von Drogentodesfällen)
- Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung bzw. Stabilisierung der Gesundheit durch Angebot einer Grundversorgung und Verbesserung der Zugangs zum ärztlichen Hilfesystem
- Prävention (z. B. HIV- und Hepatitisprävention)
- Bereitstellen und Vermitteln weiterführender (ausstiegsorientierter) Hilfeangebote
- Verhinderung von drogenbezogenen Straftaten im unmittelbaren Umfeld der Einrichtungen
- Zurückdrängung öffentlicher Drogenszenen.¹⁰

In der Praxis allerdings unterscheiden sich die derzeit in Deutschland existierenden Druckräume deutlich voneinander, z. B. in Sachen Ausstattung und Ambiente, Öffnungszeiten oder Zugangsbeschränkungen (dazu im Folgenden mehr) – wobei diese Unterschiede zum Teil auch auf die je nach Bundesland unterschiedlichen Vorgaben und auf lokale Rahmenvereinbarungen zurückgehen. Verbindliche Standards gibt es

⁹ Zu weiteren positiven Effekten von Druckräumen vgl. Hentschel/Skomorowsky 2001, S. 84f.

¹⁰ Auf die Gefahren, die mit einer Verknüpfung ordnungspolitischer Strategien mit der Einrichtung bzw. dem Betreiben von Drogenkonsumräumen verbunden sind, weisen Hentschel und Skomorowsky hin: „Wird von außen versucht, Konsumräume in die Funktion eines drogenhilfegestützten Verbringungs-gewahrsams zu drängen, um Szenemitglieder für die Öffentlichkeit unsichtbar zu machen, sind die möglichen Folgen absehbar: Zu befürchten sind eine die Kapazitäten überschreitende Auslastung, eine steigende Hektik innerhalb der Einrichtung, eine sich dadurch entwickelnde Gewaltbereitschaft oder sogar das Scheitern des Konsumraumprojektes“ (a.a.O., S. 89).



Foto: Jürgen Klee

*Drogenkonsumraum des Projekts „La Strada“
der AIDS-Hilfe Frankfurt/Main*

nicht, allerdings sind mittlerweile eine ganze Reihe von erfahrungsgestützten Konzepten entwickelt worden, die Standards vorschlagen, und auch aus Erfahrungsberichten und Resolutionen lassen sich Schlüsse für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung solcher Angebote ziehen.¹¹

Eine vergleichende Bewertung der Praxis in den legalen Drogenkonsumräumen steht noch aus. Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und zum „Lernen von der besten Praxis“ (und aus Fehlern), zur fachlichen Unterstützung sowie zur konzeptionellen Weiterentwicklung der Druckraumarbeit bietet aber die Deutsche AIDS-Hilfe mit einer mittlerweile seit mehreren Jahren durchgeführten Seminarreihe für Druckraumbetreiber und -mitarbeiter. Im Folgenden seien einige der Problemfelder aufgeführt und erläutert, die sich in der Praxis ergeben, sei es nun durch unterschiedliche Auslegungen der Rechtsgrundlagen, durch Auflagen z. B. von Seiten der Kommune oder der Polizei, durch mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen und anderes mehr.

11 Vgl. z.B. das vom Bundesweiten Selbsthilfenetzwerk Junkies – Ehemalige – Substituierte (JES) entwickelte „Rahmenkonzept für die Installation eines Gesundheits-/Druckraums“ (in: Klee [Hg.] 1997, S. 71–74), den Beitrag „Konzept und Binnenstruktur eines Druckraums“ von Josch Steinmetz (in: Klee [Hg.] 1997, S. 75–83) oder die von Jürgen Klee formulierten „Druckraumstandards“ (in: Klee [Hg.] 1997, S. 85–102) – auch wenn die in diesen Beiträgen zugrunde gelegten Rechtsbestimmungen sich mittlerweile verändert haben.

Zugangsbedingungen und Ausschlusskriterien

● „Erst- und Gelegenheitskonsumenten“

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) schreibt lediglich vor, „offenkundige Erst- und Gelegenheitskonsumenten ... von der Benutzung auszuschließen“ (§ 10 a, Satz 2, Nr. 7; siehe S. 113). Das Kriterium „offenkundig“ jedoch kann nur auf die Beobachtungs- und Bewertungsmöglichkeit der Mitarbeiter gestützt werden, die sich ihrerseits im Wesentlichen nur auf Selbstauskünfte der Klienten verlassen können. Außerdem ist der Ausschluss von „Erst- und Gelegenheitskonsumenten“ von Maßnahmen zur Risikominimierung nicht akzeptabel und nur als Ausdruck der Orientierung an der Abstinenzforderung zu verstehen.

● Minderjährige

Nach dem BtMG ist die Zulassung Minderjähriger möglich bzw. nicht ausgeschlossen. Die Rechtsverordnungen der Länder hingegen formulieren den Grundsatz, dass nur Volljährige die Einrichtungen benutzen dürfen – mit Ausnahme Hamburgs und des Saarlands: Dort ist geregelt, dass die Benutzung des Drogenkonsumraums nur volljährigen Personen *angeboten* werden darf – die Benutzung ist Minderjährigen folglich nicht grundsätzlich untersagt. Vom Grundsatz des Ausschlusses Minderjähriger sind allerdings in allen Ländern unter bestimmten Bedingungen Ausnahmen möglich (z.B. nach Zustimmung der Erziehungsberechtigten oder Einbeziehung des zuständigen Jugendamtes). Vorbildlich erscheint die Hamburger Vorschrift: „Bei Minderjährigen, die Einlass in den Drogenkonsumraum begehren, hat das Personal vorab durch direkte Ansprache zu klären, ob ein individuell gefestigter Konsumentenschluss und eine Einsichts- und Urteilsfähigkeit ... vorliegen. Der Träger der Einrichtung kann den Umgang hierzu konzeptionell festlegen und beschreiben. Dabei bietet sich ein Prüfverfahren in vier Schritten an: 1. Vergewisserung über Konsumentenschluss, 2. (Erst-)Beratung, 3. Absicherung durch schriftliche Erklärung, 4. Konsum.“ Für diese Verfahrensweise spricht, dass die Chance zur HIV-/Hepatitis-Prävention

genutzt werden kann (z. B. durch Hinweis auf die Impfung gegen Hepatitis A und B oder auf andere, weniger riskante Konsumformen wie Sniefen – Inhalieren durch die Nase – oder Rauchen) und dass unter Umständen ein Erstkontakt zur Drogenhilfe hergestellt werden kann (mit dem Ziel, den Minderjährigen möglichst rasch von der Szene wegzubringen).

● *Substituierte*

Diese Zielgruppe wird im 3. BtmÄG nicht erwähnt, aber in allen Verordnungen der Länder – bis auf die Hamburgs – von der Nutzung ausgeschlossen. Ähnlich wie bei den „Erst- und Gelegenheitskonsumenten“ gilt aber, dass man Substituierten nicht die Angebote eines Drogenkonsumraums verweigern darf, zumal bei ihnen die Gefahr von Mischintoxikationen besonders hoch ist.

● *Alkoholisierete/„intoxikierte“ Personen*

Das Bundesgesetz sieht hier keinen Ausschluss vor; die bisher erlassenen Länderverordnungen (Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland) dagegegen schließen „(erkennbar) alkoholisierte oder (durch andere Suchtmittel/Suchtstoffe) intoxikierte/vergiftete/in ihrem Verhalten beeinträchtigte Personen“ von der Nutzung aus. Das mag zwar „gut gemeint“ sein (um die Mitarbeiter und die Betreiber zu schützen), doch ist diese Regelung nicht praktikabel und sollte durch intelligente Trägerkonzepte ergänzt werden.

● *Anonyme Nutzung versus Ausweis als Zugangsvoraussetzung*

Der Bundesgesetzgeber äußert sich hierzu nicht; allein die niedersächsische Landesverordnung schreibt den Ausschluss von Personen vor, „die sich nicht ausweisen können“ – das Wie und Wodurch ist nicht näher beschrieben. Hannover, Essen, Dortmund, Aachen, Hamburg und Frankfurt/Main haben jedoch im Rahmen der Finanzierungsverhandlungen, von Dokumentationsauflagen oder sonstigen Vereinbarungen Ausweisverfahren bzw. Zugangsbeschränkungen wie z. B. die „Stadtkin-

derregelung“ vorgeschrieben (das heißt, nur Drogengebraucher aus der jeweiligen Stadt sollen Zutritt haben; siehe dazu die unten folgende Übersicht). In Wuppertal und Münster konnten die Betreiber solche Bestrebungen, die meist auf ordnungspolitische Steuerungs- und Kontrollfantasien zurückgehen und den Sinn der Präventionsmaßnahmen in Frage stellen, erfolgreich abwehren. Die „beste Praxis“ im Sinne des Bundesgesetzes, das – in erster Linie gesundheits- und nicht ordnungspolitisch motiviert – Risiken des Drogenkonsums minimieren will, weist sicher der Drogenkonsumraum in Saarbrücken auf (obwohl hier formell eine Ausweiskontrolle durchgeführt wird): Seine Angebote stehen explizit auch Drogenabhängigen aus Frankreich und Rheinland-Pfalz offen.

Übersicht: Zugangs- bzw. Ausschlusskriterien für Druckraumnutzer und Art der Datenaufnahme ¹²				
Druckraum in	Personenbezogene Datenaufnahme (hausintern)?	Speicherung der Daten im PC?	Ausweiskontrolle?	Räumliche Zugangsbeschränkungen? Wenn ja, wie?
Hamburg	Nein (nur nicht personenbezogene statistische Dokumentation)	Nein	Nein	Nein
Bonn	Ja	Ja	Ja	Ja
Essen	Ja (1)	Ja	Ja	Ja (möglichst nur aus Essen)
Wuppertal	Ja (1)	Nein	Ja (1)	Nein
Dortmund	Ja	Nein	Ja (Lichtbild)	Ja
Aachen	Ja	Ja + Lichtbild im PC	Ja	Ja (nur aus der Stadt, nicht aus dem Kreis)
Berlin	Ja	Ja	Ja	Nein
Frankfurt	Ja	Ja + Nein	Ja + Nein	Nein
Saarbrücken	Ja	Ja	Ja	Nein
Hannover	Nein	Nein	Ja	Ja

(1) nur bei Jugendlichen

12 Ergebnis des „Vierten Druckraumtreffens“ der Betreiber von Druckräumen in den aufgeführten Städten im Mai 2003 in Hamburg

Kaum legalisiert, schon wieder gefährdet? – das „Rollback“ in Drogenpolitik und -hilfe

Statt an die wissenschaftlich nachgewiesenen Erfolge der niedrigschwelligen Drogenarbeit (einschließlich der Substitutionsbehandlung und der Drogenkonsumräume) anzuknüpfen und nun die Gesundheitsförderung (einschließlich Infektionsprophylaxe), Überlebenshilfe und soziale (Re-)Integration von Drogengebrauchern konzeptionell voranzutreiben bzw. an die sich wandelnden Drogenszenen und Präventionsanforderungen anzupassen – auch über den engeren thematischen Schwerpunkt HIV und Aids hinaus –, ist vielerorts schon wieder ein „Rollback“ zu beobachten. In Politik und Öffentlichkeit schwindet die Unterstützung für Drogengebraucher und diejenigen, die sich mit ihnen und für sie engagieren, und mit dem Verweis auf notwendige Sparmaßnahmen werden Einschränkungen (z.B. hinsichtlich der Öffnungszeiten) angedroht oder schon umgesetzt. Von Qualitätsentwicklung – immerhin schreibt das 3. BtMÄG zweckdienliche sachliche und personelle Ausstattung verbindlich vor – kann da kaum noch die Rede sein. Und statt z.B. die Hepatitisprävention einschließlich der dringend notwendigen Impfprogramme auszubauen oder Substanzkontrollen anzubieten (um die Konsumenten besser vor gefährlichen Beimengungen zu schützen), leben alte, überwunden geglaubte ideologische Debatten wieder auf, etwa in Sachen „helfender Zwang“. Die niedrigschwellige Drogenhilfe ist, so scheint es zumindest, Opfer des eigenen Erfolgs geworden – sinkende Zahlen bei den Drogentodesfällen haben offenbar auch das öffentliche Interesse schwinden lassen.

Jetzt erst recht – was müssen Aids- und Drogenhilfe tun?

Aids- und Drogenhilfe dürfen sich also auf dem Erreichten keineswegs ausruhen – es gibt auch weiterhin viel zu tun. Hier einige Beispiele:

Hepatitisprävention

Drogenkonsumräume sind per se auch Angebote der Hepatitisprävention; durch die bereit gehaltenen Prophylaxematerialien (steriles Spritzbesteck, sterile Löffel zum Aufkochen, sterile Röhrchen zum Sniefen von Drogen, Alkoholtupfer zum Desinfizieren usw.), die Aufklärung über Safer Use und die Vermittlung von Safer-Use-Techniken besteht in Drogenkonsumräumen (bei sorgfältiger Beachtung der Regeln) weder für Konsumenten noch für Mitarbeiter ein Infektionsrisiko. Allerdings findet jeweils nur ein geringer Teil aller Konsumvorgänge in Druckräumen statt – die Kapazitäten reichen bei weitem nicht aus, müssen also ausgeweitet werden.

Mindestens genauso wichtig ist es, das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Impfkampagnen zu schaffen und solche Kampagnen dann auch durchzuführen, und zwar auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene (hier sind die Gesundheitsämter die „natürlichen“ Partner) – Prävalenzraten von bis zu 80 oder gar 90 % dulden keinen weiteren Aufschub. Lippenbekenntnisse und die sicherlich wichtigen und notwendigen Broschüren zu allen Aspekten der Prävention und Behandlung reichen nicht mehr aus, und auch der reflexartige Verweis auf fehlende Ressourcen ist angesichts der Dramatik ein Offenbarungseid der Gesundheitspolitik.

Tuberkuloseprävention und -behandlung

Die Tuberkulose ist inzwischen auch bei uns wieder auf dem Vormarsch, auch und gerade unter sozial und gesundheitlich Benachteiligten. Dabei kann man die Krankheit gut behandeln – vorausgesetzt, der Erkrankte nimmt die Medikamente mindestens sechs Monate lang regelmäßig ein. Die Drogenhilfe muss sich dieses Problems – angesichts erschreckender epidemiologischer Daten – im Sinne der allgemeinen Gesundheitsförderung und Schadensreduzierung für Drogengebraucher unbedingt verstärkt annehmen. Bisher werden nämlich lediglich in Frankfurt/Main in nennenswertem Umfang Lungen-Röntgenuntersuchungen bei obdachlosen Drogenabhängigen durchgeführt, die in Notunterkünften über-

nachten. Das seit 2001 geltende Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist in der Drogenhilfe offenbar kaum bekannt: Absatz 4 des Paragraphen 36 „Einhaltung der Infektionshygiene“ regelt, dass „Personen, die ... in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose ... aufgenommen werden sollen, ... vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen [haben], dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind“. Denn abgesehen von der Möglichkeit und Notwendigkeit, tuberkulosekranke Patienten zu behandeln, sind ja nicht zuletzt auch die Mitarbeiter der Drogenkonsumräume und andere Konsumenten gefährdet. Die Übertragung findet durch Einatmen von kleinen Tröpfchen statt, die durch Husten oder Sprechen in die Luft gelangen (nötig ist allerdings eine größere Menge von Tbc-Bakterien, und glücklicherweise erkranken nur etwa 10 % derjenigen, die Tbc-Bakterien eingeatmet haben; frische Luft und Sonnenschein verringern die Gefahr erheblich). Druckräume und andere Angebote der Aids- und Drogenhilfe bieten ausgezeichnete Möglichkeiten, über Tuberkulose aufzuklären und auf Test- sowie Behandlungsangebote zu verweisen bzw. an sie zu vermitteln – auch diese Chance sollte möglichst in Kooperation mit den Gesundheitsämtern genutzt werden.

Verbesserung der Kooperation und Hinwirken auf Rechtssicherheit

Auch wenn viel von Kooperation zwischen Drogenhilfe, Politik, Polizei und Justiz die Rede ist, kann von einer wirklichen Partnerschaft mit dem gemeinsamen Ziel der Gesundheitsförderung, Überlebenshilfe und (Re-)Integration für Drogengebraucher nur in den wenigsten Fällen gesprochen werden. Eine Verbesserung dieser Situation lässt sich nur dadurch erreichen, dass der Gesetzgeber endlich Rechtssicherheit für die niedrigschwellige Drogenhilfe, aber genauso auch für die Polizei und Staatsanwaltschaften schafft (etwa durch Legalisierung einer Konsumration [Besitz] im Rahmen einer BtMG-Änderung, die auch den Erwerb einer geringen Menge zum Eigengebrauch erlauben sollte). Aids- und Drogen(selbst)hilfe sind hier gefordert, gemeinsam ihr politisches

Gewicht und ihre Expertise für entsprechende Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit zu nutzen.

Strukturelle Prävention auch in der Drogenhilfe umsetzen!

Es ist maßgeblich der Aidshilfe zu verdanken, dass sich die Erkenntnis „Ohne Überlebenshilfe machen weiterführende Hilfen keinen Sinn“ durchsetzen konnte und – gegen den Widerstand der großen Drogenhilfverbände – die so genannte vierte Säule „Überlebenshilfe“ neben die Säulen Prävention, Beratung/Behandlung und Repression/Angabotsreduzierung gesetzt wurde. Ihr Konzept der strukturellen Prävention (vgl. Sweers 2000, S. 16–19) umfasst unter anderem folgende Aspekte, die auch in der Drogenhilfe beachtet werden müssen, wenn sie denn bedarfsgerecht, angemessen und nachhaltig sein will:

● **Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention**

Gesundheitsrisiken lassen sich nicht nur dem individuellen Verhalten zuschreiben, sondern sind auch sozial, ökonomisch, politisch und kulturell bedingt. Verhalten lässt sich dauerhaft nur verändern, wenn Verhältnisse und Situationen (= Strukturen), in denen es stattfindet, berücksichtigt und mitgestaltet werden.

● **Einheit von Emanzipation und Prävention**

Solange Drogengebraucher kriminalisiert und ausgegrenzt werden, wird Prävention erschwert oder unmöglich gemacht. Nötig ist stattdessen die Förderung des Selbstbewusstseins von Drogengebrauchern und die Entkriminalisierung ihrer Lebensweise.

● **Akzeptanz und Integration als Voraussetzung für Aufklärung und Information**

Nur wenn man die von HIV/Aids, Hepatitiden und anderen Gesundheitsschäden bedrohten und betroffenen Drogengebraucher mit ihrer

Lebensweise akzeptiert und diese ein positives Verhältnis zur eigenen Lebensführung und zum eigenen Körper entwickeln, können sie den Sinn gesundheitsfördernden (und schadensminimierenden) Verhaltens einsehen, Präventionsbotschaften auf- und annehmen sowie Güter und Risiken abwägen.

● ***Befähigung zur Güter- und Risikoabwägung: Balance zwischen sinnlichen und gesundheitlichen Bedürfnissen, zwischen kurzfristigem und dauerhaftem Wohlbefinden***

Strukturelle Prävention rechnet damit, dass sich Menschen nicht immer – besonders in Situationen, in denen es um Lust, Rausch oder Schwäche und Abhängigkeit geht – „vernünftig“ verhalten. Dennoch sollen die von HIV/Aids, Hepatitiden und anderen Gesundheitsschäden bedrohten Menschen dazu motiviert werden, auf Basis der Wertschätzung des eigenen und des anderen Lebens zwischen Lust und Sinnlichkeit auf der einen und der Gesundheit auf der anderen Seite, zwischen dem kurzfristigen und dem dauerhaften Wohlbefinden ein individuell verträgliches Gleichgewicht zu halten. Dies kann nur bei entsprechenden Rahmenbedingungen (Akzeptanz und Stärkung) gelingen, denn Menschen können nicht nur aufgrund von Lust und Rausch, sondern auch von Uninformiertheit, Schwäche oder Not gegen ihre eigenen Interessen handeln.

● ***Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe***

Strukturelle Prävention setzt so weit wie möglich auf Selbstheilungs- und Selbsthilfepotenziale. Auf diese Weise können die von HIV/Aids, Hepatitiden und anderen Gesundheitsschäden bedrohten und betroffenen Drogengebraucher befähigt werden, in ihrem eigenen Umfeld präventiv tätig zu werden; ebenso müssen ihre Erfahrungen, ihre Bedarfe und Bedürfnisse Maßstab für die Arbeit der „Professionellen“ sein.

● **Einsicht und Freiwilligkeit (Motivation und Selbstbeteiligung) als Voraussetzung für Verhaltensänderungen**

Studien haben gezeigt, dass Informationen über gesundheitliche Risiken in aller Regel nicht oder nur kurzfristig zu dem erwünschten Verhalten führen, wenn sie Widerstand, Angst oder Überforderung auslösen. Prävention „von oben“ durch Angst oder mit Zwangsmaßnahmen ist daher zum Scheitern verurteilt. Setzt man dagegen darauf, dass der Einzelne für sich selbst und andere Verantwortung trägt, die sich z. B. durch das Einhalten bestimmter Schutzmaßnahmen äußert, müssen HIV- und Hepatitisinfektionen als auch persönlich beeinflussbares Risiko begriffen werden können. Das wiederum verlangt nach einer realistischen – also weder übertriebenen noch verharmlosenden – Darstellung der Risiken.

Literatur

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) 2003

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): Aktionsplan Drogen und Sucht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) 2003. Kostenlos erhältlich (Bestell-Nr. A605; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53108 Bonn; Tel.: 0180 / 51 51 51-0, Fax: 0180 / 51 51 51-1; E-Mail: info@bmgs.bund.de Internet: <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A605.pdf>).

Hentschel/Skomorowsky 2001

Hentschel, A./Skomorowsky, C.: Staatlich genehmigte Konsumräume aus Sicht der Selbsthilfe. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V./Bundesweites Selbsthilfe-

Netzwerk Junkies, Ehemalige, Substituierte (JES) (Hg.): *10 Jahre JES-Netzwerk. Akzeptanz – Selbsthilfe – Kompetenz*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2001, S. 79–90

Klee (Hg.) 1997

Klee, J. (Hg.): Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte (AIDS-FORUM DAH, Band XXVII). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 1997

Michels/Stöver 1997

Stöver, H./Michels, I.: Gesundheitsräume. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V./Jürgen Klee (Hg.): *Akzeptanzorientierte Angebote in der Drogen- und AIDS-Selbsthilfe – Gesundheitsräume in der aktuellen Debatte* (AIDS-FORUM DAH, Band 27). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1997, S. 11–31

Pereira 1999

Pereira, H.: Drogenpolitik und Drogenarbeit im Spannungsfeld. Diplomarbeit im Studiengang Sozialarbeit/Sozialpädagogik im Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Merseburg. Merseburg (Eigenverlag) 1999 (im Internet unter http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/sci_pol/download/drogenpolitik-diplomarbeit.pdf)

Poschadel u. a. 2003

Poschadel, S./Höger, R./Schnitzler, J./Schreckenberger, D.: Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 149). Baden-Baden: Nomos 2003

Stöver 1991

Stöver, H.: Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der

Drogen- und AIDS-Hilfe: Problembereiche und Perspektiven eines konsequenten Angebots der Überlebenshilfe und des Gesundheitsschutzes. In: Stöver, H. (Hg.): *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. Ein Sammelband* (AIDS-FORUM DAH, Bd. VI). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1991, S. 9–22

Stöver (Hg.) 1991

Stöver, H. (Hg.): Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. Ein Sammelband (AIDS-FORUM DAH, Bd. VI). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1991

Sweers 2000

Sweers, H.: Aspekte der strukturellen Prävention. In: Hilgefert, G.: *Handbuch HIV-Prävention für Mädchen und Frauen*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2000, S. 16–19

Anhang

Übersicht über die derzeit betriebenen Drogenkonsumräume

Stand: April 2004

Drogenhilfe Aachen e.V.
(demnächst Suchthilfe Aachen)
Kaiserplatz 15
52062 Aachen
Tel.: 0241/40 86 46/-47
Fax: 0241/40 60 50
cafe.Relax.ac@t-online.de
kontaktladen@drogenhilfe-aachen.de

(KONSUMMOBIL)
Fixpunkt e.V.
Boppstr. 7
10967 Berlin
Tel.: 030/6 93 22 60
Fax: 030/6 94 41 11
mobilix@fixpunkt.org

ODAK e.V.
Dresdner Str. 15
10999 Berlin
Tel.: 030/6 14 60 99
Fax: 030/6 14 60 97

(BIRKENSTUBE)
BOA e.V. – Fixpunkt e.V.
Birkenstr. 51
10559 Berlin
Tel.: 030/44 72 13 53
Tel.: 030/44 72 13 55
birkenstube@boa-berlin.de

Drogenberatung Bielefeld e.V.
Borsigstr. 13
33602 Bielefeld
Tel.: 0521/96 78 00
Fax: 0521/9 67 80 90
dhz@drops-bielefeld.de

Krisenhilfe e.V. Bochum
Viktoriastr. 67
44787 Bochum
Tel.: 0234/96 47 80
Fax: 0234/1 51 79
krisenhilfe.bochum@gmx.de

Verein für Gefährdetenhilfe (VfG) gGmbH
Quantiusstr. 2a
53115 Bonn
Tel.: 0228/72 59 10
Fax: 0228/7 25 91 40
beratungsstelle@vfg-bonn.de

(Kick)
AIDS-Hilfe Dortmund e.V.
Eisenmarkt 5
44137 Dortmund
Tel.: 0231/47 73 69 90
Fax: 0231/4 77 36 99 20
info@aidshilfe-dortmund.de

Suchthilfe direkt Essen gGmbH
Hoffnungstr. 24
45127 Essen
Tel.: 0201/8 60 31 50
Fax: 0201/8 60 31 00
krisencafe@suchthilfe-direkt.de

Integrative Drogenhilfe e.V. (idh)
Niddastraße 49
60329 Frankfurt/Main
Tel.: 069/23 45 64
Fax: 069/92 91 91 23
druckraum@idh-frankfurt.de

(EASTSIDE)
Integrative Drogenhilfe e.V. (idh)
Schielestr. 22–26
60314 Frankfurt/Main
Tel.: 069/94 19 70 16
Fax: 069/94 19 70 25 39
info@idh-frankfurt.de

(LA STRADA)
AIDS Hilfe Frankfurt e.V.
Mainzer Landstr. 93
60329 Frankfurt/Main
Tel.: 069/23 10 20
Fax: 069/23 10 04
lastrada@frankfurt.aidshilfe.de

Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
Drogennotdienst
Elbestraße 38
60329 Frankfurt/Main
Tel.: 069/2 42 64 40
Fax: 069/24 26 44 29
Drogenberatung-JJ@drogenberatung-
jj.de
(dnd@jj-ev.de)

(FIXPUNKT)
STEP gGmbH
Hamburger Allee 75
30161 Hannover
Tel.: 0511/3 88 64 65
Fax: 0511/3 88 64 66
fixpunkt@step-hannover.de

(DROB INN)
Jugendhilfe e.V.
Besenbinderhof 71
20097 Hamburg
Tel.: 040/3 99 99 30
Fax: 040/39 99 93 61
drob.inn@jugendhilfe.de

(STAY ALIVE)
Jugendhilfe e.V.
Davidstraße 30
20359 Hamburg
Tel.: 040/3178720
Fax: 040/31787220
styalive@jugendhilfe.de

Jugend hilft Jugend e.V.
„Kodrobs Altona“
Hohenesch 13 - 17
22765 Hamburg
Tel: 040 390 86 40
Fac: 040 3908611
Mail: altona@kodrobs.de
www.jugend-hilft-jugend.de

(ABRIGADO)
Freiraum e.V.
Schwarzenbergstr. 74
21073 Hamburg
Tel.: 040/7 67 64 12
Fax: 040/7655371
abrigado@freiraum-hamburgev.de

Ragazza e.V.
Brennerstr. 81
20099 Hamburg
Tel.: 040/24 46 31
Fax: 040/28 05 50 33
ragazza@w4w.net

SKM e.V.
Bahnhofsvorplatz 2 a
50667 Köln
Tel.: 0221/13 55 60
Fax: 0221/1 30 00 18
kns@skm-koeln.de

INDRO e.V.
Bremer Platz 18 –20
48155 Münster
Tel: 0251/601 23
Fax: 0251/666580
INDROeV@t-online.de

Drogenhilfezentrum Saarbrücken
Brauerstr. 39
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/93 81 80
Fax: 0681/9 38 18 25
gilbert.schmitt@drogenhilfezentrum.de

Café KoKo
Poststr. 91
53840 Troisdorf
Tel.: 02241/7 26 33
Fax: 02241/80 58 68
vivawandsbek@jugendhilfe.de

Gleis 1
Döppersberg 1
42103 Wuppertal
Tel.: 0202/47 82 80
Fax: 0202/4782821
gleis1@sucht-hilfe.org

Wohnprojekte für Menschen mit HIV/Aids und Hepatitis: Das Beispiel ZIK

..... **Kristine Leicht**

In den vergangenen 15 Jahren haben regionale Aidshilfen in ganz Deutschland zahlreiche Wohnprojekte für sozial benachteiligte Menschen mit HIV/Aids geschaffen, die zur Bewältigung der Krankheit psychosoziale Unterstützung und/oder Pflege benötigen.¹ Viele dieser Projekte entstanden in den ersten Jahren der Aidsepidemie, häufig unter enormem Zeitdruck, mit geringen finanziellen Mitteln und ohne entsprechende Erfahrungen, jedoch getragen von Pioniergeist und dem außerordentlichen Engagement der Beteiligten. Sie waren von Beginn an Bestandteil des DAH-Konzepts der „strukturellen Prävention“², und nicht wenige von ihnen hatten Modellcharakter (vgl. DAH 1997).

Im Laufe der Jahre hat sich die Arbeit der Aids-Wohnprojekte – wie die Aidsarbeit insgesamt – kontinuierlich und in hohem Tempo verändert. Nach der Phase des Ausnahmestatus oder des „exceptionalism“

- 1 *Das „Adressbuch Wohnen – Pflege – Betreuung 2002/2003“ (DAH 2002) bietet einen aktuellen Überblick über entsprechende Projekte in ganz Deutschland.*
- 2 *Das Konzept der „strukturellen Prävention“ geht davon aus, dass Gesundheitsrisiken nicht nur durch das Verhalten des Einzelnen bedingt sind, sondern auch soziale, ökonomische, politische und kulturelle Ursachen haben. Folglich lässt sich das Verhalten nur dann dauerhaft verändern, wenn die Situationen, d.h. die Verhältnisse (Strukturen), in denen es stattfindet, berücksichtigt und mitgestaltet werden (Etgeton 1998).*

(Rosenbrock u. a. 1999), in der Aids eine unmittelbar tödliche Bedrohung für die Betroffenen darstellte, setzte eine „Normalisierung“ im gesellschaftlichen Umgang mit Aids ein, und durch die Erfolge der antiretroviralen Therapie entwickelte sich die HIV-Infektion immer mehr in Richtung einer chronischen Krankheit. Nach dem Kräfte zehrenden Engagement in der Pionierphase kam es in den Wohnprojekten vielerorts zu Ernüchterung und zu Burnout³-Erscheinungen. Gleichzeitig mussten Mittel und Wege gefunden werden, die oft modellhaft finanzierten und gestalteten Einrichtungen in geregelte Finanzierungs- und Arbeitsformen zu überführen und sich den neuen Anforderungen hinsichtlich Qualitätssicherung und -management zu stellen.

Seit Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapie im Jahr 1996 ist die Zahl der Menschen mit HIV angestiegen, weil dank des medizinischen Fortschritts deutlich weniger Menschen an Aids sterben als früher, es aber weiterhin zu neuen HIV-Infektionen kommt.⁴ Während noch vor einigen Jahren körperlicher Verfall, Sterben und Tod zentrale Themen in der Betreuung und Pflege von Menschen mit HIV/Aids darstellten, sind inzwischen Aspekte der Lebensplanung in den Vordergrund gerückt. Krankheit, Sterben und Tod gehören jedoch nach wie vor zum Betreuungsalltag, nicht nur wegen Aids, sondern auch infolge von Hepatitis-C-Infektionen oder riskantem Drogenkonsumverhalten (z. B. Überdosierungen, Mischkonsum verschiedener Substanzen). Hinzu kommt, dass bei den Bewohnern der Wohnprojekte in den letzten Jahren psychische Auffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen bis hin zu psychiatrischen Erkrankungen deutlich zugenommen haben – bedingt u. a. durch die HIV-Infektion und ihre Begleiterkrankungen, durch Nebenwirkungen der HIV-Medikamente oder durch Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Substanzen. All diese Veränderungen

3 *Burnout = [engl.] „Ausbrennen“. Das Burnout-Syndrom tritt bei Helfern als Folge von Überlastung auf. Seine Kennzeichen sind u. a. emotionale Erschöpfung und das Gefühl, der Aufgabe nicht mehr gewachsen zu sein.*

4 *Die Zahl der Menschen, die sich pro Jahr mit HIV infizieren, ist in den letzten Jahren etwa gleich geblieben. Im Zeitraum vom 1.7.2002–30.6.2003 wurden 1.649 neue HIV-Infektionen diagnostiziert. Im Jahr 2001 starben etwa 600 Menschen an den Folgen von Aids (RKI 2003).*

haben zu neuen Herausforderungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung geführt und dazu beitragen, dass der Bedarf an Betreuung und der Umfang entsprechender Hilfeleistungen gestiegen ist.

„ZIK – zuhause im Kiez“ – gemeinnütziges Wohnprojekt für Menschen mit HIV/Aids in Berlin

ZIK gGmbH wurde 1989 von mehreren Vereinen aus dem Drogen- und Aidsbereich gegründet. Es hatte sich nämlich gezeigt, dass psychosoziale, medizinische und pflegerische Hilfen nicht greifen, wenn die Betroffenen in schlechten Wohnverhältnissen leben, in Pensionen untergebracht oder wohnungslos sind. Die Dienstleistungen von ZIK haben sich schnell als unverzichtbare Angebote für Menschen mit HIV/Aids etabliert, und die Arbeitskonzepte sind ständig weiterentwickelt worden.

Die Angebote von ZIK richten sich besonders an sozial benachteiligte Menschen mit HIV/Aids, die entweder punktuelle Unterstützung brauchen (z. B. bei der Suche nach Wohnraum, bei der Wohnungsrenovierung oder bei drohendem Wohnraumverlust) oder auf kontinuierliche Beratung und Unterstützung im Rahmen des betreuten Wohnens angewiesen sind. Durch die Vernetzung unserer Dienstleistungen mit denen anderer Einrichtungen (z. B. Pflegedienste, Krankenhäuser, Aidsprojekte, Suchthilfe, Gemeindepsychiatrie⁵) soll eine optimale Unterstützung und Versorgung sichergestellt werden.

ZIK legt großen Wert auf schnell verfügbare, pragmatische und flexible Angebote und leistet substanzielle Hilfen zur Absicherung von Grundbedürfnissen, zur Alltagsbewältigung und zur Überwindung von Isolation. Der Umgang der Mitarbeiter mit der „Kundschaft“ ist von

5 *Gemeindepsychiatrie = psychiatrische Versorgung in vernetzten Systemen in der Gemeinde, um zu vermeiden, dass psychisch Kranke ausgegrenzt und in Anstalten oder Heimen untergebracht werden.*

Empathie und Humor geprägt, ohne dass dabei die professionelle Distanz verloren geht. Die Lebensweisen und Wünsche der Klienten werden grundsätzlich akzeptiert. Im Hinblick auf das Ausleben bestimmter Bedürfnisse (z. B. exzessiver Drogenkonsum) definieren wir jedoch klare Grenzen, die bei der Nutzung unserer Angebote zu beachten sind.

Gemäß dem Selbstverständnis von ZIK hat jeder Mensch die Fähigkeit, sich zu verändern und zu entwickeln. Wer z. B. heute in der eigenen Wohnung oder im betreuten Wohnen scheitert, findet vielleicht später neue Ansatzpunkte zur Lebensgestaltung, bei denen ZIK behilflich sein kann. Bei jeder Form der Unterstützung werden die Fähigkeiten und Selbsthilfepotenziale des Einzelnen mit einbezogen, denn nur so kann es den Bewohnern gelingen, eine realistische Zukunftsperspektive zu entwickeln und ihre Lebensqualität zu verbessern. Das Ziel ist ein selbstbestimmtes, selbstständiges Leben und soziale Integration .

„Sozialmakler“ – Wohnraumvermittlung

Das Sozialmakler-Team von ZIK akquiriert und vermittelt provisionsfrei Wohnraum für Menschen mit HIV/Aids. Seit der Gründung von ZIK (1989) bis Ende 2002 haben fast 2.400 Menschen eine eigene Wohnung erhalten. Die Arbeit des Sozialmaklers zeichnet sich durch gute Kontakte und Kooperation mit zahlreichen Hausverwaltungen aus, die – zum Teil schon seit vielen Jahren – geeignete Wohnungen an Bewerber von ZIK vermieten. Die Mietverträge werden direkt zwischen Hausverwaltung und Bewerber abgeschlossen. ZIK unterstützt bei Bedarf auch beim Umzug sowie bei Einrichtungs- und Renovierungsarbeiten. Treten irgendwann zwischen Vermietern und ZIK-Mietern Probleme auf (z. B. wegen Mietschulden, Verstößen gegen die Hausordnung, bei Wohnungsmängeln), bietet ZIK ein Konfliktmanagement an.

Bis Mitte der 90er Jahre war die Vermittlungsarbeit wegen der Wohnungsnot in Berlin außerordentlich aufwendig; inzwischen hat sich der Wohnungsmarkt aber entspannt. Trotzdem ist die Wohnraumvermittlung deutlich schwieriger geworden. Das liegt zum einen

daran, dass Sozialleistungen gekürzt wurden, was zu einer Verknappung bezahlbaren Wohnraums für die fast ausschließlich Sozialhilfe beziehenden Bedürftigen geführt hat. Zum anderen gibt es immer mehr Bewerber mit erhöhtem Beratungs- und Unterstützungsbedarf, wozu zunehmend auch Menschen aus besonders stark von HIV und Aids betroffenen Weltregionen zählen (z. B. aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara), die meist nur wenig oder kein Deutsch sprechen, die nicht wissen, welche Ämter und Behörden für ihre Belange zuständig sind und wie die bürokratischen Abläufe aussehen, die über keinen gesicherten Aufenthaltsstatus verfügen und viele andere Sorgen und Nöte haben.

Betreutes Wohnen

Freiwilligkeit ist bei ZIK Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme von Angeboten des betreuten Wohnens; die Vermittlung in eine eigene Wohnung ist daher nicht an eine Betreuungsverpflichtung gekoppelt. Etwa 85 % der Wohnraumvermittlungen erfolgen ohne Aufnahme in das betreute Einzelwohnen (vgl. ZIK 2002).

Im betreuten Wohnen verfügt ZIK über insgesamt 236 Plätze (Stand: 31.12.2002):

- Das betreute Einzelwohnen (BEW) bietet bei gravierenden psychosozialen Schwierigkeiten, unzureichend gewordenem Wohnraum oder drohendem Wohnraumverlust verschiedene Hilfen zur Wohnraumsicherung und zur psychosozialen Stabilisierung in der eigenen Wohnung an. ZIK hat hier 131 Plätze gemäß § 39 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)⁶ sowie 20 weitere Plätze gemäß § 72 BSHG⁷ (insgesamt 151 Plätze).
- Das Leistungsangebot „Wohnungserhalt und Wohnungserlangung“ (WuW) mit 14 Plätzen richtet sich speziell an ZIK-Bewerber, die be-

6 § 39 BSHG: Eingliederungshilfe für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen

7 § 72 BSHG: Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

sonders bei der Wohnraumsuche und -anmietung professionelle Unterstützung brauchen. Bei entsprechendem Bedarf ist dann nach dem Umzug eine Überleitung in das BEW nach § 72 oder § 39 BSHG möglich.

- Betroffenen, die wegen Krankheit und/oder anderer Probleme nicht mehr in der Lage oder willens sind, in einer eigenen Wohnung zu leben, stehen laut §§ 39 ff. BSHG unterschiedliche Modelle des betreuten Gemeinschaftswohnens zur Verfügung (insgesamt 53 Plätze)⁸: Das Wohnprojekt „Reichenberger Straße 129“ mit 21 Plätzen bietet rund um die Uhr psychosoziale Betreuung und ambulante Pflege – gegebenenfalls bis zur letzten Lebensphase. Das „betreute Gemeinschaftswohnen im Verbund“ (Dessauer Straße und Käthe-Niederkirchner-Straße mit jeweils 16 Plätzen) verfügt in jeweils einem Wohnblock über mehrere verschieden große Wohneinheiten, über einen offenen Bereich („Bewohner-Café“) und über Gemeinschaftsräume.
- Wohnungslose HIV-positive Menschen in Krisensituationen finden schnell und unbürokratisch Aufnahme im Wohnprojekt Pankstraße mit 18 Plätzen (Kriseneinrichtung gemäß § 72 BSHG). Von hier aus werden sie nach einer Stabilisierungsphase in eine eigene Wohnung oder in ein Wohnprojekt weitervermittelt.
- Die „Orangerie“ ist ein Cafébetrieb mit Angeboten wie Frühstücksbüffet, Abendessen, Kochkurse, Internet-Surfing, Info-Veranstaltungen oder Ausstellungen. Hier gibt es viele Möglichkeiten zur Tagesgestaltung wie auch zur Vorbereitung auf eine Rückkehr in die Arbeitswelt – für die ZIK-Bewohner ein wichtiger Bestandteil des Betreuungskonzepts. Die Angebote der „Orangerie“ stehen jedoch allen Interessierten offen, also auch Menschen, die nicht von ZIK betreut werden.

Das ausdifferenzierte personenzentrierte Hilfesystem berücksichtigt das Bedürfnis der Klienten nach Kontinuität und bietet zugleich die Chance zu Veränderung. Sowohl im betreuten Einzelwohnen als auch



*Positiv welcome –
Motiv der DAH
aus dem Jahr 1997*

in den Wohnprojekten sind verschiedene Lebens- und Betreuungsformen möglich: Man kann allein in der eigenen Wohnung oder in einer Haus- oder Wohngemeinschaft leben und, je nach Bedarf, wenig oder intensive Betreuung in Anspruch nehmen. Man kann aber auch aus der Betreuung „aussteigen“ oder zu einem anderen Anbieter wechseln – eine erneute Aufnahme bei ZIK ist immer möglich.

Die Klientel von ZIK

Unsere Klientel ist zu 80 % männlich und zu 20 % weiblich. Der größte Teil (etwa 70 %) der durch den Sozialmakler in Wohnraum vermittelten Menschen ist unter 40 Jahre alt. Das Durchschnittsalter liegt je nach Projekt zwischen 36 und 39 Jahren.

Die meisten unserer Klienten beziehen Sozialhilfe. Während bei den Personen, die durch den Sozialmakler in eigenen Wohnraum vermittelt werden, immerhin noch etwa 10 bis 15 % über ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit verfügen, kommt dies bei den Klienten im betreuten Wohnen nur sehr selten vor.

Beim „Sozialmakler“ stellten im Jahr 2001 schwule Männer mit 45 % die größte Bewerbergruppe dar; bei 27 % handelte es sich um Dro-

gengebraucher und bei 28 % um sonstige Betroffene. Von den 2001 in den Wohnprojekten Betreuten waren etwa 60 % Drogengebraucher, 30 % schwule Männer und 10 % Sonstige.

Im betreuten Wohnen ist das Zusammenwohnen von Menschen aus unterschiedlichen sozialen Gruppen und (Sub-)Kulturen natürlich nicht immer konfliktfrei. Die Auseinandersetzung mit vielfältigen Lebensweisen hat die Projektarbeit aber auch bereichert und das gegenseitige Verständnis gefördert. Voraussetzung für das Gelingen eines solchen integrierenden Ansatzes ist, dass es innerhalb des Projekts genügend Möglichkeiten sowohl für Begegnungen als auch für Rückzug gibt, denn Kontakte und Gemeinschaftsleben lassen sich nicht „verordnen“. Gleichwohl gelten im Wohnprojekt die gleichen Umgangsregeln und Absprachen wie in allen anderen Nachbarschaften. Niemand lebt dort für sich allein, jeder muss sich bei der Gestaltung des eigenen Lebens mit den anderen Bewohnern arrangieren.

Arbeit mit Drogengebrauchern

Drogengebraucher in schwierigen Lebenssituationen sind – neben anderen sozial und ökonomisch benachteiligten Menschen – die größte Zielgruppe der Wohnprojekte für Menschen mit HIV/Aids. Diese Einrichtungen sind maßgeblich durch die akzeptierende Drogenarbeit beeinflusst und geprägt worden (vgl. akzept 1999). Durch sie konnten Versorgungslücken im Drogenhilfesystem geschlossen werden, die das jahrzehntelange Abstinenzdogma verursacht hatte. Vor allem durch ihre suchtbegleitenden Angebote sind die Wohnprojekte der Aidshilfen zu Aktionsfeldern für die Entwicklung innovativer, an den Bedürfnissen des Einzelnen orientierter Hilfen geworden, die zu Selbstverantwortung und Kompetenzerwerb befähigen sollen.

An ZIK wenden sich sowohl drogenfrei lebende Menschen und Substituierte (mit/ohne Beigebruch) als auch aktuell Drogen Gebrauchende. Die Arbeit mit Klienten, die nicht ohne Drogen leben können oder wollen, ist immer wieder eine anstrengende Gratwanderung und stellt an die Betreuer besonders hohe Anforderungen. Gefragt sind vor

allem Aufmerksamkeit, hohe Bereitschaft zur Auseinandersetzung in Konfliktsituationen und Flexibilität. Bei der Frage, welche Drogenkonsummuster für unsere Wohnprojekte noch tragbar sind, gilt es immer wieder abzuwägen und Entscheidungen zu treffen, die den Bedürfnissen aller gerecht werden. Die Schwierigkeit besteht darin, das Recht auf Autonomie im Umgang mit Drogen mit den Aspekten „Sozialverträglichkeit“ und „Wohnfähigkeit“ in Einklang zu bringen. So hängen Verstöße gegen die Betreuungsvereinbarungen und die Hausordnung fast immer mit unkontrolliertem Drogengebrauch zusammen. Etwa 20 % der Entlassungen aus den ZIK-Wohnprojekten (betreutes Gemeinschaftswohnen) oder der Kriseneinrichtung erfolgen „aus disziplinarischen Gründen“, weil die Grenzen des Zumutbaren für das Zusammenleben und die Betreuungsarbeit überschritten wurden.

Andererseits haben viele Drogenkonsumenten die Möglichkeiten des ZIK-Angebots für sich genutzt, um Abstand vom Leben in der Drogenszene zu gewinnen und sich in soziale Zusammenhänge zu integrieren, die nicht von Illegalität und Kriminalität geprägt sind. Der suchtbegleitende Ansatz bei ZIK hat sich somit bewährt. In der Betreuung wird gemeinsam mit den Klienten herausgearbeitet, wie der individuelle Umgang mit Drogen zu gestalten ist, um sich psychisch und gesundheitlich stabilisieren und die eigene Lebenssituation verbessern zu können.

Schwerpunkte und Grundlagen unserer Arbeit im Überblick

Unser betreutes Wohnen bietet psychosoziale Betreuung und ambulante Pflege, deren Umfang und Intensität sich nach dem jeweiligen Bedarf richtet. Diese Leistungen erbringt ZIK entweder selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen. Die Schwerpunkte unserer Arbeit sind:

- *Personenzentrierte Grundversorgung im betreuten Wohnen:* Bei ZIK steht die Absicherung existenzieller Bedürfnisse im Sinne einer gemeindenahen Grundversorgung im Vordergrund. Darüber hinaus

bieten unsere Projekte emotionale Begleitung, praktische Informationen und Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen. Die Basis hierfür ist eine tragfähige Beziehung zwischen Betreuer und Klient, in der soziale, lebensweltliche und biografische Bezüge angemessen berücksichtigt werden. Eine solche Zusammenarbeit unterstützt chronisch kranke Menschen, einen Zugang zu den für sie passenden Angeboten des Gesundheitssystems zu finden, und trägt so zur Vermeidung von Fehl-, Unter- oder Überversorgung bei (Sachverständigenrat 2001).

- *Sicherung des Wohnraums*: Mietschulden, Konflikte mit der Nachbarschaft, Verwahrlosung oder (drohende) Obdachlosigkeit sind immer Indikatoren für andere psychosoziale Probleme. Die Sicherung des Wohnraums steht deshalb bei ZIK an erster Stelle. Im betreuten Wohnen können durch die regelmäßige Überprüfung der Wohnsituation positive wie negative Veränderungen erkannt werden.
- *Sicherung der gesundheitlichen Versorgung*: Sie umfasst Prävention, Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerische Versorgung im Hinblick auf HIV/Aids, virusbedingte Hepatitiden, Sucht und ihre Folgeerkrankungen sowie andere gesundheitliche Risiken und Schädigungen. Aufgrund der verschiedenen Krankheitsbilder und deren Komplexität ist ein multidisziplinärer Arbeitsansatz erforderlich. Für viele Klienten im betreuten Wohnen ist deshalb die professionelle Unterstützung im Rahmen des Case-Managements⁹ ausgesprochen hilfreich (Oliva u. a. 2001, Wendt 2001, Löcherbach u. a. 2002).

Zu den wichtigsten Aufgaben der Betreuer gehört, den Gesundheitszustand der Klienten ständig zu beobachten, gesundheitliche Probleme

9 *Case-Management, auch Fallmanagement oder Unterstützungsmanagement. Ein aus den USA stammender ganzheitlicher Ansatz vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen zur Erbringung von Dienstleistungen für Menschen mit vielfältigen Problemen. Durch die Nutzung aller Möglichkeiten verschiedener Institutionen (einschließlich der Hilfen im Gemeinwesen) wird angestrebt, die Qualität der Betreuung zu steigern und gleichzeitig Kosten zu sparen. Dies soll vor allem durch schnelle, abgestimmte Reaktion und Berücksichtigung auch längerfristiger Entwicklungen im Rahmen eines Gesamtkonzepts für den einzelnen Fall erreicht werden.*

und Themen anzusprechen und gemeinsam zu bearbeiten, bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen, bei notwendigen Behandlungsmaßnahmen zu begleiten und gegebenenfalls zu Verhaltensänderungen zu motivieren. Das Ziel ist, die Klienten für den eigenen Gesundheitszustand zu sensibilisieren und ihre „Compliance“ (auch „Adhärenz“ oder „Therapietreue“ genannt), d.h. die Bereitschaft zur Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen zu erhöhen. Im Bedarfsfall sorgen die Betreuer für die Sicherstellung einer ambulanten Pflege. Grundsätzlich gilt, dass die Klienten bei allen die Behandlung betreffenden Entscheidungen einbezogen werden.

ZIK arbeitet an der Schnittstelle verschiedener sozialer und medizinischer Dienste (insbesondere medizinische Versorgung und Pflege, Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe, Gemeindepsychiatrie und Selbsthilfe). Unser Leitbild ist maßgeblich beeinflusst durch

- das Prinzip der *personenzentrierten Hilfe* (Aktion psychisch Kranke 2001) und der *Selbsthilfe*. Beide Prinzipien sind unverzichtbar in der gemeindepsychiatrischen Versorgung.
- die *Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit* (akzept 1999). Danach gilt es, das Recht des Einzelnen auf ein selbstbestimmtes und selbstverantwortetes Leben zu achten, bedürfnisorientierte Angebote zu schaffen und sich drogenpolitisch zu engagieren. Das Ziel ist eine Normalisierung des gesellschaftlichen Umgangs mit Drogengebrauch.
- das *Grundsatzprogramm der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.* (BAGW 2001), dessen Leitgedanke die Organisation einer bürger- und gemeindenahen Wohnungslosenhilfe ist.
- die *Patientenorientierung* in der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit HIV/Aids.

Finanzierung, Dokumentation, Qualitätsmanagement

Der Arbeitsbereich „Sozialmakler“ wird über Zuwendungen und Spenden finanziert. Die finanzielle Grundlage für das betreute Wohnen bil-

den gesetzliche Entgeltvereinbarungen¹⁰ zwischen ZIK und den Sozialämtern; für die Finanzierung bestimmter Maßnahmen und Projekte ist ZIK jedoch auch hier auf ergänzende Zuwendungen und/oder Spenden angewiesen.

Qualitätsmanagement und Dokumentation haben in den letzten Jahren in allen Bereichen der psychosozialen Arbeit enorm an Bedeutung gewonnen. Knapper werdende Ressourcen erfordern bei den Leistungen mehr Transparenz, Effizienz und Effektivität. Allgemeine Vorgaben zu Qualitätssicherungsmaßnahmen in Einrichtungen, die über Entgeltregelungen finanziert werden, enthält ein Rahmenvertrag gemäß § 93 Abs. 2 BSHG¹¹, der auf Landesebene zwischen dem Sozialhilfeträger und den kommunalen Zusammenschlüssen von Wohlfahrtsverbänden („Liga-Verbände“) vereinbart wurde und seit Januar 1999 rechtskräftig ist.

Für das Qualitätsmanagement im betreuten Wohnen sind verschiedene Instrumente entwickelt und erprobt worden. Als Beispiele seien hier die „Arbeitsstandards der hessischen Aidshilfen für das betreute Wohnen“ (AH Hessen 1997) genannt und die im Jahr 2000 von der Qualitätsgemeinschaft Soziale Dienste Berlin entwickelten Referenzhandbücher für die Bereiche „Allgemeine soziale Dienste“ und „Wohnungslosenhilfe“, das Qualitätshandbuch „Übergangshaus“ und der Leitfaden zu „Qualitätsstandards für soziale Dienste“ (QSDB 2000).

Bei ZIK wird das Qualitätsmanagementsystem im Rahmen der Organisationsentwicklung etabliert. Dabei werden die Instrumente der Qualitätssicherung und die Ende 2000 eingeführte und seither ständig weiterentwickelte Dokumentationssoftware eng miteinander

¹⁰ gemäß §§ 39 ff. und § 72 BSHG sowie § 93 BSHG, der Regelungen zu Vereinbarungen enthält, die zwischen den Einrichtungsträgern und den Sozialämtern zur Gewährung von Hilfeleistungen abzuschließen sind

¹¹ In § 93 Abs. 2 BSHG ist festgelegt, dass das Sozialamt nur dann zur Übernahme von Aufwendungen verpflichtet ist, wenn mit dem Einrichtungsträger „eine Vereinbarung über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen sowie über die dafür zu entrichtenden Entgelte besteht... Die Vereinbarungen und die Übernahme von Aufwendungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen“.

verknüpft. Da ZIK großen Wert auf ein „gelebtes Qualitätskonzept“ legt, sind alle Mitarbeiter an der Qualitätsentwicklung beteiligt.

Perspektiven

ZIK hat im Laufe der Jahre ein differenziertes Hilfeangebot für sozial benachteiligte Menschen aufgebaut und ist heute das größte Aidshilfe-Wohnprojekt in Deutschland. Wie alle anderen im Aidsbereich Tätigen müssen auch die ZIK-Mitarbeiter die weiteren Veränderungen im Krankheitsbild, die medizinischen Fortschritte einschließlich der Wirkungen und Nebenwirkungen der HIV-Therapien sowie die Entwicklung der Lebensperspektiven von Menschen mit HIV/Aids aufmerksam beobachten, sich neuen Herausforderungen stellen und die Angebote an veränderte Gegebenheiten anpassen. Im Vordergrund stehen dabei die Stärkung der Betroffenen, damit sie die Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen können, und die Auseinandersetzung mit gemeindepsychiatrischen Arbeitsansätzen.

Neuer Handlungsbedarf besteht in vielen Bereichen. So ist derzeit zu beobachten, dass in Berlin die Zahl pflegebedürftiger Aidspatienten zunimmt; ZIK plant deshalb gemeinsam mit einem Aids-Spezialpflegedienst ein Krankenwohnungsprojekt. Zugleich steigt bei HIV-Positiven die Nachfrage nach Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, weshalb ZIK sich gefordert sieht, entsprechende Angebote in das Leistungsspektrum einzubauen. Seit einigen Jahren nehmen außerdem Hilfefragen von Drogenkonsumenten zu, die mit Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert sind, ohne gleichzeitig HIV-positiv zu sein (HCV-Monoinfektion). Im Jahr 2002 vermittelte ZIK über 30 Wohnungen an Menschen mit Hepatitis C. Das betreute Einzelwohnen wurde im Jahr 2002 für diesen Personenkreis um 20 Plätze erweitert, und auch in den Wohnprojekten sind vereinzelt HCV-positive Klienten aufgenommen worden. Insgesamt waren im Jahr 2002 12 % der ZIK-Klienten von einer Hepatitis-C-Monoinfektion betroffen.

ZIK ist zwar ein Aidsprojekt, die Integration der Hepatitis-C-spezifischen Angebote in den Arbeitsalltag verlief dennoch problemlos –

sowohl auf Seiten der Mitarbeiter als auch der Klienten. Das hängt einerseits sicherlich damit zusammen, dass der Anteil unserer Drogen gebrauchenden Klienten, die mit HIV und Hepatitis C infiziert sind, ohnehin enorm hoch ist (er liegt zwischen 80 und 90 %). Andererseits steht ZIK schon von jeher im Austausch mit anderen Systemen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung und ist allein schon deshalb offen für neue Arbeitsaufträge im Bereich der psychosozialen Unterstützung von sozial benachteiligten chronisch kranken Menschen. Die „ideelle Heimat“ von ZIK liegt aber nach wie vor in der Aidsarbeit.

Literatur

AH Hessen 1997

AIDS-Hilfe Hessen e. V. (Hg.): Arbeitsstandards der hessischen Aidshilfen für das betreute Wohnen. Frankfurt/Main: AIDS-Hilfe Essen 1997 (im Internet unter <http://www.sozialnetz-hessen.de/AIDShilfe/cgi-bin/contenthessen.asp?kat=1&art=Materialien>)

Aktion psychisch Kranke 2001

Aktion psychisch Kranke (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn 2001

akzept 1999

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept) e.V. (Hg.): Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. Materialien Nr. 3. (ohne Ort) 1999

BAGW 2001

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (Hg.): Für eine bürger- und gemeindenahe Wohnungslosenhilfe. Grundsatzprogramm. Köln 2001 (im Internet unter www.bagw.de)

DAH 1997

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): Wohnprojekte für Menschen mit HIV und AIDS – Konzepte und Erfahrungen aus 13 Jahren AIDS-Hilfe-Arbeit (AIDS-FORUM DAH, Bd. 29). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 1997

DAH 2002

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): Adressbuch: Wohnen – Pflege – Betreuung 2002/2003. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2002

Etgeton 1998

Etgeton, S.: Strukturelle Prävention als Konzept kritischer Gesundheitsförderung. In: *Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe* (AIDS-FORUM DAH, Bd. 33). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 1998

Löcherbach u. a. 2002

Löcherbach, P. u. a.: Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied 2002

Oliva u. a. 2001

Oliva, H. u. a.: Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case Management. Köln 2001

QSDB 2000

Qualitätsgemeinschaft Soziale Dienste Berlin (Hg.): Referenzhandbuch für den Bereich Allgemeine Soziale Dienste (QM-Handbuch). Berlin 2000 (im Internet zu bestellen unter <http://www.qsdb.de/handbuch.html>)

RKI 2003

Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin. HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten. Sonderausgabe B/2003, 12.08.2003

Rosenbrock u. a. 1999

Rosenbrock, R. u. a.: Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. Berlin 1999 (im Internet unter <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/1999/p99-201.pdf>)

Sachverständigenrat 2001

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bonn 2001 (im Internet unter <http://www.rolfingb.de/svr-gsh.pdf>)

Wendt 2001

Wendt, W. R.: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg 2001

ZIK 2002

ZIK – Zuhause im Kiez gGmbH 2002: Jahresbericht 2001. Berlin 2002 (unveröffentlicht)

Weiterführende Literatur

Gerlach, C.:

Wohnen als Integrationshilfe für Drogengebraucher/innen. In: Böllinger, L./Stöver H.: *Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt/M. 2002

Henkel, D./Vogt, I. (Hg.):

Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen. Opladen 1998

Gesundheit und Prävention in Haft

..... **Bärbel Knorr**

In den letzten 15 Jahren hat sich die Haltung von Politik und Gesellschaft gegenüber Konsumenten illegalisierter Drogen zumindest in einigen Bereichen positiv verändert. Einer der wesentlichen Gründe hierfür war die Angst vor einer Verbreitung der HIV-Infektion über die so genannten Risikogruppen hinaus. Man ermöglichte die Vergabe steriler Einwegspritzen (heute ein Standardangebot der Drogen- und Aidshilfen) und die Einrichtung von Kontaktläden und Konsumräumen, die Substitutionsbehandlung wurde ausgebaut, und das lang ersehnte Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung Drogenabhängiger“ ist 2001 angelaufen. Das grundsätzliche Problem jedoch, die Kriminalisierung von Drogengebrauchern, ist bestehen geblieben. Die vor Jahren noch intensiven Bemühungen um eine Entkriminalisierung haben inzwischen deutlich nachgelassen, und die Möglichkeiten, die das im heutigen Betäubungsmittelgesetz (BtMG) enthaltene Prinzip „Therapie statt Strafe“ bietet¹, werden nach wie vor nicht ausgeschöpft. Unter den Gefangenen steigt daher der Anteil der Drogengebraucher stetig an.

¹ Zurückstellung der Strafvollstreckung (§ 35 BtMG), Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung (§ 36 BtMG), Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage (§ 37 BtMG))

Zahlen zu Drogengebrauchern und Haft

Über die Höhe des Anteils Drogen gebrauchender Gefangener im deutschen Justizvollzug gibt es keine gesicherten Daten, Experten gehen jedoch davon aus, dass ungefähr ein Drittel aller Inhaftierten zu dieser Gruppe gehört. Nach den im „Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001“ präsentierten Studien und Einschätzungen handelt es sich bei 30–50 % aller männlichen und 70–80 % aller weiblichen Gefangenen um Drogenkonsumenten. „Hochgerechnet auf die Gesamtpopulation aller Inhaftierten wären das 17.200 bis 29.200 männliche und 700 bis 1.900 weibliche (ehemalige) Drogen Konsumierende“ (DBDD 2001). Nach einer eher konservativen Schätzung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren befinden sich 10 % aller Drogengebraucher in Haft – das sind doppelt so viele wie in der stationären Therapie (Konturen 2002).

Der im Jahr 2000 vorgelegte Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Methadonprogramms im Saarland (Marzen 2000) liefert unter anderem auch Daten zu den Haftaufenthalten von Drogengebrauchern bei Programmbeginn (n=263). 87 % der Befragten sind mindestens einmal in ihrem Leben verurteilt worden, 67 % verfügen über Hafterfahrung. In etwa 70 % aller Fälle handelte es sich um Verstöße gegen das Betäubungsmittelrecht (Erwerb, Besitz und Handel), bei den restlichen 30 % um direkte oder indirekte Beschaffungsdelikte. Die durchschnittliche Haftdauer betrug drei Jahre.²

Die Auswirkungen langjähriger Inhaftierung und der ständigen Bedrohung, erneut verurteilt zu werden, finden kaum Beachtung. Dass auch innerhalb der Gefängnismauern Drogen konsumiert werden, wird inzwischen aber nur noch von wenigen Haftanstalten bestritten.

2 Weitere Informationen zum Thema „Drogengebrauch und Justizvollzug“ siehe verschiedene Beiträge von H. Stöver in: Suchttherapie – Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen (3). Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, September 2002

Epidemiologische Daten zu HIV und Hepatitiden

In Haftanstalten treten Infektionskrankheiten nach wie vor wesentlich häufiger auf als außerhalb der Gefängnismauern. Da der Strafvollzug jedoch Ländersache ist, gibt es keine bundesweite Untersuchung zur gesundheitlichen Situation Gefangener. Daher ist auch nicht bekannt, wie viele Menschen in Deutschlands Haftanstalten mit HIV und/oder Hepatitiden infiziert sind. So schreibt das Strafvollzugsgesetz bei Haftantritt zwar eine medizinische Untersuchung vor („Zugangsuntersuchung“), bei der auch ein HIV-Test angeboten wird. Die Testhäufigkeit ist aber je nach Bundesland äußerst unterschiedlich: In einigen Bundesländern sind über 90 % aller Gefangenen getestet, in anderen Bundesländern dagegen nur ein geringer Teil.³ Daten zur Verbreitung von HIV- und Hepatitisinfektionen stammen daher meist aus Untersuchungen, die in einzelnen Haftanstalten durchgeführt wurden. Obgleich nicht repräsentativ, lassen sie dennoch Tendenzen erkennen. So ist davon auszugehen, dass die HIV-Verbreitung unter Gefangenen mit etwa einem Prozent 25-mal höher ist, als dies für die übrige Bevölkerung angenommen wird. Da bei weiblichen Häftlingen der Anteil von Drogengebrauchern deutlich höher ist als bei männlichen, werden hier auch weitaus mehr HIV-Infektionen vermutet.

Im Modellprojekt „Spritzenvergabe im Berliner Justizvollzug“⁴ waren zum Zeitpunkt der Basiserhebung 18 % der Teilnehmer HIV-infiziert, 50 % hatten eine Hepatitis B und über 80 % eine Hepatitis C (Stark u. a. 2001). Diese äußerst hohen Infektionsraten (insbesondere bei HIV) wurden in keiner der Haftanstalten erreicht, in denen man ebenfalls intravenös injizierende Drogenkonsumenten untersucht hat. Für die Gefangenen in Bayerns Haftanstalten wird die HIV-Infektionsrate mit

3 *Nur in wenigen Haftanstalten wird der HIV-Test anonym und nach vorheriger Beratung durchgeführt.*

4 *Das wissenschaftlich begleitete Modellprojekt wurde in den Berliner Justizvollzugsanstalten Lichtenberg (Frauen) und Lehrter Str. durchgeführt.*

insgesamt 0,4 % angegeben. Wesentlich höher sind die Raten bei Hepatitis C, die man bei 4.000 Untersuchungen in vier Haftanstalten ermittelt hat: In drei Anstalten lag die Prävalenzrate bei ca. 20 %, in einer bei knapp 12 %. Bei den Drogengebrauchern dagegen lag die Rate zwischen 61 und 75 % (AG Hepatitis 2000).

Das Robert Koch-Institut (RKI), das aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten liefert, hat gerade in den letzten Monaten immer wieder auf die besondere Gefährdung von Gefangenen durch HIV und Hepatitis C hingewiesen und entsprechende Präventionsmaßnahmen angeraten. Seit gut 10 Jahren habe man bei intravenös injizierenden Drogengebrauchern einen kontinuierlichen Rückgang der HIV-Infektionsrate feststellen können – dieser positive Trend sei gestoppt worden. Einer der Gründe dafür sei die Einstellung der Spritzenvergabe in Haftanstalten. Dies trage dazu bei, dass sich die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche HIV- und Hepatitis-C-Prävention bei Drogengebrauchern verschlechtern (RKI 2003a; RKI 2003b).

Medizinische Versorgung

Gefangene im geschlossenen Vollzug sind nicht gesetzlich krankenversichert, sondern unterliegen der Gesundheitshilfe der Justiz. Folglich ist der Justizvollzug verpflichtet, auch für die medizinische Versorgung dieser Gefangenen aufzukommen. Weiterhin Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur, wer in einem freien Beschäftigungsverhältnis steht.⁵

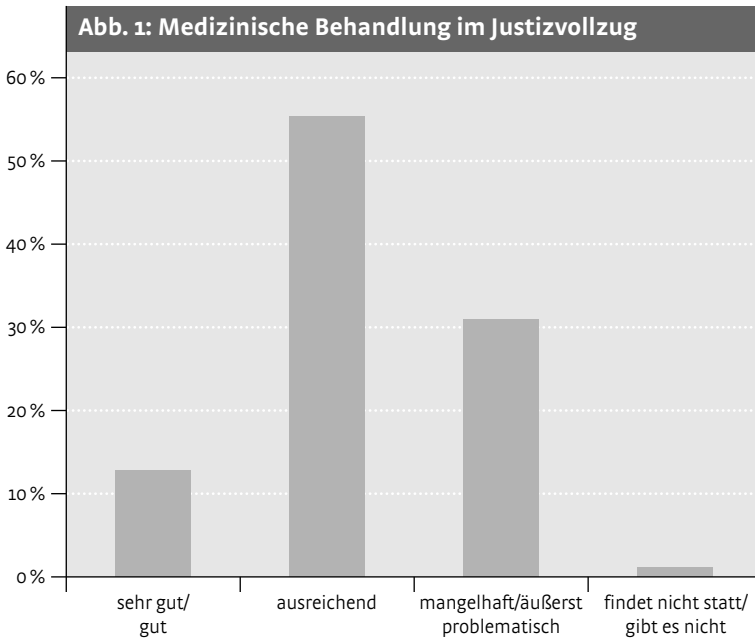
5 Für diese Gefangenen werden auch Beiträge für die Pflege- und Rentenversicherung entrichtet, nicht aber für all diejenigen, die im Strafvollzug einer Arbeit nachgehen. Unter Umständen droht ihnen – und damit auch mitversicherten Angehörigen – nach der Entlassung der Ausschluss aus dem Versicherungssystem. In den §§ 190 bis 193 des Strafvollzugsgesetzes (StVG) ist die Einbeziehung der Gefangenen in die Kranken- und Rentenversicherung „vorformuliert“. Diese Regelung ist aufgrund des Widerstandes des Bundesrates bisher jedoch nicht in Kraft getreten. Der Grund dafür ist die zu erwartende Belastung der öffentlichen Haushalte durch die abzuführenden Beiträge in die Sozialversicherung.

Gefangene haben keine freie Arztwahl, für Behandlungen ist der Anstaltsarzt zuständig. Er entscheidet auch, ob ein Facharzt hinzugezogen werden soll oder eine Einweisung in ein Justizvollzugskrankenhaus notwendig ist. Geregelt ist die medizinische Versorgung in den §§ 56 bis 66 des Strafvollzugsgesetzes (StVG). In § 56 heißt es, die Vollzugsbehörde habe für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen zu sorgen, und die Gefangenen seien zur Mitwirkung verpflichtet. Die Anstaltsmedizin müsse sich grundsätzlich an den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren. Wie aber ist es um die Qualität der medizinischen Versorgung in Haft bestellt? In einer von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. durchgeführten Befragung ihrer Mitgliedsorganisationen zu deren Angeboten im Justizvollzug (siehe S. 153 ff.) wurde unter anderem nach der Qualität der medizinischen Versorgung in den Haftanstalten gefragt (siehe Abb. 1). 68 % der Aidshilfen bewerteten sie als sehr gut bis ausreichend, ungefähr 30 % als mangelhaft oder sogar äußerst problematisch.

Bei der Bereitstellung von Sachmitteln und Personal orientiert man sich eher an den Möglichkeiten des Justizhaushalts als am Bedarf der Gefangenen. Je größer die Zahl von Inhaftierten, die einer aufwendigen Behandlung bedürfen, desto weniger Geld steht für andere medizinisch notwendige Maßnahmen zur Verfügung, wie z. B. Versorgung mit Zahnersatz, HIV-Therapie, Bestimmung des Immunstatus, Hepatitisbehandlung oder Schutzimpfungen.

Die Kosten für die medizinische Versorgung Gefangener werden nicht gesondert erfasst oder ausgewertet – bis auf wenige Ausnahmen. In Berlin z. B. liegt der Anteil HIV-positiver Gefangener bei 1,35 %. Trotz ihres relativ geringen Anteils an der Gesamtzahl der Inhaftierten entstehen durch sie extrem hohe Kosten im Bereich medizinische Versorgung. Im Jahr 2002 entfielen 26 % der 1.780.000 €, die in Berliner Gefängnissen für Arzneimittel ausgegeben wurden, allein auf Medikamente zur Behandlung der HIV-Erkrankung (Rex 2003). Nach Schätzungen werden in der Europäischen Union für die außervollzugliche Behandlung von drogenkonsumbedingten Infektionen etwa 1,9 Mrd. € eingesetzt, das sind 0,5 % des EU-Gesamthaushalts für Gesundheit (Wiessing/Postma 2001). Daraus ergibt sich auch für den Justizvollzug ein erhöhter Handlungsbe-

darf, denn in mehreren Untersuchungen wurde eine signifikante Korrelation zwischen HIV-Infektionen und Haftaufenthalten festgestellt (Kleiber/Pant 1991; Koch/Ehrenberg 1992; Stark u. a. 1994).



HIV und Hepatitiden – Übertragungswege und Präventionsmaßnahmen

In Haftanstalten sind Informationsveranstaltungen und praktische Übungen zum Thema Infektionsprophylaxe selten, und der Zugang zu Präventionsmitteln wie Kondomen oder sterilem Spritzbesteck wird häufig verwehrt oder nicht anonym ermöglicht. Infektionsrisiken im Hinblick auf HIV und Hepatitiden ergeben sich durch

- *den gemeinsamen Gebrauch von Spritzbestecken („Needle-Sharing“) sowie von Löffeln, Filter und Wasser („Work-Sharing“)*

- *ungeschützte Sexualkontakte* unter Inhaftierten oder zwischen Personal und Gefangenen
- *Tätowieren und Piercen*. Beides ist in der Regel über die Hausordnung der Justizvollzugsanstalt untersagt, wird in Haft aber dennoch häufig praktiziert – mit nicht sterilem Gerät.
- *gemeinsamen Gebrauch von Rasierern und Zahnbürsten* – ein möglicher Übertragungsweg zumindest für Hepatitiden
- *mangelnde Hygiene*.

Zugang zu Spritzbesteck und Desinfektionsmitteln

Von 287 Justizvollzugsanstalten und Teilanstalten bietet derzeit nur noch die Berliner Anstalt Lichtenberg (Frauen) sterile Einwegspritzen an. In Hamburg hat man die Spritzenvergabe 2002, in Niedersachsen 2003 infolge des Regierungswechsels in diesen Bundesländern eingestellt. Das Modellprojekt in der Berliner JVA Lehrter Straße wurde 2004 gestoppt. Veranstaltungen zur Infektionsprophylaxe werden mittlerweile nur noch in wenigen Gefängnissen angeboten.

Häufig teilen sich mehrere Gefangene eine Zelle und auch eine Toilette. Die außerhalb des Vollzugs selbstverständlichen Hygienestandards sind in Haftanstalten nicht immer gegeben. Deutschland gehört zu den wenigen EU-Ländern, wo Gefangene keinen Zugang zu Desinfektionsmitteln (z. B. zur Desinfektion der Toilette) haben. Würden sie bereitgestellt, könnten sie auch für die Reinigung bereits gebrauchter Spritzen oder die Desinfektion von Materialien zum Tätowieren und Piercen verwendet werden (siehe auch Graefe/Hosbach in diesem Band, S. 165 ff.). Infolge der „draußen“ seit etwa 10 Jahren üblichen Spritzenvergabe ist das Wissen um die Reinigung und Desinfektion bereits gebrauchter Spritzen jedoch sehr gering – dies besonders bei jenen Drogengebranchern, die erst in den letzten Jahren mit dem Drogenkonsum begonnen haben.

Zugang zu Kondomen

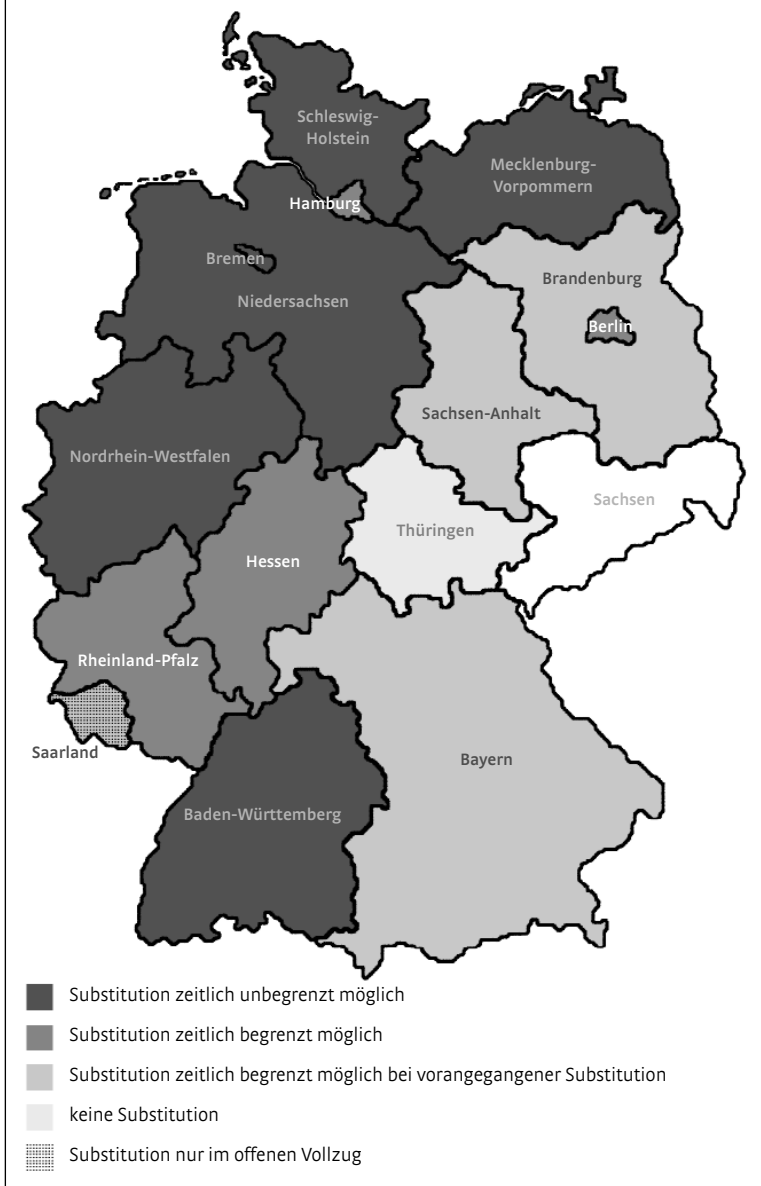
Die Regelungen der Bundesländer zur Kondomvergabe in Haftanstalten sind in aller Regel unzureichend. Obwohl inzwischen allgemein anerkannt ist, dass Kondome vor HIV schützen, sind sie entweder gar nicht oder nicht anonym zugänglich, in der Regel über den Medizinischen Dienst oder beim Kaufmann. Nur in Nordrhein-Westfalen gibt es einen „Kondomerlass“, nach welchem die Vollzugsanstalten den anonymen Zugang zu Kondomen und Gleitmitteln zu gewährleisten haben und begleitende Informationen anbieten müssen.

Gelbte Sexualität innerhalb der Gefängnismauern ist weitestgehend tabuisiert, obgleich z. B. bekannt ist, dass heterosexuelle männliche Gefangene auch Sex mit anderen Männern haben, sich dabei aber nur selten schützen. Sexualkontakte sind zwar auch im Rahmen von Langzeitbesuchen und Vollzugslockerungen möglich, diese werden jedoch nur einer relativ geringen Zahl der Inhaftierten gewährt.

Hepatitisimpfung

Da Hepatitisinfektionen im Strafvollzug wesentlich häufiger vorkommen als „draußen“, erscheint es sinnvoll, Gefangenen (wie auch Bediensteten) eine Impfung gegen Hepatitis A und B anzubieten (gegen Hepatitis C gibt es noch keinen Impfstoff). Grundsätzlich besteht auch für Gefangene die Möglichkeit, sich impfen zu lassen. Dies besonders dann, wenn bekannt ist, dass jemand Drogen nimmt, oder wenn bereits eine Hepatitis C vorliegt und eine zusätzliche Infektion mit Hepatitis A oder B verhindert werden soll. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt eine Hepatitis-B-Impfung unter anderem für „Drogenabhängige, Prostituierte, länger einsitzende Strafgefangene, Menschen mit chronischen Lebererkrankungen und HIV-Positiven“ (siehe im Internet unter www.rki.de). Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Impfung ist natürlich, dass die Anstalt ihre Gefangenen über dieses Angebot informiert.

Abb. 2: Substitution in Deutschlands Justizvollzugsanstalten



Substitution in Haft

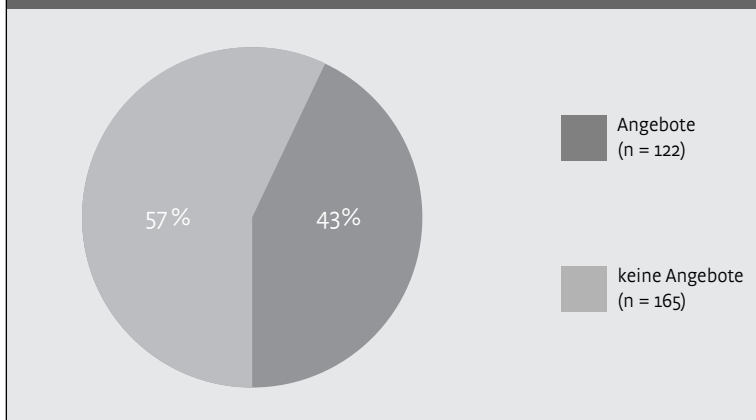
In Deutschland werden schätzungsweise 45.000 Menschen substituiert (Drogen- und Suchtbericht 2002). Grundsätzlich ist eine Substitution auch in Haft möglich. Da die Vollzugsgestaltung jedoch Ländersache ist, wird die Substitution von Bundesland zu Bundesland anders gehandhabt (siehe Abb. 2). In vielen Haftanstalten verbirgt sich hinter dem Begriff „Substitution“ lediglich ein medikamentengestützter Entzug oder ein Angebot zur Vorbereitung der Haftentlassung.

Die rechtliche Grundlage für die Substitution ist das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“. Nicht verbindlich für die Substitution von Strafgefangenen sind dagegen die „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (BUB-Richtlinien), welche die Substitution im kassenärztlichen System regeln. Einige Bundesländer beziehen sich jedoch auf sie; auf ihrer Grundlage haben etliche Drogengebraucher, die bereits vor der Haft substituiert wurden, eine Indikation erhalten. (Weitere Informationen zum Thema enthält die Broschüre „Substitution in Haft“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.)

Aidshilfen im Strafvollzug

Im Januar 2003 befragte die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. ihre Mitgliedsorganisationen über deren Angebote in Justizvollzugsanstalten. Von den 80 Aidshilfen, die an der Befragung teilgenommen haben, engagieren sich fast 70 % in Gefängnissen, und 5 % haben ihre Arbeit in diesem Bereich eingestellt. Knapp 26 % der Aidshilfen gaben an, dass aufgrund der angespannten Haushaltslage und teilweise auch mangels Bedarf keine Angebote in Haftanstalten vorgesehen sind.

Abb. 3: Aidshilfe-Angebote in Justizvollzugs- und Teilanstalten in Deutschland



In Deutschland gibt es 287 Justizvollzugsanstalten und Teilanstalten. 43% von ihnen werden von Angeboten der Aidshilfe erreicht.

Abbildung 4 zeigt, dass Aidshilfen in 132 Justizvollzugsanstalten präsent sind. Berücksichtigt man, dass sich in einigen dieser Haftanstalten mehrere Aidshilfe-Einrichtungen engagieren, verbleiben noch 122 Anstalten, in denen es Aidshilfeangebote gibt. Da sich in manchen Haftanstalten unterschiedliche Haftformen „unter einem Dach“ befinden, waren Mehrfachnennungen möglich. Gleiches gilt für die Angabe „Männervollzug“ oder „Frauenvollzug“ (siehe Abb. 5). In einigen Justizvollzugsanstalten, die hauptsächlich mit Männern belegt sind, gibt es auch Frauenabteilungen.

Abb. 4: Aidshilfen in Justizvollzugsanstalten

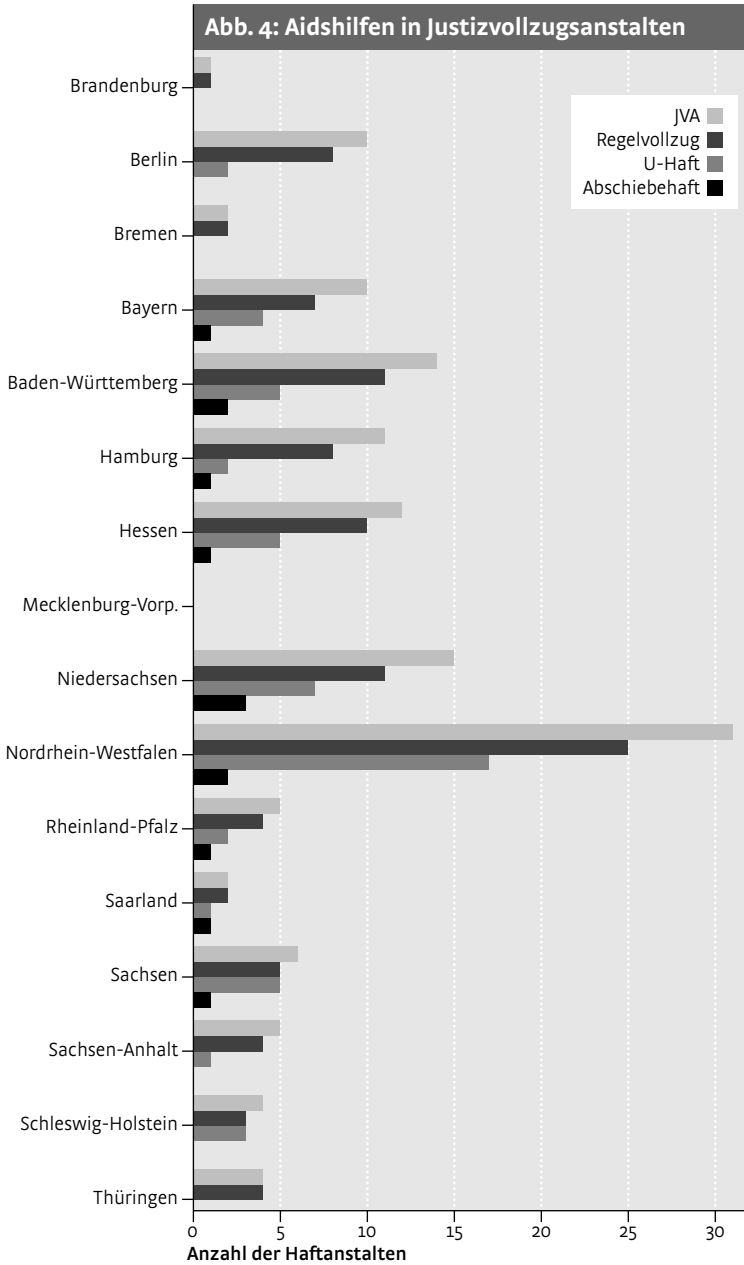
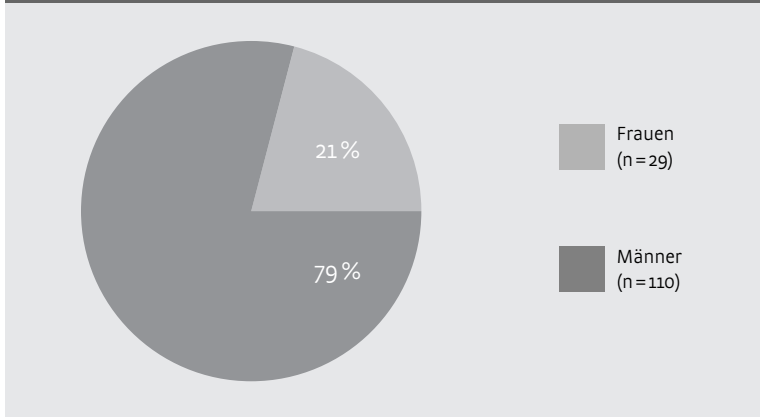
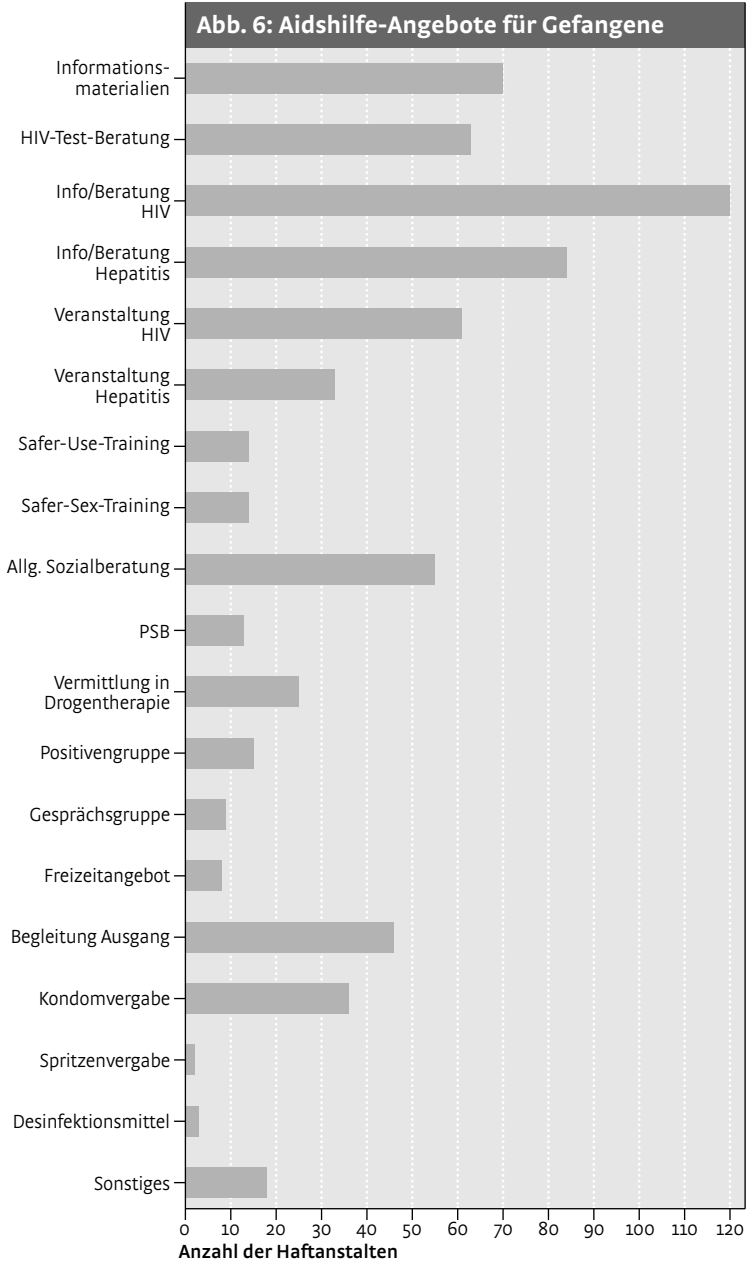


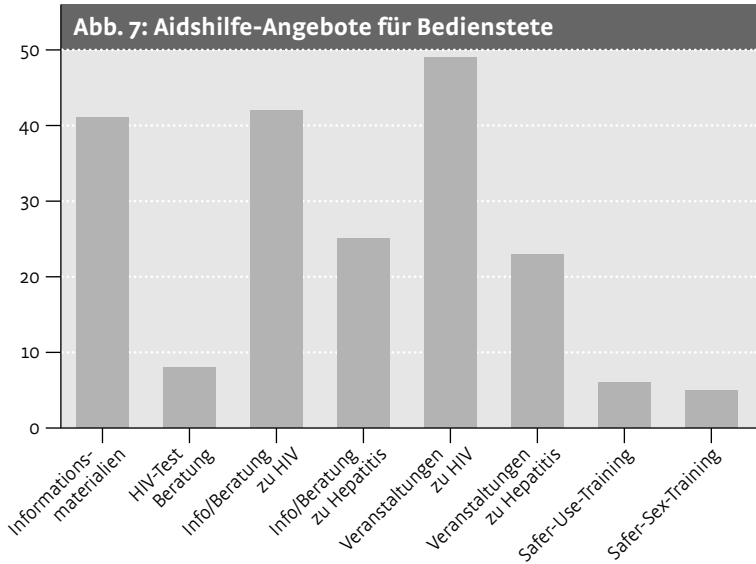
Abb. 5: Justizvollzugsanstalten Männer/Frauen



Der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Inhaftierten ist sehr gering (etwa 4 %). Weibliche Häftlinge werden von den Aidshilfen jedoch überproportional berücksichtigt.

Informationen und Beratungen zu HIV/Aids bieten die Aidshilfen in 120 Justizvollzugsanstalten an, gefolgt von Informations- und Beratungsgesprächen zum Thema Hepatitis in 84 Haftanstalten. Informationsmaterialien und Veranstaltungen zu HIV/Aids für Gefangene bieten sie in ca. 50 % der aufgesuchten Anstalten an. Positivengruppen, früher ein Standardangebot der Aidshilfen, sind inzwischen nur noch in 11 % der aufgesuchten Anstalten zu finden.

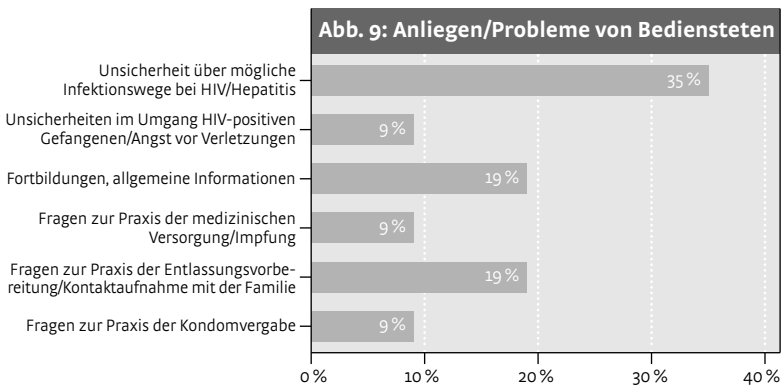
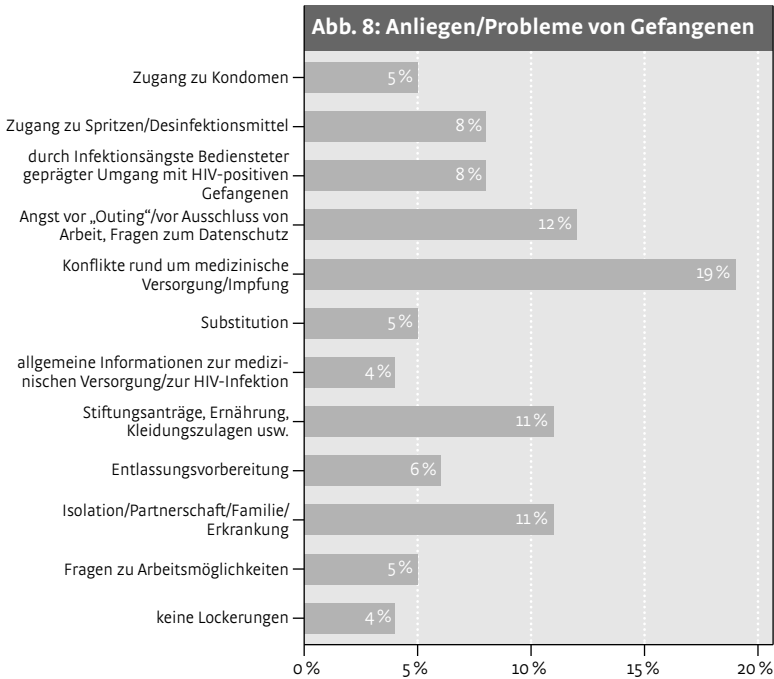




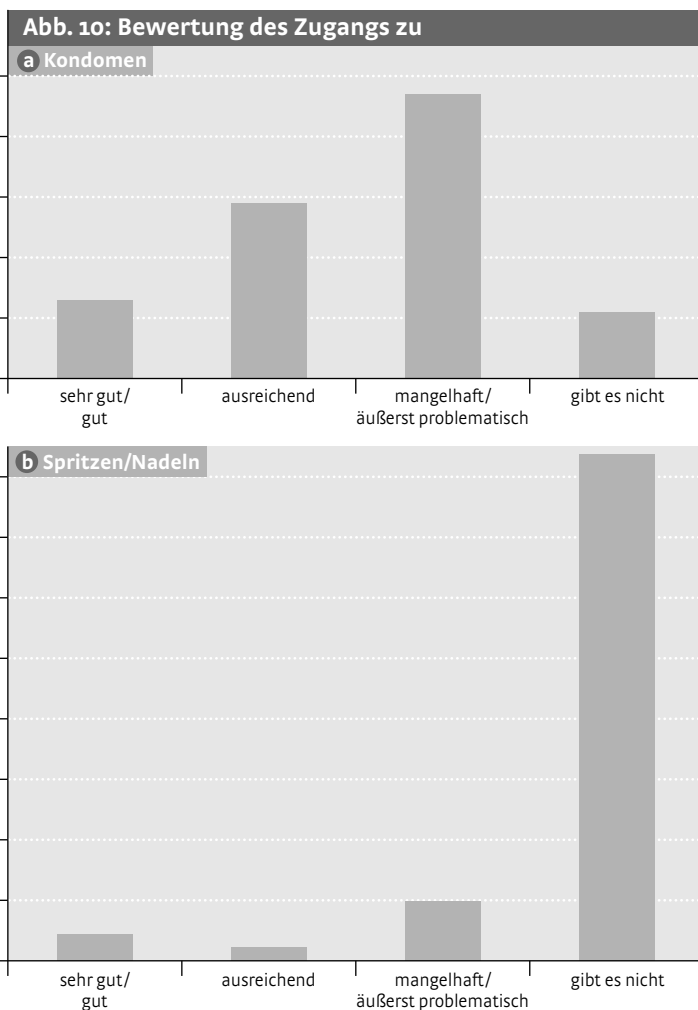
In den letzten Jahren haben die Angebote für Bedienstete einen höheren Stellenwert erlangt. Veranstaltungen zu HIV/Aids gibt es in 49, Informations- und Beratungsgespräche zu diesem Thema in 42 Justizvollzugsanstalten. In 40 Haftanstalten stellen die Aidshilfen Infomaterialien zu HIV und Hepatitis zur Verfügung. Zu Hepatitis werden derzeit noch nicht so viele Informations- und Beratungsgespräche angeboten, allerdings wird von Bediensteten und Justizbeamten ein zunehmender Informationsbedarf in diesem Bereich signalisiert.

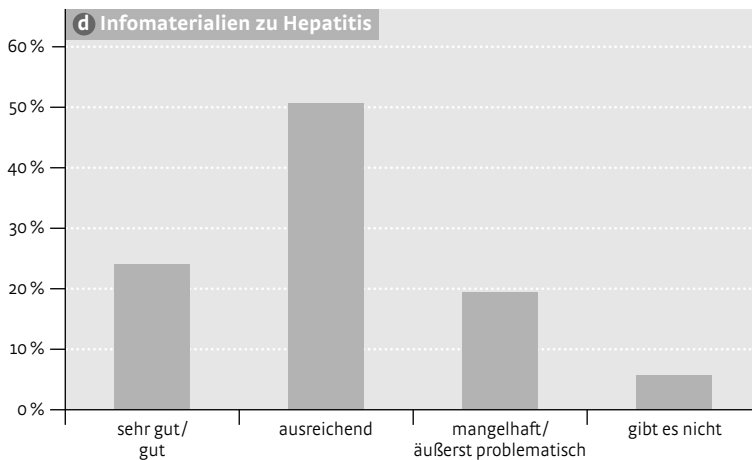
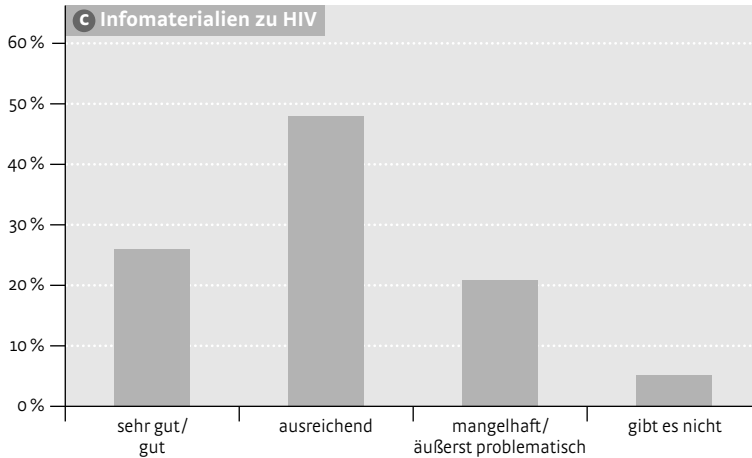
Zu der Frage, mit welchen Anliegen die Gefangenen an die Aidshilfen herantreten, wurden 114 Angaben gemacht (siehe Abb. 8). In 19 % aller Fälle handelte es sich um Probleme im Rahmen der medizinischen Versorgung und um Fragen zur Hepatitisimpfung. Angst vor dem Bekanntwerden der HIV-Infektion und damit verbundene Fragen zu Arbeit und Datenschutz waren in 12 % der Fälle zu verzeichnen. Bei 11 % ging es um Probleme mit Familie und Partnerschaft sowie um Erkrankung und Isolation, bei 11 % um Unterstützung bei der Beantragung von Stiftungsgeldern sowie um Fragen zu zusätzlicher Ernährung und Kleidung. Wei-

tere Nennungen betrafen Probleme mit Bediensteten wegen vorliegender HIV-Infektion sowie Fragen zu Infektionswegen und zum Erhalt von sterilen Spritzen oder Desinfektionsmitteln.



Zu den Problemen von Bediensteten (siehe Abb. 9) in Sachen HIV und Hepatitis erhielten wir 32 Angaben. In 35 % der Fälle wurde Unsicherheit im Hinblick auf die Infektionswege genannt, an zweiter Stelle standen Fragen zum Umgang mit HIV-positiven Gefangenen und zur Verletzungsgefahr sowie der Wunsch nach entsprechenden Fortbildungen und Informationen.





Präventionsmittel werden oft auch von Aidshilfen bereitgestellt (Kondome in 27% und Infomaterialien in 53% der aufgesuchten Haftanstalten), weshalb anzunehmen ist, dass von Aidshilfen aufgesuchte Justizvollzugsanstalten in der Bewertung besser abschneiden als andere. Dennoch ist in knapp 50% aller aufgesuchten Anstalten der Zugang zu Kondomen mangelhaft oder äußerst problematisch. Zur Bewertung des Zugangs zu Spritzbestecken ist anzumerken, dass zum Befragungszeitpunkt die niedersächsischen Spritzenvergabeprojekte noch exist-

tierten; heute würde eine Bewertung dieses Angebots vermutlich schlechter ausfallen. In der Rubrik „ausreichend“ und „mangelhaft/äußerst problematisch“ finden sich einige Anstalten, in denen zumindest offiziell keine Spritzen verfügbar sind. Erstaunlich ist, dass es kaum Unterschiede in der Bewertung des Zugangs zu Infomaterialien zu HIV und zu Hepatitis gibt, obwohl z. B. die Aidshilfen weitaus mehr Printmedien zu HIV als zu Hepatitis anbieten und aus Gefängnissen häufig rückgemeldet wird, dass zu Hepatitis kaum etwas zu bekommen ist.

Gefordert: das Engagement der Aidshilfen

Außerhalb des Strafvollzugs sind sterile Spritzbestecke und sauberes Zubehör schon seit etlichen Jahren problemlos erhältlich, und Kondome bekommt man beinahe in jedem Supermarkt. Innerhalb der Gefängnismauern sieht die Situation leider ganz anders aus. Wer „einfährt“, muss sich deshalb nach wie vor mit vielen Problemen herumschlagen: Wie desinfiziert man eine gebrauchte Spritze? Was tun, wenn ich keinen sauberen Filter habe? Wie soll ich mit dieser Nadelgröße zurecht kommen? Wie kann ich mir diskret Kondome besorgen? Dass eine langjährige Substitutionsbehandlung einfach abgebrochen wird, dass man plötzlich keine HIV-Medikamente mehr bekommt und dass in Krankheitsphasen nur ein äußerst beschränkter Kontakt zu Angehörigen und Freunden möglich ist: all das ist „draußen“ nur schwer vorstellbar.

Hier ist das Engagement der Aidshilfen gefordert. Wichtig dabei ist, sowohl die Besonderheiten der Zielgruppe(n) als auch der jeweiligen Anstalt in den Blick zu nehmen, um passende Angebote bereithalten zu können (siehe hierzu Graefe/Hosbach in diesem Band, S. 165 ff.). Der Strafvollzug ist eine Welt für sich – mit eigenen Gesetzen und Vorschriften, einer eigenen „Sprache“ und zahlreichen informellen Regelungen des Zusammenlebens. Wer sich hier einsetzen möchte, braucht entsprechende Informationen und Fortbildung. Folgende Angebote der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. können die Arbeit in Haft unterstützen:

- *Betreuung im Strafvollzug:* In diesem Handbuch informieren Experten für Kriminologie und Strafrecht, Sozialpädagogik und Präventi-

on, Medizin und Gesundheitsförderung, aber auch Gefangene selbst über die Strukturen im Strafvollzug, die in Haft geltenden Regelungen und Verordnungen oder die Probleme bestimmter Gefangenen-Gruppen wie z. B. Migranten und Drogengebraucher. Es gibt außerdem einen Überblick über die Rechte und Pflichten der Helfenden, die medizinische Behandlung im Justizvollzug sowie die in Haft (und in Freiheit) konsumierten Drogen.

- *Risikominimierung im Strafvollzug – Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen*: Die in Trainingsmodule gegliederte Loseblattsammlung liefert zum einen Basiswissen zu Sexualität, Drogengebrauch und (sexuell) übertragbaren Krankheiten in Haft sowie zu den Wirkweisen, Gebrauchsformen und Risiken verschiedener Drogen. Zum anderen bietet sie umfangreiche Arbeitsmaterialien für die Fortbildungsarbeit mit Gefangenen und Vollzugsbediensteten und geht dabei auch auf organisatorische und methodische Fragen ein, die sich bei der Planung und Durchführung von Schulungen stellen.
- *Seminarreihe „HIV/AIDS im Strafvollzug“*: Über das jeweils aktuelle Angebot informiert der Veranstaltungskalender der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Die Seminare finden in der Regel von Freitag bis Sonntag statt. Die Teilnahmegebühr beträgt maximal 26 €; Fahrtkosten, Unterkunft und Verpflegung werden gestellt.

Literatur

AG Hepatitis 2000

Arbeitsgruppe Hepatitis im bayerischen Strafvollzug: Ergebnisse der Prävalenzuntersuchungen in verschiedenen Anstalten des bayerischen Strafvollzuges. In: *Handreichung „Hepatitis im Strafvollzug – Daten, Aufklärung, Hygiene und Fachinformationen“*, herausgegeben im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz. München: Bayerisches Staatsministerium der Justiz 2000

DBDD 2001

Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD): „Bericht zur Drogensituation in Deutschland“. München: DBDD 2001

Drogen- und Suchtbericht 2002

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): *Drogen- und Suchtbericht 2002*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2002

Kleiber/Pant 1991

Kleiber, D./Pant, A.: HIV-Prävalenz, Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenkonsumenten: Ergebnisse einer sozialegpidemiologischen Studie. Berlin: Sozialpädagogisches Institut 1991

Koch/Ehrenberg 1992

Koch, U./Ehrenberg, S.: Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: *AIDS und Drogen II. Evaluation AIDS-präventiver Botschaften* (AIDS-FORUM DAH, Bd. IX). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1992, S. 27–99

Konturen 2002

Konturen, Heft 2/2002, S. 58 [Hinweis ohne Autorenangabe]

Marzen 2000

Marzen, E.: 10 Jahre Methadonprogramm im Saarland. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Saarbrücken: Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes 2000

Rex 2003

Rex, R.: „Behandlung von HIV/AIDS und Hepatitis in Haft“. Vortrag im Rahmen des Seminars „Medizinische Versorgung in Haft“ am 10.05. 2003 in Berlin (nach Notizen)

RKI 2003a

Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin, Nr. 48. Berlin: Robert Koch-Institut 2003

RKI 2003b

Robert Koch-Institut: Hepatitis C (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15). Berlin: Robert Koch-Institut 2003

Stark u. a. 1994

Stark, K.: HIV-Infektion bei i.v. Drogenkonsumenten. Unveröffentlichter Abschlussbericht an das Bundesministerium für Forschung und Technologie. Berlin 1994

Stark u. a. 2001

Stark, K./Herrmann, U./Erhardt, S./Bienzle, U.: Modellprojekt Spritzenvergabe im Berliner Justizvollzug – Abschlussbericht der Begleitforschung. Berlin: Institut für Tropenmedizin/Berliner Zentrum Public Health 2001

Wiessing/Postma 2001

Wiessing, L./Postma, M.: International Conference on Hepatitis C. In: *Drugnet europe* (zweimonatlich erscheinender Newsletter der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EBDD), Nr. 27, Jan./Feb. 2001, S. 2 (im Internet unter http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/DrugNet/26_28/dn_27_en.pdf, auf Deutsch unter http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/DrugNet/26_28/dn_27_de.pdf)

Engagement im Strafvollzug am Beispiel der Hannö- verschen AIDS-Hilfe e.V.

..... **Karin Graefe,**
Günter Hosbach

Bald nach ihrer Gründung im Jahr 1984 begann die Hannöversche AIDS-Hilfe e.V. (HAH), sich auch im Strafvollzugssystem zu engagieren. Bei den meisten unserer Klienten und Klientinnen handelt es sich um Drogenkonsumenten, die aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz oder wegen Beschaffungsdelikten straffällig geworden sind.¹ Ein kleinerer Teil der Klienten mit Hafterfahrung gehört dem Prostituierten- oder Strichermilieu an. Bei beiden Gruppen lassen sich besonders hohe HIV-Infektionsraten feststellen (siehe hierzu Marcus in diesem Band, S. 53 ff.).

Drogen gebrauchende Gefangene weisen außerdem folgende Merkmale auf:

- Sie kommen oft aus zerrütteten Familienverhältnissen oder wurden in Heimen erzogen (weil die Eltern geschieden oder verstorben sind, aufgrund sexuellen Missbrauchs usw.). Biografische Brüche haben bei vielen zu psychischer Instabilität geführt. Als Reaktion auf uner-

1 In Deutschland stellen Drogenkonsumenten etwa ein Drittel aller Strafgefangenen. In einigen Haftanstalten gehören sogar bis zu 50 % der Inhaftierten dieser Gruppe an.

trägliche Lebensumstände werden illegale Drogen wie Opiate konsumiert.

- Sie sind in aller Regel arm (Sozialhilfeempfänger, arbeitslos) und verfügen kaum über höhere Bildungsabschlüsse (oft Sonder- und Hauptschulabschluss oder überhaupt kein Abschluss).
- Viele leiden an multiplen Krankheitsbildern. Zu den Folgeerkrankungen der HIV-Infektion kommen oft schwere Lebererkrankungen durch Hepatitis-B- und -C-Infektionen hinzu. Häufig sind außerdem Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-Syndrom) bis hin zu psychotischen Zuständen.
- Die latente Bedrohung durch Aids bewirkt bei HIV-positiven Klienten oft einen Bewusstseinswandel. Sie wollen nicht in Haft sterben und sind motiviert, ihr Leben radikal zu ändern.

Entscheidend für den Erfolg der Arbeit mit Gefangenen ist ein tragfähiges, von gegenseitiger Akzeptanz geprägtes Helfer-Klient-Verhältnis. Unsere Klienten wissen und spüren, dass die Aidsilfe ohne moralisch erhobenen Zeigefinger Unterstützung bietet.

Vermeidung von Haft

Ein Haftaufenthalt ist mit vielen Belastungen und schädlichen Folgen für das weitere Leben verbunden. Mögliche Ursachen sind beispielsweise Stigmatisierung und Identitätsverlust, Verlust der Privatsphäre, Trennung von Lebenspartnern und Angehörigen sowie von persönlicher Habe, Verlust der Selbstständigkeit und des Realitätssinnes (bis hin zum „Haftkoller“), Bedrohung und tätliche Angriffe durch Mitgefangene oder Bedienstete, Erlernen krimineller Handlungsweisen. Wer schließlich aus der Haft entlassen wird, ist häufig mit Arbeits- und Wohnungslosigkeit sowie sozialer Isolation konfrontiert.

HIV-positive oder aidskranke Gefangene sind von all dem besonders betroffen, nicht zuletzt aufgrund von (unbegründeten) Infektionsängsten und Diskriminierung seitens Mitgefangener und Bediensteter. Hinzu kommt, dass sie bei notwendig werdender medizinischer Be-

handlung keinen Arzt ihres Vertrauens wählen können², was die Compliance³ – eine wichtige Voraussetzung für einen Behandlungserfolg – erheblich beeinträchtigen kann. Sie können außerdem nur wenig für die Stärkung ihres Immunsystems tun, da die Möglichkeiten für gesunde Ernährung oder Sport und Bewegung an der frischen Luft sehr eingeschränkt sind.

Eines unserer zentralen Anliegen bei straffällig gewordenen Klienten ist deshalb die Vermeidung von Haftaufenthalten. Das Gesetz bietet hierfür folgende Möglichkeiten, die Haft zu unterbrechen oder vorzeitig zu beenden:

- Aufschub oder Unterbrechung der Haft wegen Krankheit (Haftunfähigkeit) nach § 455 der Strafprozessordnung (StPO), vorzeitige Entlassung durch Aussetzen des Strafrests zur Bewährung (Halbstrafen-Gesuch, Zweidrittel-Gesuch) gemäß §§ 57ff. des Strafgesetzbuchs (StGB)
- Entlassung auf dem Gnadenwege (Gnadengesuch) gemäß den Gnadenordnungen der Bundesländer
- Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ nach §§ 35ff. des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG).

Zusammen mit Rechtsanwälten, Staatsanwälten, Richtern und der Bewährungshilfe sowie mit den Angeklagten oder Inhaftierten loten wir die Möglichkeiten einer Haftvermeidung aus. Mit Angeklagten erarbeiten wir oftmals neue Perspektiven (z. B. im Hinblick auf Wohnen und Betreuung), die auch vor Gericht standhalten und zum Ausdruck bringen, dass der Klient gewillt ist, künftig straffrei zu leben und dafür auch etwas zu tun. Wir stehen den Klienten ebenso bei Gerichtsverhandlungen bei (manche würden sonst gar nicht dort erscheinen) und fungieren bisweilen auch als sachverständige Zeugen.

2 Für Häftlinge gibt es keine freie Arztwahl. Für Diagnose und Behandlung ist der Gefängnisarzt zuständig.

3 Mit „Compliance“ (auch „Adhärenz“ oder „Therapietreue“ genannt) bezeichnet man die Bereitschaft des Patienten, an der Behandlung mitzuwirken; siehe dazu auch den Beitrag von Weilandt/Stöver in diesem Band, S. 174 ff.

Betreuung während der Haftzeit

HIV-positive und aidskranke Gefangene werden von Mitarbeiter(inne)n der HAH auf Wunsch regelmäßig im Strafvollzug besucht. Im Einzelgespräch kommt meist alles zur Sprache, was die gesundheitliche, psychische und materielle Lage der Inhaftierten angeht. Thema ist oft auch die Situation während der Haftzeit und wie es nach der Haftentlassung weitergehen könnte. Parallel dazu halten die Betreuer/innen Kontakt zum medizinischen und zum sozialen Dienst der JVA, zu den anstaltsinternen und auch externen Drogenberatungen, zu Mitarbeiter(inne)n der Bewährungshilfe und zu Anwälten.

Unsere Mitarbeiter/innen informieren Inhaftierte regelmäßig über die Risiken im Hinblick auf HIV- und Hepatitisinfektionen sowie andere übertragbare Krankheiten und suchen gemeinsam mit den Gefangenen nach umsetzbaren Strategien zur Risikovermeidung oder -minderung. Zugleich halten sie zielgruppenorientierte Informationsmaterialien (z. B. der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.) bereit, die sie einzelnen Inhaftierten oder Gefangenengruppen bei Fortbildungen zum Thema „Gesundheit in Haft“ zur Verfügung stellen.

Angebote vor und nach der Haftentlassung

Besondere Aufmerksamkeit richten die Betreuer der HAH auf die Zeit vor und nach der Haftentlassung. Hier nämlich entscheidet sich oft, ob ein straffreies Leben gelingen kann oder nicht. Mit folgenden Angeboten wird versucht, HIV-positiven Gefangenen die Rückkehr in die Gesellschaft zu erleichtern:

- Begleitung bei Haftausgängen, um Angebote der HAH nutzen zu können (z. B. Veranstaltungen zur Patienteninformation, Gruppenangebote, Einzelberatung)
- Hilfe bei der Wohnraumsuche oder Aufnahme ins „Lighthouse Hannover“, das betreute Wohnprojekt der HAH

- Vermittlung in fachärztliche Behandlung (z.B. durch die Immunologische Ambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover oder durch HIV-Schwerpunktpraxen)
- Vermittlung in eine Substitutionsbehandlung
- Unterstützung bei der Sicherung des Lebensunterhalts, d.h. bei der Orientierung auf einem (Wieder-)Einstieg ins Erwerbsleben, bei Fragen zur Berentung und zu sozialrechtlichen Hilfen
- Vermittlung in Angebote der Fort- oder Ausbildung.

Gesundheitsförderung und Multiplikatoren-schulung im Strafvollzug

Bei Vollzugsbediensteten besteht ein hohes Maß an Unsicherheit, was die gesundheitlichen Risiken beim Umgang mit Inhaftierten angeht. Um ihnen hier zu mehr Sicherheit zu verhelfen und es ihnen zu ermöglichen, Gefangenen mit HIV, Hepatitis oder anderen ansteckenden Krankheiten angstfrei und vielleicht auch verständnisvoller zu begegnen, bietet die HAH Fortbildungsmöglichkeiten für Bedienstete an.

„Runder Tisch Infektionsprophylaxe“ in der Justizvollzugsanstalt Hannover

Im Frühjahr 2001 initiierte der Beirat der Justizvollzugsanstalt (JVA) Hannover den „Runden Tisch Infektionsprophylaxe“, zu dem er verschiedene Organisationen, Fachleute und Vollzugsmitarbeiter einlud. Zur Kerngruppe des Runden Tisches gehörten in der JVA tätige Mitarbeiter der örtlichen Drogenberatungsstelle, die Hannöversche AIDS-Hilfe, das städtische Gesundheitsamt, der Medizinische Dienst und der Drogenbeauftragte der JVA, je ein Vertreter des Personalrats und der Gefangenenvertretung sowie der Beirat der JVA.

Das Ziel war, der Leitung der JVA Hannover einen gemeinsam erarbeiteten Vorschlag zur Verbesserung der Infektionsprophylaxe vorzulegen.

In den insgesamt sechs Sitzungen (ein Treffen pro Monat von Oktober 2001 bis März 2002) stellte man sich folgende Aufgaben:

- Ermittlung der Prävalenz von Infektionskrankheiten wie Hepatitis, HIV-Infektion/Aids und Tuberkulose
- Aufstellung der bisherigen Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe
- Erkunden der Möglichkeiten zur Verbesserung der Infektionsprophylaxe und der gesundheitlichen Aufklärung von Gefangenen und Bediensteten.

Auf der letzten Sitzung fassten die Teilnehmer des Runden Tisches den Beschluss, das von der HAH vorgelegte Konzept „Gesundheitsförderung im Strafvollzug – Vergabe einer Taschenapotheke“ dem Justizministerium Niedersachsen und der Leitung der JVA Hannover vorzustellen. Das Projekt wurde schließlich im Oktober 2002 durch das Justizministerium genehmigt.

Projekt „Gesundheitsförderung im Strafvollzug – Vergabe einer Taschenapotheke“

Projektziele

Im Rahmen von „Peer-Education“ sollen ausgewählte Gefangene und Bedienstete zu den Themen Drogen, Sexualität und Infektionsprophylaxe geschult werden. Durch ihren Einsatz soll bei Gefangenen und Bediensteten gesundheitsförderndes Handeln über Wissensvermittlung und die Abgabe von Präventionsmitteln (z. B. Kondome und Desinfektionsmittel) gestärkt werden.

Multiplikatoren-schulung (Peer-Education)

Unter dem Titel „Minimierung gesundheitlicher Risiken unter Haftbedingungen“ soll zu folgenden Themen geschult werden:

- Viren, Bakterien und Parasiten
- ansteckende Krankheiten (z. B. Tuberkulose)

- sexuell übertragbare Krankheiten (HIV- und Hepatitisinfektionen, Syphilis, Tripper usw.)
- Safer Sex
- Tätowieren und Piercen
- Wirkung von Drogen und Risiken des Drogengebrauchs
- Safer Use
- Hilfe bei Drogennotfällen und bei durch Drogenkonsum bedingten Erkrankungen

Benötigt werden

- zwei Mitarbeiter pro Trainingseinheit (Pädagogen, Psychologen, Soziologen, Sozialarbeiter aus Aidshilfe und anderen Gesundheitsbereichen mit langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Gefangenen)
- Unterstützung durch externe Dienstleister, z. B. Rotes Kreuz für Erste-Hilfe-Kurse, und Fachreferenten für das Safer-Use-Training
- Schulungsräume in der JVA Hannover oder in Justizvollzugsschulen
- Materialien: Overhead-Projektor, Folien, Flipchart, Papier und Moderationskoffer, Taschenapotheke mit Inhalt, Spritzbestecke und Zubehör (Löffel, Filter, Wasser), Drogenimitat (Backpulver), Informationsbroschüren, Kaffee und Kekse für Pausen.

Schulungseinheiten:

- Phase 1: je zwei Multiplikatorenschulungen für Gefangene und Bedienstete (jeweils etwa 10 Personen); pro Training ca. 7 Stunden
- Phase 2: zwei Multiplikatorenschulungen für Bedienstete; pro Training ca. 7 Stunden; Erfolgskontrolle mittels Fragebogen, bei Bedarf Nachschulung
- Phase 3: Erfolgskontrolle der Phase 2, bei Bedarf Nachschulung

Erhebung des Wissensstandes

- mittels Fragebogen vor der Schulung
- mittels Quiz als Zwischenabfrage

Die Evaluation des Multiplikatoreneinsatzes erfolgt mittels Fragebogen in den jeweiligen Peergruppen.



Taschenapotheke aus der Schweiz (mit freundlicher Genehmigung der Strafanstalt Pöschwies/Schweiz)

Taschenapotheke

Inhalt: Desinfektionsmittel, Pflaster, Tupfer, Kondome und desinfizierende Salbe sowie Gebrauchsanweisung in mehreren Sprachen.

Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt über das Justizministerium Niedersachsen. Die JVA Hannover stellt die Taschenapotheke zusammen, die Verteilung erfolgt über die geschulten Peers.

Kostenkalkulation:

5 Schulungseinheiten (pro Einheit 630 €)	3.150 €
1.000 Taschenapotheken (pro Stück ca. 2 €)	2.000 €
Sachmittel (pro Schulungseinheit 50 €)	250 €
Evaluation (aus Restmitteln)	<u>2.000 €</u>
Gesamt	<u>7.400 €</u>

Zum Projektverlauf

Um die Projektumsetzung zu erleichtern, wurde in Abteilungsleiterkonferenzen, in der Arbeitsgruppe „Gesundheit“ und in der Gesamt-

konferenz der JVA Hannover mittels Vorträgen und einem Flyer über das Vorhaben informiert. Dabei galt es zu verdeutlichen, dass Peer-Support und Peer-Education effektive und kostengünstige Maßnahmen der Gesundheitsförderung darstellen, von denen alle Beteiligten profitieren. Die Multiplikatorenschulungen für Bedienstete starteten im Dezember 2002. Leider kam es danach zu einer Verzögerung, nachdem Anfang 2003 die Anstaltsleitung gewechselt hatte; die bisherigen Absprachen waren offenbar nicht kommuniziert worden, und der zur Verfügung stehende Haushaltsposten schien verloren. Inzwischen sind die Kommunikationszusammenhänge wiederhergestellt, und auch die Haushaltsmittel stehen wieder bereit. Im ersten Quartal 2004 soll das Projekt mit Multiplikatorenschulungen für Gefangene fortgesetzt werden, danach ist laut Projektplan die Einführung der „Taschenapotheke“ für Gefangene vorgesehen.

Drogenkonsum und HIV-Therapie¹

Caren Weilandt,
Heino Stöver

Widrige Lebensbedingungen von Menschen, die aktuell Drogen konsumieren, wirken sich häufig nicht nur negativ auf die Motivation aus, gegebenenfalls eine HIV-Therapie² zu beginnen, sondern haben auch Bedeutung für die „Compliance“, also die Bereitschaft und Fähigkeit, aktiv an der Behandlung mitzuwirken und die Therapievorschriften genau zu befolgen (siehe S. 178 ff.), und damit für den Therapieerfolg. Das ist einer der Gründe dafür, dass Abstinenz oder die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm (= Gabe von Opiatersatzstoffen) Voraussetzung für eine solche Therapie ist – wenngleich dies die geforderte „Therapie-treue“ keinesfalls garantiert. Ein weiterer Grund ist, dass fortgesetzter Drogenkonsum die Leber schädigt, die für den Um- und Abbau von Me-

- 1 Teile dieses Beitrags gehen zurück auf das von der AIDS-Hilfe Köln e.V. herausgegebene AIDS-MED-INFO Nr. 31 („Umgang mit der HIV-Therapie/Compliance“) vom Oktober 2001 (Text: Dr. Dipl.-Psych. Caren Weilandt vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands/WIAD; Redaktion: Carlos Stemmerich; im Internet unter <http://www.hiv-med-info.de/medInfo31.pdf>).*
- 2 = (hoch aktive) antiretrovirale Therapie (HAART bzw. ART), auch „Kombinationstherapie“ oder „Kombitherapie“ genannt, weil verschiedene Mittel miteinander kombiniert werden; ausführliche Informationen hierzu bietet die DAH-Broschüre „Rund um die Kombinationstherapie. Informationen für Menschen mit HIV und Aids“.*

dikamenten sorgt, und es zu gefährlichen und den Therapieerfolg gefährdenden Wechselwirkungen der Drogen mit anderen Substanzen (etwa den eingesetzten Anti-HIV-Medikamenten) kommt. Zur Förderung der Compliance sollten Arzt und Patient schon vor Beginn einer Kombinationstherapie die individuelle Situation genau analysieren und die Behandlung darauf abstimmen; darüber hinaus kann man einige Tipps geben, die das regelmäßige und „vorschriftsmäßige“ Einnehmen der Medikamente erleichtern.

Das „Setting“

In der Öffentlichkeit (und auch bei vielen Mitarbeitern des Hilfesystems) herrscht der Eindruck vor, Drogenkonsumenten seien zu einer kontinuierlichen Behandlung nicht in der Lage, weil sie alle Energie für die Befriedigung ihrer Sucht aufwenden müssten. Verfestigt wird dieses Bild z. B. durch Presseberichte, nach denen Drogengebraucher ihre Rezepte für HIV-Medikamente gegen kleinere „Geschenke“ an Apotheker „verkaufen“, die wiederum die Medikamente nicht herausgeben, wohl aber mit den Kassen abrechnen (siehe dazu den Beitrag von Stöver in diesem Band, S. 12f.). Diese Sichtweise geht davon aus, dass allein der Patient für seine „Therapietreue“ verantwortlich ist. Jede Therapie aber findet in einem bestimmten „Setting“ statt, also in sozialen Verhältnissen und Versorgungsstrukturen. Dieses Setting ist bei HIV-positiven Drogengebrauchern stark durch Erfahrungen von Kriminalisierung, Verfolgung und Verelendung und die bekannten Folgeerscheinungen wie Prostitution, Gefängnisaufenthalte, Entzüge, Therapieversuche, schwere psychiatrische Begleiterkrankungen und andere widrige Umstände bestimmt.

Untersuchungen zur Compliance bei Drogengebrauchern zeigen, dass mangelnde Therapietreue unter anderem zusammenhängt mit geringer Therapiemotivation, aktivem Alkohol- und Drogengebrauch, einer noch wenig fortgeschrittenen Erkrankung, Depressionen und Angst vor Nebenwirkungen, dem Ausbleiben eines Effekts der Kombinationstherapie und fehlenden Möglichkeiten, das Einnahmeschema

an die individuelle Lebensweise anzupassen. Hierbei handelt es sich freilich um Faktoren, die (mit Ausnahme des Drogengebrauchs) sicher auch andere HIV-Positive als Gründe für Schwierigkeiten mit der Compliance geltend machen würden.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Faktoren, welche die Therapietreue bei Drogengebern befördern: positive Impulse der Therapie für das Selbstbild, verringerter Drogengebrauch als Folge einer zunehmenden Sorge für das eigene Wohl, die Lebenszeit bzw. der Wunsch, das Leben in ruhigeres Fahrwasser zu bringen, und die Tatsache, dass Drogengebern die Medikalisierung des Alltagslebens nicht als etwas Neues und Ungewöhnliches betrachten. Götz konnte in einer Studie zu therapienaiven³ Patienten belegen, dass die Kombinationstherapie bei Drogengebern durchaus Erfolg verspricht, wobei die Erfolgsquote der Behandlung⁴ bei abstinenten Konsumenten mit 61% am höchsten war (bei einer gemischten Gruppe lag sie bei 57%, bei substituierten Drogengebern bei 37%, bei substituierten Konsumenten mit schweren psychiatrischen Begleiterkrankungen bei 25%; vgl. Götz, 1999, S. 109).

Therapiemotivation

Das Risiko, sich mit HIV zu infizieren oder an AIDS zu erkranken, steht bei vielen Drogengebern nicht immer an erster Stelle. Vordringlich sind für sie oftmals andere gesundheitliche Risiken und Probleme (z. B. Hepatitisinfektionen, zahnmedizinische oder gynäkologische Probleme, sexuell übertragene Krankheiten oder Organschäden) sowie das Bemühen um soziale Fortschritte (Arbeit, Ausbildung, Qualifikation usw.). Zudem sehen Drogenkonsumenten die HIV-Therapie stärker als andere Infizierte als etwas sehr Kompliziertes an, das nicht nur ein aufwändiges Tagesmanagement erfordert, sondern auch engen Kontakt

3 *Therapienaive Patienten sind solche, die zuvor noch keine Behandlung gemacht haben, also „Therapieanfänger“ sind.*

4 *Kriterium: die Viruslast ist ein Jahr nach Therapiebeginn unter der Nachweisgrenze*

mit dem komplexen Versorgungssystem, das vielfach als nicht patientengerecht erlebt wird. Hier spielt sicher auch mit hinein, dass viele Drogengebraucher die Schuld an den häufig vorkommenden Behandlungsabbrüchen einseitig den Ärzten anlasten und dabei die fehlende Stabilität des eigenen Lebens verdrängen, während Ärzte wiederum Drogenkonsumenten oft als schwer behandelbar erleben, dabei aber strukturelle Versorgungs-, Kooperations- und vor allem Kommunikationsdefizite übersehen. All das trägt nicht gerade zur „Kontrollüberzeugung“ bei, also der subjektiven Zuversicht, die Krankheit kontrollieren zu können.

Substitutionsbehandlung

Eine Behandlung mit Opiat-Ersatzstoffen hat Kontinuität in das Leben vieler Drogenkonsumenten gebracht. Indem sie das Verlangen nach (weiteren) Opiaten dämpft, ermöglicht sie eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung und ist so Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen.⁵ Von den schätzungsweise 120.000 Opiatkonsumenten in Deutschland wurden 2002 etwa 32.000 Betroffene mit Methadon, 10.000 mit Levomethadon, 500 mit Buprenorphin und 3.700 mit Dihydrocodein substituiert (Drogenbeauftragte 2003), insgesamt also lediglich ein Drittel der Abhängigen. Das heißt, ein großer Teil der bundesweit ca. 6.000 HIV-infizierten Drogengebraucher „fällt“ bereits beim Eingangskriterium für eine HIV-Therapie (nämlich Abstinenz oder stabile Substitutionsbehandlung) „durch“. Hinzu kommt ein weiteres strukturelles Versorgungsproblem: Bis auf weni-

5 *Auch wenn die Substitutionsbehandlung immer noch in der (ideologisch geprägten) Kritik steht und viele sie, wenn überhaupt, nur „abstinenzorientiert“ zulassen möchten, sind ihre Erfolge – die Verbesserung der Lebensqualität und die zunehmende Lebenserwartung von Drogengebrauchern – unabweisbar, obgleich wir sicherlich immer noch weit von einer „normalen“ und patientengerechten Behandlung entfernt sind (Follman/Gerlach 2002) und die Substitutionsbehandlung in ihrer gegenwärtigen Organisationsform für viele Patienten auch eine „Fessel“ darstellt, die sie in eine neue Abhängigkeit bringt – diesmal von der Arztpraxis.*

ge großstädtische Zentren mit großen Patientenzahlen werden in den Praxen der etwa 2.800 niedergelassenen Ärzte mit einer Genehmigung zur Substitution meist nur wenige HIV-infizierte Drogengebraucher behandelt. Diese Mediziner können sich oft nicht intensiv genug mit dem Krankheitsbild der HIV-Infektion und den in der Literatur beschriebenen besonderen Therapieerschwernissen für Drogengebraucher bzw. mit den erforderlichen Behandlungsanpassungen befassen (z.B. Begleitmedikationen, die den Opiatspiegel senken). Die Folge ist, dass Ärzte mit geringen Erfahrungen und ohne fachlichen Austausch, z.B. in Qualitätszirkeln, eine antiretrovirale HIV-Therapie beginnen. Eine Überweisung an eine HIV-Schwerpunktpraxis scheitert oft daran, dass es – vor allem in den Flächenländern – zu wenige dieser spezialisierten Zentren gibt. Aber auch nicht alle großstädtischen Zentren sind auf die besonderen Bedingungen und Störungen bei der Behandlung von Drogengebranchern vorbereitet (Gölz 1999, S. 111).

HIV-Therapie und „Compliance“

Der Begriff „Compliance“⁶, also die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, wird häufig auf die Zuverlässigkeit eingeengt, mit der therapeutische Anweisungen befolgt werden (sog. Verordnungstreue). Es geht dabei aber um mehr – letztendlich darum, dass der Patient sich immer wieder neu mit dem Arzt über die Behandlung und deren Durchführung einig wird und dann auch konsequent in der Umsetzung ist.

6 von engl. „to comply“ = einwilligen, die Bedingungen erfüllen, einer Sache entsprechen, in Einklang mit einer Sache stehen; siehe hierzu auch das AIDS-MED-INFO Nr. 43 „HIV-Therapie. Antiretrovirale Therapiestrategien“ (Köln: AIDS-Hilfe Köln e.V. [Hg.] 2000; im Internet unter <http://www.hiv-med-info.de/medInfo43.pdf>) sowie „Compliance und antiretrovirale Therapie“ aus der Reihe AIDS-FORUM DAH (Band 37; Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999)

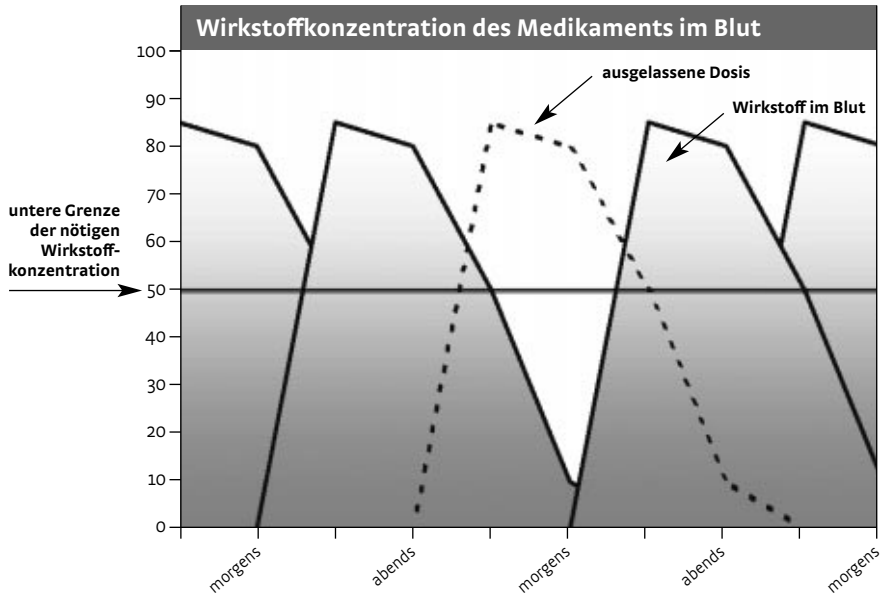
Dabei kommt es darauf an, gemeinsam realistische Therapieziele und Behandlungspläne auszuhandeln, die die medizinischen Notwendigkeiten erfüllen, für den Patienten annehmbar, erfüllbar und nutzbringend sind, seinen Lebensstil berücksichtigen und seine Erwartungen, Fähigkeiten und Befürchtungen ausdrücklich mit einbeziehen, und die Erfahrungen mit der Behandlung fortlaufend auszuwerten. Gegen Unverträglichkeiten, Probleme mit Nebenwirkungen und Schwierigkeiten, die Einnahmевorschriften zu befolgen, kann man nämlich oft etwas unternehmen (z.B. die Nebenwirkungen behandeln oder die Therapie umstellen).

Warum ist „Verordnungstreue“ bei der HIV-Therapie so wichtig?

Die in der HIV-Therapie eingesetzten antiretroviralen Mittel hemmen die Virusvermehrung im Blut, können das Virus aber nicht vollständig aus dem Körper entfernen. Damit die Medikamente wirken können, müssen sie in einer bestimmten Konzentration (= Wirkstoffspiegel) im Blut sein. Sinkt die Konzentration unter einen bestimmten Wert ab (z. B. weil man eine Dosis ausgelassen hat), kann sich das Virus wieder vermehren und eine Resistenz ausbilden, d.h., HIV wird gegen eine oder mehrere Substanzen unempfindlich – unter Umständen sogar gegen solche, die man noch gar nicht eingenommen hat (sog. Kreuzresistenzen). Dadurch verringert sich die Zahl der für die Behandlung einsetzbaren Medikamente (bei Resistenzen steigt die Viruslast⁷ trotz Therapie an, sodass die Behandlung umgestellt werden muss).

Studien haben gezeigt, dass man für eine gute und lang anhaltende Wirkung der HAART mindestens 95 % der Medikamente nach Vorschrift einnehmen muss (d.h., man darf höchstens jede zwanzigste Dosis auslassen). Nimmt man weniger als 75 % vorschriftsmäßig ein, versagen die Medikamente mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:1 (50 %).

⁷ Viruslast = Zahl der Viruskopien im Blut, gemessen pro Mikroliter (μ l)



- 1) Kurz nach der Einnahme ist die Konzentration im Blut am höchsten.
- 2) Das Medikament wird im Körper abgebaut, die Konzentration sinkt.
- 3) Zeit für die nächste Einnahme, damit die Medikamentenmenge im Blut nicht so weit absinkt, dass die Neubildung von HIV nicht mehr ausreichend gebremst wird.

Neben mangelnder Compliance gibt es noch andere Gründe für das Entstehen von Resistenzen bzw. das Versagen einer Kombinationstherapie:

- Wechselwirkungen zwischen Medikamenten
- individuelle Besonderheiten beim Um- und Abbau der eingesetzten Substanzen

Bei Menschen mit überaktivem Stoffwechsel z.B. scheidet der Körper die Medikamente derart schnell wieder aus, dass der nötige Wirkstoffspiegel gar nicht oder nur kurzzeitig erreicht wird.

- zelluläre Resistenzen

Verschiedene Körperzellen sind in der Lage, Medikamente am Eindringen in die Zellen zu hindern oder eingedrungene Medikamente sogar wieder „herauszupumpen“.

- eine – z. B. durch Entzündungen oder durch HIV selbst – geschädigte Darmschleimhaut
Hierdurch wird die Aufnahme der Wirkstoffe in den Körper deutlich verlangsamt oder sogar verhindert.
- Erbrechen
Werden die Medikamente bis eine Stunde nach Einnahme wieder erbrochen, hat der Körper nicht genug Zeit, die Substanzen aufzunehmen.
- andere Grunderkrankungen
Liegen andere Grunderkrankungen vor – vor allem jener Organe, die beim Abbau und bei der Ausscheidung von Medikamenten eine wichtige Rolle spielen, z. B. der Leber oder der Nieren –, können sich die Stoffwechselprozesse verlangsamen oder beschleunigen, was einen Wirkungsverlust der Mittel nach sich ziehen kann.
- Körpergewicht
Die Dosierungen sind meist für etwa 70 kg schwere Patienten berechnet. Bei starkem Übergewicht kann es sein, dass der erforderliche Wirkstoffspiegel im Blut nicht erreicht wird.⁸

Wie genau müssen die Behandlungsvorschriften in der HIV-Therapie befolgt werden?

Damit die eingesetzten Medikamente in der nötigen Wirkstoffkonzentration im Blut vorhanden sind, muss jedes Mittel

- in der richtigen Dosierung,
- zum richtigen Zeitpunkt
- und ggf. unter Beachtung von Ernährungsvorschriften eingenommen werden.

Diesen Punkt sollten Patienten auf jeden Fall mit dem Arzt besprechen. Schließlich kann es aus den verschiedensten Gründen vorkommen, dass man eine Einnahmezeit nicht einhalten kann oder einfach eine Dosis vergisst, und in einem solchen Fall sollte man wissen, was zu tun

⁸ Weitere Informationen dazu bietet die DAH-Broschüre „Rund um die Kombinationstherapie“.

ist. Leider gibt es dafür keine allgemeinen Regeln, denn es hängt stark von der jeweiligen Kombination ab, wie viel Zeit zwischen den einzelnen Tagesdosen minimal liegen muss und maximal liegen darf. Ist man zu spät dran mit den Medikamenten, sollte man aber keinesfalls bei der nächsten Einnahme die doppelte Dosis einnehmen, um die vergessene auszugleichen – sonst können die Medikamente eine unverträgliche Konzentration erreichen. Hilfreich ist es, (möglichst gemeinsam mit dem Arzt) nach möglichen Ursachen für das Auslassen einer Dosis oder die verspätete Einnahme zu suchen (z. B. welche Tagesdosis, welche äußeren Umstände, welcher Wochentag usw.), um künftig Probleme zu vermeiden.

Mit dem Arzt sollte auch besprochen werden, was bei Erbrechen nach Einnahme der Medikamente geschehen sollte. In der Regel gilt: Übergibt man sich innerhalb einer Stunde nach der Einnahme, muss man die Medikamente nochmals nehmen, da der Körper nicht genug Zeit hatte, sie aufzunehmen. Erbricht man sich nach Ablauf einer Stunde, braucht man die Medikamente nicht noch einmal zu schlucken.

Bei einigen HIV-Medikamenten muss man bestimmte Ernährungsvorschriften beachten. Bestimmte Wirkstoffe werden vom Körper nicht so gut aufgenommen, wenn sie mit zu viel, zu wenig oder zu fettreicher Nahrung aufgenommen werden, manche Medikamente müssen mit sehr viel Flüssigkeit eingenommen werden. Der Arzt weiß, wie die einzelnen Medikamente der ausgewählten Kombination einzunehmen sind. Mit ihm kann man einen entsprechenden Essenszeitplan ausarbeiten, und er weiß auch Bescheid, wie genau man sich an die Anweisungen halten sollte. Vielleicht reicht ein Glas Milch oder ein Schokoriegel, um die Medikamente einzunehmen. Für diejenigen, die ihre Mittel auf nüchternen Magen einnehmen müssen, ist es vielleicht o.k., wenn sie trotzdem ein Glas fettarme Milch getrunken oder eine kleine Schüssel Müsli gegessen haben. Mit dem Arzt sollte man auch besprechen, was im Zweifelsfall wichtiger ist: die Einhaltung der Einnahmezeiten oder der Nahrungsvorschriften (Ist es z. B. besser, die Medikamente eine Stunde später und dafür mit Nahrung als sie pünktlich ohne Nahrung einzunehmen?).

Wodurch wird Compliance beeinflusst?

Wie gut oder schlecht man in der Lage ist, mit einem medizinischen Behandlungsplan zurechtzukommen, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab – nicht nur vom Patienten allein. Im Folgenden einige Beispiele:

● **Qualität der Arzt-Patient-Beziehung**

Eine vertrauens- und verständnisvolle Beziehung zwischen Patient und behandelndem Arzt ist eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen der Therapie. Wer Zweifel an der Kompetenz des Arztes hat oder sich von ihm nicht ausreichend verstanden und akzeptiert fühlt, dem wird es schwer fallen, sich an die Therapieanweisungen zu halten. Bei vielen Drogenkonsumenten ist das Verhältnis zum Arzt aber durch (subjektiv) schlechte Erfahrungen geprägt, insbesondere im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung (z. B. Kontrollen auf Beigebrauch – die allerdings durch die Behandlungsrichtlinien vorgeschrieben sind –, Auseinandersetzungen über eine Anpassung der Substitutionsdosis, „Take-Home“-Konflikte⁹, mangelnde Offenheit, zu wenig Zeit für persönliche Gespräche usw.). Andere substituierte Patienten hingegen berichten von „ihren Ärzten“, die sie durch Höhen und Tiefen begleiten. Generell stellt sich die Frage, ob der substituierende Arzt auch die HIV-Therapie durchführen sollte (wenn es denn angesichts der geringen Zahl substituierender Ärzte überhaupt eine Wahlmöglichkeit gibt). Auf diese Weise kann sich nämlich ein Gefühl doppelter Kontrolle ergeben, das es nicht zulässt, Unzufriedenheiten zu äußern; außerdem wird so der Arztwechsel erschwert, und auch die Organisation in der Praxis bzw. Ambulanz

9 Manche Ärzte würden ihren Patienten zwar gerne Substitutionsmittel mit nach Hause geben, weil diese so nicht nur unabhängiger wären (z. B. auch und gerade im Hinblick auf eine geregelte Arbeit), sondern auch nicht mehr so häufig mit anderen Konsumenten in Kontakt kämen; „Take-home“-Dosen dürfen aber laut Richtlinien erst nach sechs Monaten Substitution vergeben werden, und es darf kein Beigebrauch vorkommen.

und die Atmosphäre können sich eher negativ auf die HIV-Behandlung auswirken (siehe unten).

Wichtig ist aber nicht nur, dass über alle Fragen der Behandlung und über Probleme offen gesprochen werden kann, sondern auch, dass der Arzt über das nötige Wissen verfügt (z. B. in punkto Veränderungen des Menstruationszyklus, geringere Wirksamkeit der Pille, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Ko-Infektion mit Hepatitis B oder C usw.) und dass er sensibel auf den Patienten eingeht. Mitarbeiter aus Aids- und Drogenhilfen sollten aber nicht nur gute Ärzte kennen, sondern darüber hinaus selbst Patientenberatung leisten können und z. B. auch für Gespräche zwischen Arzt und Patient zur Verfügung stehen. Sinnvoll kann es sein, für Arzttermine einen Zettel mit wichtigen zu besprechenden Fragen zu erarbeiten (welche Nebenwirkungen sind aufgetreten, was kann man gegen Nebenwirkungen tun, gibt es Schwierigkeiten mit den Einnahmeverordnungen und wenn ja: welche usw.). Auch die in den meisten Bundesländern obligatorische psychosoziale Begleitung (PSB) der Substitutionsbehandlung (vgl. dazu den Beitrag von Gerlach in diesem Band, S. 310 ff.) kann und sollte für Fragen rund um die HIV-Therapie genutzt werden.

● *Atmosphäre und Organisation in der Praxis/Ambulanz*

Genauso wichtig wie eine gute Arzt-Patient-Beziehung ist, dass sich der Patient in der Praxis bzw. Ambulanz gut aufgehoben fühlt – das erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass vereinbarte Termine auch wahrgenommen werden. Dazu gehört z. B., dass die Praxis/Ambulanz gut erreichbar ist, dass notfalls kurzfristig Termine ausgemacht werden können und der Arzt in dringenden Fällen auch telefonisch erreichbar ist. Wird die HIV-Therapie jedoch im Rahmen der Substitutionsbehandlung durchgeführt, stehen Organisation und Atmosphäre in der Praxis oft einer guten Compliance entgegen; so werden Drogengebraucher z. B. mitunter als „nicht wartezimmerfähig“ eingestuft und müssen außerhalb der allgemeinen Sprechzeiten erscheinen, um die anderen Patienten nicht zu „belästigen“.

● *Krankheitsstadium*

Untersuchungen und Erfahrungsberichte zeigen, dass es Patienten, die schon einmal schwer erkrankt waren (z. B. an opportunistischen Infektionen) und denen Anti-HIV-Medikamente geholfen haben, leichter fällt, Therapiepläne einzuhalten. Bei jüngeren Patienten hingegen bzw. bei solchen, die noch keine HIV-bedingten Symptome hatten, fehlt diese Motivation. Ähnliches gilt für viele Drogenkonsumenten, die oftmals vielfältige gesundheitliche Beeinträchtigungen und soziale Belastungen mit Opiaten und/oder Benzodiazepinen unterdrücken und nur selten Erfahrungen mit erfolgreichen Therapien haben.

● *Merkmale des Patienten*

Hier spielen unter anderem die generelle Einstellung zu Krankheit und Gesundheit bzw. zur Medizin und die eigenen Erfahrungen mit Krankheit eine wichtige Rolle. Setzt jemand etwa vor allem auf alternative Heilverfahren und natürliche Lebensweise, wird er sich vermutlich schwer tun, sich einer stark reglementierten, rein pharmazeutischen Therapie mit z. T. schweren Nebenwirkungen zu unterziehen. Menschen hingegen mit anderen chronischen und medikamentös behandelten Krankheiten wie z. B. Diabetes oder Asthma dürfte es schon allein aufgrund ihrer Routine leichter fallen, regelmäßig viele Medikamente einzunehmen.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist das Wissen über die Erkrankung und die Behandlung. Wer verstanden hat, was die Medikamente bewirken, wie sie wirken und warum sie regelmäßig und dauerhaft eingenommen werden müssen, tut sich sicherlich leichter mit der Therapie als jemand ohne Hintergrundwissen. Zentral ist die Einstellung zu den Medikamenten bzw. zur Therapie: Patienten, die der Behandlung positiv gegenüberstehen, können Therapiepläne wesentlich besser einhalten als solche, die sich durch die Therapie stark eingeschränkt fühlen, sie als Belastung empfinden oder Zweifel an ihrer Wirksamkeit haben. Die Patienten sollten sich daher möglichst schon vor Beginn einer Kombinationstherapie genau über die Medikamente und die Behandlung

informieren (z. B. über verschiedene Therapiestrategien und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile, über mögliche kurz- und langfristige Nebenwirkungen, über Wechselwirkungen, den „richtigen“ Zeitpunkt für den Therapiebeginn und anderes mehr)¹⁰ und folgende Fragen mit „Ja“ beantworten können:

- Bin ich mir sicher, dass dies der richtige Zeitpunkt für mich ist, mit den Medikamenten anzufangen?
- Habe ich Vertrauen zu meinem behandelnden Arzt?
- Fühle ich mich von meinem Arzt umfassend über die antiretrovirale Therapie informiert?
- Bin ich von der Wirksamkeit und vom Nutzen der Therapie überzeugt?
- Habe ich mich ausreichend mit Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente auseinandergesetzt?
- Weiß ich, wo ich im Zweifelsfall Unterstützung und Informationen bekommen kann?
- Habe ich mich mit möglichen Auswirkungen der Therapie auf meinen Lebensrhythmus und Alltag beschäftigt?
- Ist mir klar, dass ich die Medikamente wahrscheinlich mein Leben lang nehmen muss, und zwar nach den Einnahmевorschriften?
- Weiß ich, dass die Therapie den engen Kontakt zu meinem Arzt erfordert?

● **Soziales Umfeld**

Ein unterstützendes und akzeptierendes soziales Umfeld, also Partner, Freunde, Familie und Kollegen, können dazu beitragen, dass man mit der HIV-Therapie besser zurechtkommt. So können Partner oder Familienangehörige z. B. mit an die Medikamenteneinnahme denken oder daran, dass ein neues Rezept ausgestellt werden muss. Auch der Austausch mit anderen Betroffenen über die Therapie und die damit zusammenhängenden Probleme kann hilfreich sein; einige Aidshilfen

¹⁰ *Hilfreich kann hier neben dem Gespräch mit dem Arzt, dem Austausch mit anderen Positiven oder Recherchen im Internet auch die von der Deutschen AIDS-Hilfe herausgegebene Broschüre „Rund um die Kombinationstherapie“ sein.*

und -ambulanzen bieten hierzu offene Gruppen an, in denen sowohl über medizinische als auch andere Fragen gesprochen wird.

Muss oder will hingegen jemand z.B. an seinem Arbeitsplatz, in der Entzugstherapie oder im Gefängnis verheimlichen, dass er HIV-positiv ist, erhöht sich der organisatorische Aufwand, weil er zusätzlich noch darauf achten muss, dass niemand etwas bemerkt.

● **Medikamente der Therapie/Medikation**

Je komplizierter eine Therapie ist, je schwieriger die Medikamente einzunehmen sind und je mehr Nebenwirkungen sie haben, desto schwieriger ist es, sich an die Therapievorschriften zu halten. So ist es natürlich einfacher, nur einmal am Tag zu einer festen Zeit Medikamente einzunehmen, als das dreimal täglich und dann auch noch in Kombination mit bestimmten Nahrungsmitteln tun zu müssen. Noch schwieriger wird es, wenn man sehr viele Tabletten auf einmal schlucken muss oder wenn die Medizin etwa unangenehm schmeckt oder zu Veränderungen der Geschmackswahrnehmung führt. Aus diesem Grund ist es auch so wichtig, dass Arzt und Patient gemeinsam die individuell „richtige“ bzw. bestmögliche Therapie finden (siehe hierzu auch die Broschüre „Rund um die Kombinationstherapie“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.).

Ein hohes Maß an Compliance bei der HIV-Therapie ist zwar nur schwer aufrechtzuerhalten, doch zeigt die Erfahrung vieler Menschen mit HIV, dass es möglich ist. Hier einige „Tipps und Tricks“, die man HIV-Patienten mit auf den Weg geben kann:



- ◆ Vor dem Beginn einer Kombinationstherapie sollte man einen Probelauf mit verschiedenfarbigen Bonbons machen und dabei genau die Vorschriften zu den einzelnen Medikamenten beachten. So wird ersichtlich, wie die Kombination in den Tagesrhythmus eingreift und wo es Probleme geben wird.
- ◆ Hilfreich sind Pillenboxen mit Fächern für jede Tagesdosis (bekommt man in der Apotheke oder im Sanitätsfachgeschäft; man kann aber auch Kästen für Schrauben oder Ähnliches mit einer Fächereinteilung nehmen, die man in Baumärkten und Kaufhäusern bekommt). In die einzelnen Fächer füllt man die Medikamente, die man zum gleichen Zeitpunkt einnehmen muss, und kann auf diese Weise genau sehen, ob ein Medikament vergessen wurde.
- ◆ Manche Patienten koppeln die Medikamenteneinnahme an etwas, das sie sowieso regelmäßig jeden Tag tun, z.B. Kaffee trinken, eine bestimmte TV-Sendung ansehen usw.
- ◆ Auch eine Armbanduhr mit Weckfunktion kann hilfreich sein. Billige Produkte haben aber den Nachteil, dass man immer nur eine Einnahmezeit programmieren kann und nach jedem Piepsen den nächsten Termin neu eingeben muss. Bei teureren Uhren können mehrere Zeiten programmiert werden.
- ◆ Manche Menschen leben eher nach dem Terminkalender als nach der Uhr – man kann sich die Einnahmezeiten auch in den Kalender eintragen. Ein Tipp: Mittlerweile sind auch elektronische Organizer mit Erinnerungs- bzw. Alarmfunktion erschwinglich.
- ◆ Ein „Medikamententagebuch“, in das man alles rund um die Medikamenteneinnahme einträgt (z.B. wann und wo man die Medikamente eingenommen hat, wie man sich dabei gefühlt hat, Gründe für ausgelassene oder verspätete Dosen usw.), kann es erleichtern, die Tabletten nach Vorschrift einzunehmen bzw. Fehler zu vermeiden.
- ◆ Mit dem Arzt sollte man besprechen, wie genau man sich an die Ernährungsvorschriften halten muss (siehe oben, S. 181f.).
- ◆ Wichtig ist, rechtzeitig für Nachschub an Medikamenten zu sorgen; man sollte sich daher im Kalender notieren, wann für wel-

ches Medikament ein neues Rezept ausgestellt werden muss, und mit der Apotheke abklären, ob und ggf. welche Medikamente vorbestellt werden müssen. Einige Apotheken bieten die Berechnung der „Medikamentenreichdauer“ und die Erinnerung daran, sich ein neues Rezept ausstellen zu lassen, auch als Service für ihre Kunden an.

- ◆ Es empfiehlt sich, „für alle Fälle“ immer eine Tagesdosis bei sich zu haben (sofern die Medikamente nicht gekühlt werden müssen); dies gilt besonders für Wochenenden.
- ◆ Sinnvoll ist es auch, kleine Medikamentenvorräte an Plätzen anzulegen, an denen man sich öfter aufhält (z.B. am Arbeitsplatz, beim Partner oder bei der Partnerin, bei Freunden).
- ◆ Wochenenden und Urlaube sollten gut geplant werden (wie kann man z. B. die Tabletteneinnahme organisieren?); erfahrungsgemäß vergisst man die Medikamenteneinnahme eher, wenn man nicht im gewohnten Alltag steckt.
- ◆ Wenn nicht jeder weiß oder wissen soll, dass man oder warum man Medikamente einnimmt, sollte man Möglichkeiten organisieren, die Medikamente unbeobachtet zu nehmen, und/oder Antworten für Neugierige vorbereiten (so kann man z.B. sagen, dass man Vitamine, Aufbaupräparate oder Allergiemedikamente nimmt).

Literatur

Drogenbeauftragte 2003

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Sucht- und Drogenbericht 2003, vorgelegt 2004

Follmann/ Gerlach 2002

Follmann, A./Gerlach, R.: Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. In: Böllinger, L./Stöver, H. (Hg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, S. 266–286

Gözl 1999

Gözl, J.: Compliance bei Drogen Gebrauchenden mit HIV. In: *Compliance und antiretrovirale Therapie*. (AIDS-FORUM DAH, Band XXXVII). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999, S. 109–120

Drogen gebrauchende Frauen und Aids – Aspekte der HIV-Prävention

..... **Christine Heinrichs**

Der folgende Beitrag gründet auf Erfahrungen, die ich als Mitarbeiterin und Leiterin der Frauenberatungsstelle in Frankfurt am Main¹ gesammelt habe. Dort habe ich sowohl in der niedrigschwelligen aufsuchenden Sozialarbeit für drogenabhängige Frauen als auch in der ausstiegsorientierten Einzelfallarbeit zahlreiche Frauen mit HIV und Aids kennen gelernt und betreut. Viele derjenigen, die sich bereits um 1990 infiziert hatten, sind heute nicht mehr am Leben. Bei anderen hingegen hat sich dank verbesserter medizinischer Behandlungsmöglichkeiten

- 1 Die 1989 im Rahmen des Bundesmodellprojekts „Frauen und AIDS“ eingerichtete Frauenberatungsstelle hält für Drogen konsumierende Frauen (mit HIV/Aids) verschiedene, miteinander vernetzte Angebote vor: Das in der Drogenszene angesiedelte Frauencafé und der Nachtbus am Straßenstrich bieten Überlebenshilfe in den Abend- und Nachtstunden und ermöglichen die Kontaktaufnahme zu Frauen der Zielgruppe. Die Ausstiegshilfe umfasst das Betreute Wohnen mit 27 Plätzen, die methadongestützte Substitution mit 30 Plätzen, ambulante Beratung und Betreuung für Frauen mit HIV/Aids sowie verschiedene Arbeitstrainingsmaßnahmen für insgesamt 15 Frauen. Im Projekt Sozialtraining schließlich wird es den Frauen ermöglicht, milieugeprägte Verhaltensweisen abzulegen und neue, sozial akzeptierte zu erlernen. Die genannten Hilfen gründen auf professionell gestalteten helfenden Beziehungen und sind als langfristiger Prozess angelegt.*

der gesundheitliche Zustand stabilisiert, sodass einige heute wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen können.

Dass Drogenhilfe für Frauen immer auch Angebote in den Bereichen HIV-Prävention sowie Begleitung im Leben mit HIV/Aids mit einschließen muss, belegen z. B. folgende Daten aus Frankfurt/Main: Im September 2002 wurden in der Infektionsambulanz des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität (JWGU) 500 Frauen mit HIV/Aids aus dem Frankfurter Stadtgebiet betreut. Etwa drei Viertel dieser Frauen wiesen eine chronische Drogenabhängigkeit auf.² In der städtischen Frauenberatungsstelle liegt die Zahl der von HIV und Aids betroffenen Frauen, die im Rahmen der Ausstiegshilfe längerfristig betreut werden, derzeit bei mindestens 30 %.

Niedrigschwelliger Zugang zu Präventionsmitteln gefragt

Nach Angaben der JWGU haben sich 31 % der im Jahr 2002 betreuten Frauen beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert, dagegen nur 8 % der Männer³ – ein Beleg dafür, dass Frauen ein weitaus höheres Infektionsrisiko haben und die Bevölkerung von allgemeinen Präventionsbotschaften wie „Kondome schützen“ nicht im gebotenen Maße erreicht wird. Die Zahlen zeigen zugleich, dass es Frauen offensichtlich schwer fällt, ihre Schutzbedürfnisse durchzusetzen, und sie auch nicht auf Verhaltensänderungen bei ihren Sexualpartnern bauen können. Das gilt auch und gerade für Drogen gebrauchende Frauen: Viele finanzieren ihre Drogen durch Prostitution und treffen dabei sehr häufig auf Freier, die Sex ohne Kondom wollen, worauf die Frauen umso eher eingehen, je größer der Beschaffungsdruck ist. Aber auch in ihren privaten Beziehungen bleiben Kondome meist außen vor. Einrichtungen der Drogenhilfe sind deshalb ebenso gefordert, bei Drogenkonsumentinnen

2 Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main: Einladung zum 3. Frankfurter HIV-Symposium am 25. September 2002

3 ebd.

für den Gebrauch von Kondomen, Gleitmitteln, Periodenschwämmchen⁴, Dental-Dams⁵, Intimtüchern und weiteren Hygienemitteln zu werben und sie beim Erwerb schützender Verhaltensweisen sowie der Durchsetzung ihrer gesundheitlichen Interessen zu unterstützen.

Präventionsmittel müssen so zugänglich gemacht werden, dass sie ohne ausdrückliches Nachfragen möglichst unbemerkt und in größerer Menge mitgenommen werden können. So lässt sich verhindern, dass sich die Angebotsnutzerinnen als Prostituierte „outen“ – ein wichtiger Aspekt, denn „Junky-Huren“ begegnet man auch innerhalb der Drogenszene nicht gerade mit Wertschätzung. In Einrichtungen der Drogenhilfe werden Kondome (und sterile Spritzen) jedoch oft im offenen Bereich vergeben, weil es für den Betriebsablauf so einfacher ist. Wenn dann eine Frau 20 Kondome verlangt, liegt für die anderen Anwesenden die Vermutung nahe, dass sie anschaffen geht. Daher ist darauf zu achten, dass Kondome und andere Hygienemittel diskret zugänglich sind, damit Präventionsbemühungen nicht bereits wegen der falschen Organisation dieses Angebots scheitern.

Betreuung von Frauen mit HIV/Aids

Ein Wort vorweg: Die Betreuung HIV-positiver und aidskranker Frauen ist nach meiner Erfahrung ein Arbeitsfeld, für das sich weibliches Personal besser eignet, da bei den Betroffenen die Auseinandersetzung mit der eigenen (beschädigten) Weiblichkeit und Körperlichkeit meist im Vordergrund steht. Wenn z. B. eine Betreute damit konfrontiert ist, dass aufgrund von Zellveränderungen im Genitalbereich Teile ihrer Schamlippen entfernt werden müssen, wird es ihr ohnehin schon schwer genug fallen, darüber zu sprechen – und dann auch noch mit einem Mann? Für mich schwer vorstellbar.

4 Diese Schwämmchen (auch „Scheibentampons“ genannt) werden tief in die Scheide eingeführt, um zu verhindern, dass beim Anschaffen Menstruationsblut austritt.

5 Das Dental Dam ist ein Latextuch, das zum Schutz vor einer HIV-Übertragung beim Oralsex über die Scheide gelegt wird

Fachliche, persönliche und strukturelle Voraussetzungen

Zu den fachlichen Voraussetzungen für die Arbeit mit HIV-positiven oder aidskranken Drogengebraucherinnen zählen

- die Fähigkeit zum Aufbau einer professionellen Betreuungsbeziehung⁶, die Vertrauen und Transparenz ermöglicht und in der Nähe und Distanz in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen,
- die Fähigkeit zur Gesprächsführung sowie
- Kenntnisse und praktische Erfahrung in der therapeutischen und „klassischen“ Sozialarbeit.

Eine angemessene Betreuung für Frauen mit HIV/Aids lässt sich außerdem nur sicherstellen, wenn die Helfenden folgende Fragen für sich geklärt haben (und sie bei Bedarf erneut klären):

- Habe ich HIV-positiven Frauen gegenüber Berührungsängste, und falls ja: woher rühren sie (aus Vorurteilen, moralischen Vorbehalten, Angst vor Ansteckung mit HIV und/oder Begleiterkrankungen wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose)?
- Glaube ich, dass sie ihre Situation selbst verschuldet haben, oder empfinde ich ihnen gegenüber Empathie?
- Wie sieht mein eigenes Sexualleben und -verhalten aus, und wie gehe ich selbst mit Drogen, z.B. Alkohol, Tabak oder Psychopharmaka um?
- Ist mein Verhältnis zu HIV-positiven Drogenkonsumentinnen eher von Nähe oder von professioneller Distanz gekennzeichnet?
- Fühle ich mich in meiner Rolle als professionelle Helferin sicher? Mit wem kann ich mich austauschen, und wie werde ich im Arbeitsalltag unterstützt (durch Intervision, Supervision)?
- Bin ich ausreichend darüber informiert, wie eine HIV-Infektion verlaufen kann?

⁶ Eine wichtige persönliche Voraussetzung hierfür ist Echtheit, auch „Selbstkongruenz“ genannt, um sich stimmig bzw. wahrhaftig in die Betreuungsbeziehung einbringen zu können.

- Bin ich bereit, mich mit Krankheit, Sterben und Tod auseinander zu setzen? Bin ich stabil genug, Menschen in Krisen, bei Krankheit oder in der Sterbephase zu begleiten und solche Situationen zu verkraften?
- Akzeptiert mein soziales Nahfeld (Lebenspartner, Angehörige, Freunde) meine Arbeit? Bei wem kann ich mich entlasten?

Selbstverständlich sind auch Betreuende nicht frei von Vorurteilen und Berührungsängsten und sind auch nicht allen Herausforderungen gewachsen – sie wären ja sonst bis zur Unmenschlichkeit professionell. Wichtig ist aber, dass sie sich Klarheit über ihre Haltungen und Ängste verschaffen, sich bewusst machen, womit sie überfordert sind oder wovor sie zurückschrecken, und bei Bedarf Hilfe und Unterstützung für sich organisieren. Je besser Betreuende ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen einzuschätzen vermögen, desto eher gelingt es ihnen, eine gute Betreuung sicherzustellen.

Verweisungskompetenz in Sachen Medizinberatung

Wer Frauen mit HIV/Aids betreut, braucht Grundwissen über die HIV-Infektion und die Behandlungsmöglichkeiten – Detailkenntnisse sind nicht erforderlich. Aufgrund der rasanten Entwicklungen in der Medizin ist es für Laien ohnehin kaum möglich, stets auf der Höhe des jeweils aktuellen Sachstandes zu sein. Betreuende können außerdem nicht einschätzen, wie gesund oder krank ihre Klientinnen tatsächlich sind. Sie müssen allerdings wissen, wo es Fachleute gibt, die sich mit der HIV-Erkrankung genau auskennen, um ihre Klientinnen bei Bedarf an sie vermitteln zu können (HIV-Schwerpunktpraxen und Infektionsambulanzen mit fachkundigen Ärzten gibt es in vielen größeren Städten Deutschlands).

Einbindung ins Team

Die Betreuenden sollten gut in das Team der Einrichtung eingebunden sein und sich dort sicher und gut aufgehoben fühlen – eine wichtige Voraussetzung, um sich bei Fragen und Problemen vertrauensvoll an

Kollegen wenden zu können. Da die Begleitung von Frauen mit HIV/Aids sehr belastend sein kann, sind die Reflexion des Betreuungsverlaufs und die gemeinsame Absprache des Hilfeplans unerlässlich.

Auftragsklärung

Zu Beginn der Zusammenarbeit mit HIV-positiven Drogengebraucherinnen muss Folgendes geklärt werden:

- *der Auftrag*: Worum geht es der betreffenden Frau? Will und kann ich den Auftrag übernehmen?
- *Art der Leistungen*: Was wird gewünscht: praktische Hilfe zu Hause und/oder Begleitung bei Behördengängen, Arztbesuchen usw.? Oder eine längerfristige Betreuung mittels therapeutischer oder therapeutisch orientierter Gespräche? Werden Leistungen erwartet, denen ich nicht entsprechen will oder kann (z.B. Hausbesuche, Besuche im Krankenhaus, Gespräche mit Angehörigen, medizinische Beratung, Sterbebegleitung)?
- *Umfang der Leistungen*: Wann soll die Hilfe erbracht werden (z.B. tagsüber, abends) und wie oft (z.B. zweimal pro Woche)? Wie viel Zeit ist pro Hilfeinsatz zu veranschlagen? Wie sieht es mit meinen zeitlichen Ressourcen aus?

Aspekte der Betreuung

Strategien der Gewöhnung an ein Leben mit HIV

Noch in keiner Betreuung habe ich erlebt, dass Frauen ihre HIV-Erkrankung akzeptiert oder gar bewältigt hätten. Vielmehr fügen sie sich im Laufe der Zeit in die nicht mehr zu ändernde Situation und gewöhnen sich daran, mit der Infektion zu leben. Dabei durchlaufen sie verschiedene Phasen, die sich zum Teil auch wiederholen:

- Verdrängung der HIV-Infektion
- Zorn („Warum ich?“)
- Entwicklung der Bereitschaft, eine Drogen- und/oder HIV-Behandlung aufzunehmen

- Verlust dieser Bereitschaft („Das hat ja doch keinen Sinn. Ich kann ja doch nichts dagegen machen“).

Um mit der HIV-Infektion leben zu können, werden unterschiedliche Strategien angewandt. Manche Frauen machen das, was sie bereits seit langem erfolgreich praktizieren, wenn sie vor Schwierigkeiten stehen: Sie nehmen verstärkt Drogen und sind intensiv mit deren Beschaffung beschäftigt – das hilft, das Problem zumindest für gewisse Zeit auszublenken. Andere dagegen entwickeln sich zu Fachfrauen in Sachen HIV und Aids, halten sich auf dem Laufenden, was Forschungserfolge und neue Behandlungsmethoden angeht, und lassen regelmäßig ihre Blutwerte kontrollieren. Wieder andere werden zu wahren Meisterinnen im Verdrängen, indem sie diesen Teil der Realität völlig abspalten und nichts mehr damit zu tun haben wollen.

Für Betreuende gilt es, herauszufinden, welche Strategie die Betreute anwendet, und sie als individuelle Form der „Bewältigung“ ihrer Situation zu akzeptieren. Letzteres kann Betreuende jedoch in Nöte bringen. Die meisten haben in der Ausbildung z. B. gelernt, dass das Offenlegen innerer Spannungen und Blockaden notwendig für Veränderung und Entwicklung ist. In der Betreuung erleben wir dann, dass es für die Frauen oft hilfreicher ist, sie bei der Verdrängung ihrer Gefühle wie z. B. Wut, Angst, Hilflosigkeit oder Trauer zu unterstützen, statt sie dazu zu bringen, sich ihnen zu stellen. Die bei den Betreuten wahrgenommenen Gefühle werden dann häufig übernommen und als eigene erlebt, weshalb es wichtig ist, dass Betreuende sich im Kollegenteam entlasten können.

HIV-positive Frauen professionell zu betreuen heißt zugleich, sich ihrem Tempo bei der Gewöhnung an ein Leben mit HIV anzupassen. Die Helfenden sollten also ihre Klientin weder hinter sich lassen noch hinter ihr herhinken, sondern immer neben ihr bleiben. Die Geschwindigkeit, mit der sich Klientinnen an ihre Situation gewöhnen, müssen diese selbst vorgeben. Man sollte ihnen jedoch die Möglichkeit geben, über schwierige Themen zu sprechen – ob sie davon Gebrauch machen, müssen sie selbst entscheiden.

Selbst Frauen, die sich mit ihrem HIV-positiv-Sein auseinandersetzen, wollen nicht immer über dieses Thema reden: HIV ist für sie ja

nur ein Aspekt ihres Lebens neben vielen anderen. Betreuende sollten sich dies immer wieder bewusst machen und mit ihren Klientinnen auch über ganz alltägliche Dinge sprechen.

Umgang mit dem Verlust von Weiblichkeit

HIV-positive Frauen äußern oft, sie hätten durch die HIV-Infektion ein Gutteil ihrer Weiblichkeit verloren und fühlten sich wie eine „Mogelpackung“, weil sie äußerlich gesund aussähen, aber ein gefährliches Virus in sich trügen. Sie trauen sich oft nicht mehr, neue Beziehungen einzugehen, weil sie sich vor der „Stunde der Wahrheit“ fürchten. Und so manche Frau hat bereits erleben müssen, dass ihre Partnerschaft wegen HIV in die Brüche gegangen ist. Erfahrungsgemäß sind nur die wenigsten Männer bereit, sich auf eine HIV-positive oder gar aidskranke Frau einzulassen. Dass betroffene Männer von ihrer Partnerin wegen der HIV-Infektion verlassen werden, passiert dagegen eher selten.

Das Gefühl, als Frau nicht mehr attraktiv zu sein, verstärkt sich, wenn sich aufgrund von Krankheiten oder Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie der Körper verändert. Die Lipodystrophie z. B., eine durch HIV-Medikamente verursachte Störung des Fettstoffwechsels, kann auch äußerlich sichtbar werden: An Armen, Beinen und Gesäß schwindet das Unterhautfettgewebe, wodurch Muskeln und Sehnen stärker hervortreten; am Nacken, im Bauch und an der Brust dagegen lagert sich Fett an. Diese Veränderungen erleben die Frauen als „Vermännlichung“.

HIV und Schwangerschaft

Auch HIV-positive Frauen setzen sich irgendwann mit dem Thema Kinderwunsch auseinander. Damit verbindet sich zwangsläufig die Frage, wie hoch die Chance ist, dass das Kind gesund zur Welt kommt. In Ländern mit guter gesundheitlicher Versorgung liegt die Rate der HIV-Übertragungen von der Mutter auf das Kind – dank schwangerschafts- und geburtsbegleitender Maßnahmen, kurzfristiger vorbeugender Behandlung des Neugeborenen und Verzicht aufs Stillen – inzwischen bei

unter 2%. Die Wahrscheinlichkeit, dass HIV-positive Mütter ein infiziertes Kind gebären, ist also sehr gering. Die Einstellung, sie sollten auf Kinder lieber verzichten, ist dennoch weit verbreitet. Mitunter wird ihnen das Recht auf Nachwuchs sogar rundheraus abgesprochen. Für Beratende und Betreuende ist es deshalb wichtig, dass sie ihre eigene Haltung hierzu klären, um ihre Klientinnen nicht unbewusst in die eine oder andere Richtung zu lenken und so ihre Entscheidung zu beeinflussen. Wer von Klientinnen nach der eigenen Meinung gefragt wird, sollte sie zwar mitteilen – aber auch nur in solch einem Fall. Aufgabe der Beratenden und Betreuenden ist es, die Klientinnen im Prozess der Entscheidungsfindung zu begleiten, ihnen die erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen und den Kontakt zu Einrichtungen herzustellen, wo HIV-positive Frauen zu medizinischen Fragen rund um die Schwangerschaft fachkundig beraten werden.

Nirgendwo zugehörig

Aktuell oder ehemals Drogen gebrauchende Frauen mit HIV fühlen sich oft keiner Betroffenengruppe zugehörig. Anders als Menschen, die über Blutprodukte oder im Rahmen ihres Berufs als Pflegekraft oder Arzt infiziert wurden, gibt man ihnen sehr häufig selbst die Schuld an ihrer Infektion, weshalb sich viele als „HIV-Positive zweiter Klasse“ verstehen. Mit nicht Drogen gebrauchenden Frauen, die sich über ungeschützten Sex angesteckt haben, oder mit schwulen HIV-Positiven haben sie – außer der Erfahrung von Ausgrenzung und Diskriminierung – nur wenig gemeinsam. Und auch in der Drogenselbsthilfe fällt es weiblichen Betroffenen mitunter schwer, Fuß zu fassen, weil dort die Männer den Ton angeben. Daher sind sie oft nur sehr schwer dazu zu bewegen, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. Bei Frauen mit compulsivem Drogenkonsum kommt hinzu, dass ihre individuelle Disposition, in der ja auch die Ursachen der Abhängigkeit liegen, es ihnen meist nicht ermöglicht, Probleme aktiv anzugehen. Den Kontakt zu Selbsthilfegruppen zu vermitteln, ist deshalb nur für einen kleinen Teil der Frauen ein hilfreiches Angebot.

Medizinische Behandlung

Wer mit akut drogenabhängigen Frauen arbeitet, wird oft damit konfrontiert, dass sie keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und auch keine gegen HIV gerichtete Therapie machen wollen. Wer nur in der Szene lebt, hauptsächlich mit Drogenbeschaffung und -konsum beschäftigt ist, der Prostitution nachgeht, hat weder Zeit noch Motivation, sich auch noch um seine Gesundheit zu kümmern. Hier sind Betreuende gefordert, diese Phase gemeinsam mit den Frauen durchzustehen und immer wieder zu versuchen, sie für Arztbesuche und medizinische Behandlung zu gewinnen. Da ihre auf den eigenen Körper bezogenen Wahrnehmungen und Empfindungen meist stark beeinträchtigt sind, müssen die Helfenden umso wachsamer sein, um körperliche Veränderungen rechtzeitig zu bemerken, und die Frauen darauf aufmerksam machen.

Betreuende haben zugleich die Aufgabe, Klientinnen bei der Auseinandersetzung mit der Frage „Medizinische Behandlung ja oder nein?“ zu unterstützen, sie während der Therapie zu begleiten und sie, falls gewünscht, zu Arztbesuchen zu begleiten.

Krankheitsphasen

Mit zunehmender Schwächung des Immunsystems ist mit einer Reihe verschiedener Krankheitssymptome und Erkrankungen zu rechnen, z. B. mit Hautekzemen, Pilzbefall in Mund und Speiseröhre, Herpes und Gürtelrose, Erkrankungen der Augen bis hin zum Verlust der Sehkraft, Zellveränderungen im gynäkologischen Bereich – um nur die häufigsten zu nennen. Oft folgen auf intensive Behandlungen mit Antibiotika massive Pilzkrankungen, oder es kommt zu starken Nebenwirkungen durch die Medikamente, welche die Befindlichkeit erheblich beeinträchtigen oder sogar eigene Krankheitsbilder hervorrufen. Die betroffenen Frauen nehmen diese Phasen oft als den Anfang vom Ende wahr und sind beherrscht von ihrer Angst vor dem, was noch alles kommt. Diese Angst kann sich auf die Betreuenden übertragen – dies umso mehr, je intensiver das Betreuungsverhältnis ist. Wichtig ist, zu versu-

chen, einen klaren Kopf zu behalten und sich von der Dynamik der Angst nicht erfassen zu lassen.

Sterbebegleitung

In Ländern mit guter medizinischer Versorgung ist durch die gegen HIV gerichtete Behandlung die Lebenserwartung von HIV-Positiven erheblich gestiegen, und bei vielen hat sich auch die Lebensqualität deutlich verbessert. Wer sich auf eine langfristige Beziehungsarbeit einlässt, muss sich dennoch bewusst sein, dass auch bei uns noch Menschen an Aids sterben, weil z.B. die Medikamente wegen Resistenzentwicklung versagen oder weil zu spät mit der Therapie begonnen wird, sodass eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Immunsystems nicht mehr möglich ist. Hinzu kommen die zum Teil massiven, manchmal sogar lebensbedrohlichen Langzeitnebenwirkungen der antiretroviralen Medikamente wie z.B. Stoffwechselerkrankungen und Organschäden.

Es ist daher immer möglich, dass eine Betreute schwer erkrankt, sich nicht mehr erholt und im Sterbeprozess begleitet werden muss. Man muss deshalb vor der Übernahme einer Betreuung für sich geklärt haben, ob man diese Aufgabe übernehmen will und kann und wo man bei Bedarf Unterstützung für sich selbst bekommt.

Veränderungen bei sich selbst wahrnehmen

Auch wenn sich Betreuende noch so gut professionell distanzieren können: Die Arbeit mit HIV-positiven oder aidskranken Drogengebraucherinnen führt meist zu persönlichen Veränderungen. Wichtig ist zum einen, sich aktiv mit den von den Betreuten übernommenen Gefühlen wie Angst, Wut oder Trauer auseinander zu setzen, um sie auf diese Weise zu verarbeiten. Helfen in diesem Prozess können eine positive Einstellung zum Leben, ein tragfähiges soziales Umfeld, sportliche Betätigung – manchmal auch schon der Kauf von ein paar neuen Schuhen. Werden die in der Arbeit gefüllten „Gefühlsdepots“ dagegen nicht entleert, kann es passieren, dass man bei jeder Kleinigkeit weint und sich mit nahe stehenden Menschen nicht mehr verständigen kann.

Zum anderen sollte man darauf achten, ob man sich verändert (hat): Esse ich mehr (z. B. Süßigkeiten)? Trinke ich mehr Alkohol? Rauche ich mehr? Will ich nur noch traurige oder nur noch lustige Filme sehen? Bin ich öfter als früher traurig oder krank? Brauche ich jetzt mehr Ruhe? Sind Veränderungen festzustellen, sollte man überprüfen, inwieweit sie mit der Arbeit zusammenhängen, und reflektieren, ob man bereit ist, sie zu akzeptieren und die Betreuungsarbeit fortzuführen.

Der Konsum von (rauchbarem) Kokain – Herausforderungen für die Aids- und Drogenhilfe

..... **Jürgen Klee,**
Heino Stöver

Aus den Vereinigten Staaten erreichten uns bereits in den 80er Jahren alarmierende Meldungen über die „Crackgefahr“. Auch der *SPIEGEL* griff das Thema mehrfach auf; Kriminaldirektor Mellenthin etwa, Leiter der Rauschgiftabteilung im Landeskriminalamt Stuttgart, war 1986 davon überzeugt, dass sich auch Deutschland auf eine „Crackwelle“ einstellen müsse (vgl. *SPIEGEL* 1986). Damals wurden im Großraum Hamburg die ersten Fälle von Crackkonsum beobachtet. Dabei handelte es sich um vier Drogenabhängige mit langjähriger Drogenkarriere und polyvalentem Gebrauchsmuster¹ (vgl. Keup/Weidig 1986). Doch die vielfach prophezeite „Crackwelle“ kam nicht – jedenfalls nicht sofort und auch nicht in dem befürchteten Ausmaß.

1994 berichtete dann das *Hamburger Abendblatt*, die „Todesdroge Crack“ sei in Hamburg auf dem Vormarsch (*Hamburger Abendblatt* 1994). Der Crackkonsum nahm von da an in Deutschland rasch zu und wird seit einigen Jahren in der (Fach-)Öffentlichkeit einiger Städte – vor allem in Hamburg und Frankfurt/Main, aber auch in Hannover – als wachsendes Problem wahrgenommen. Er ist mittlerweile in den Drogenszenen dieser Städte weit verbreitet und Bestandteil eines polyvalen-

1 polyvalentes Gebrauchsmuster = Gebrauch verschiedener Substanzen

lenten Gebrauchsmusters. Diesem Phänomen war seit Anfang der 1990er Jahre der zunehmende intravenöse Konsum von Kokain vorangegangen.

Kokain – Freebase – Crack

In Medienberichten, aber auch in der Fachliteratur wird Kokain häufig mit Crack gleichgesetzt. Ebenso wird meist nicht zwischen Freebase und Crack unterschieden, den beiden rauchbaren Zubereitungsformen von Kokain. Das gilt größtenteils auch für die in diesem Beitrag verwendete Literatur. Wir wollen daher zunächst auf Kokain und seine beiden Derivate eingehen, bevor wir die Risiken des Gebrauchs dieser Drogen skizzieren, Zahlen zur Verbreitung des Kokain- und Crackkonsums präsentieren und angemessene Hilfen für die Konsumenten erörtern.

Kokain

Kokain ist ein halbsynthetisches, aus den Blättern des in Südamerika beheimateten Kokastrauchs gewonnenes Extrakt. Das Kokablatt enthält etwa 15 Wirksubstanzen (Alkaloide); eine davon ist das Kokain, das mit 80 % den Hauptanteil der Alkaloide ausmacht. Im Kokablatt sind etwa 0,5 bis 1 % Kokain enthalten. Die Blätter werden zunächst unter Zugabe von Natriumkarbonat in Wasser, Kalk und Kerosin eingeweicht. Durch Raffinierung unter Zugabe von Äther, Azeton und anschließendem Auswaschen mit Wasser und Schwefelsäure entsteht dann die Kokainbase. Durch erneutes Auskristallisieren gewinnt man Kokainhydrochlorid, das schließlich mit verschiedenen Stoffen (z.B. Milch- oder Traubenzucker) verschnitten wird und so als „Straßenkokain“ auf den Markt kommt. Kokainhydrochlorid besteht aus farblosen, durchscheinenden, geruchlosen, bitter schmeckenden und in Wasser leicht löslichen Salzkristallen. Unverschnitten hat die Substanz einen hohen Reinheits- und Wirkstoffgehalt, ist entsprechend teuer und wird daher auf den Drogenmärkten kaum noch gehandelt.

Kokain wird meist geschnupft, der intravenöse Gebrauch hat aber in den letzten Jahren zugenommen. Nur wenig verbreitet ist das Schlucken von Kokain, das Einführen von Kokainzäpfchen und das Auftragen



Utensilien für den Kokaingebrauch

von kokainhaltiger Salbe auf die Geschlechtsteile. Da sich Kokain gar nicht oder nur schlecht rauchen lässt, wurden rauchbare Varianten auf den Markt gebracht: Freebase und Crack.

Freebase

Um Freebase zu gewinnen, wird das „Straßenkokain“ zunächst von Verschmutzungen und Streckmitteln gereinigt, indem es mit organischen Lösungsmitteln (Äther, Chloroform; vgl. Olgiati 1991) aufgekocht und dann getrocknet wird. Aus einem Gramm Kokain erhält man auf diese Weise ungefähr 0,5–0,7g Freebase (vgl. Stone u.a. 1990, S. 54), ein nahezu reines Kokain-Alkaloid. Die Lösungsmittel sind hochexplosiv – die Herstellung von Freebase ist daher gefährlich und hat wiederholt zu Todesfällen geführt (vgl. Schweer/Strasser 1994; Olgiati 1991).

Freebase ist nicht wasserlöslich und kann deshalb nicht intravenös konsumiert, sondern nur geraucht oder nach Erhitzen inhaliert werden: Die Freebase schmilzt und verdampft, die reinen Kokaindämpfe werden dann über die Lunge aufgenommen. Die Wirkung setzt sehr rasch ein (nach etwa 5–10 Sekunden) und ist mit derjenigen einer intravenösen Kokain-Injektion vergleichbar: Es kommt zu einem intensiven Rausch mit Euphorie und Herzflimmern („Rush“), der aber schon nach etwa zwei Minuten nachlässt und noch etwa zehn bis 20 Minuten nachwirkt (Stone u.a. 1990, S. 54). Bei häufigem Konsum und starken Dosen können auch Halluzinationen auftreten.

Crack

Die Herstellung von Crack ist weniger gefährlich als die von Freebase, außerdem einfacher und billiger. Dazu wird Kokain-Hydrochlorid mit



Cracksteine und Crackpfeifen

anorganischen Substanzen (Ammoniak, z. B. 86 %iger Salmiakgeist aus der Drogerie, in den USA: Backpulver²) aufgekocht und dann getrocknet (vgl. Olgiati 1991); zurück bleiben beigefarbene Crackklümpchen. Durch diesen Vorgang werden aus einem Gramm Kokain etwa 1,3 g Crack gewonnen³, das entspricht sechs bis acht Konsumportionen. Crack ist jedoch weniger rein als Freebase: Es enthält noch alle Verunreinigungen und Streckmittel des Grundstoffs sowie die bei der Herstellung verwendeten Beimischungen (Sahihi 1991, S. 38). Weil Crack an der Luft zerfällt, wird es in luftdichte Glas- oder Plastikröhrchen (Amphiolen) gefüllt (vgl. Schweer/Strasser 1994).

Crack wird in Pfeifen (auch Cannabispfeifen) geraucht; von dem dabei entstehenden Knistern hat die Droge ihren Namen⁴. Auch mit Crack wird ein rascher und intensiver Rausch erzielt, der etwa 10–15 Minuten anhält. Wie bei Kokain kommt es zunächst zu Hyperaktivität sowie erhöhter Sensibilität und Erlebnisfähigkeit, zu dem Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit und zu Euphorie, oft gefolgt von tiefen Depressionen, aber auch Rastlosigkeit, Gereiztheit, Schlaf- und Appetitlosigkeit.

Drogenwirkung je nach Anwendungsform

Bei gerauchtem Crack tritt die Drogenwirkung innerhalb von 10 Sekunden ein, bei intravenös konsumiertem Kokain nach 30–45 Sekunden und bei gesniefem⁵ Kokain, der häufigsten Methode, erst nach ein bis zwei Minuten (vgl. Haasen 2004). Dass sich die Drogenwirkung beim Rau-

2 Das in Deutschland erhältliche Backpulver ist stärkehaltig und daher für die Crackherstellung nicht geeignet.

3 persönliche Mitteilung von W. Götz am 12.6. 2001

4 to crackle = [engl.] knistern

5 sniefen = schnupfen, über die Nase aufnehmen

chen schneller entfaltet als beim intravenösen Konsum⁶, liegt wahrscheinlich am großen Volumen der Lunge⁷. Auch das Wirkungsempfinden scheint je nach gewohnter Anwendungsform unterschiedlich zu sein. Im intravenösen Kokaingebrauch Erfahrene berichten oft, dass der „Gewinn“ und die Wirkung beim Crackrauchen geringer sei, jedoch stärker als beim Sniefen von Kokain.

Konsummotive und Konsummuster

Dass die Zahl der Kokainkonsumenten zunimmt, rührt vor allem daher, dass diese Droge zu unserer Leistungsgesellschaft passt: Gefordert sind Menschen, die ständig hoch konzentriert und kreativ sind und zugleich Stress bewältigen können. Einige in den Medien breitgetretene Fälle (z. B. der Fußballtrainer Christoph Daum, der Maler Jörg Immendorf oder der Liedermacher Konstantin Wecker) zeigen, dass Kokain als Stimulans längst in die Arbeits- und Berufswelt Einzug gehalten hat und nicht mehr nur im Künstlermilieu genutzt wird. Persönliche Kompetenzen, das Eingebundensein in Familie, Beruf und sonstige Zusammenhänge verhindern hier, dass der Kokainkonsum schnell sozial, gesundheitlich und strafrechtlich auffällig wird. Er scheint auch dem gesellschaftlichen Trend zur Individualisierung zu entsprechen, indem er Ich-bezogene Werte und Verhaltensweisen forciert. Wie Einzelne oder Gruppen die Wirkung der Droge erleben, hängt dabei auch davon ab, welche Bedeutungen, Funktionen und Wirkungen ihr (sub-)kulturell und politisch zugeschrieben werden.

Der Druck, Crack zu konsumieren, entsteht oft durch die Einbindung in bestimmte Subkulturen oder Szenen und die dort herrschenden Rahmenbedingungen. Auch bei Crack gibt es unterschiedliche Konsummuster (vom kontrollierten Gebrauch bis hin zu mehr als 20 Pfeifen pro Tag) und Konsummotive. Jugendliche z. B. erachten das Crack-Rau-

6 Beim intravenösen Konsum setzt die Wirkung ein, nachdem die Droge die Blut-Hirnschranke übertreten hat.

7 persönliche Mitteilung von H. Villhauer am 20.6.2001

chen als weniger gefährlich als den intravenösen Drogenkonsum oder gar als risikolos. Crack wird als „neue“ Droge gesehen, die es auszuprobieren gilt und die in unserer Leistungsgesellschaft ein Gefühl der „Grandiosität“ verleihen kann. Dass beim Crackgebrauch die Euphorie schnell in Dysphorie⁸ umschlägt, wird dann zunächst nicht als Konsumhemmnis betrachtet.

Gesundheitliche und soziale Risiken

Der Konsum von rauchbarem Kokain über längere Zeit schädigt Mund, Zunge, Luftröhre und Lunge. Bei exzessivem Konsum kann es zu chronischen Schmerzen im Mund und ständig geschwollener Zunge kommen, ebenso zu Abhusten von Blut, schwarzen Belägen in der Lunge und den Atemwegen und in der Folge zu Atem- und Kreislaufstörungen (vgl. Stone u.a. 1990, S. 54). Überdosierungen können zu Atem- und Herzstillstand oder gar zum Tod führen; die tödliche Dosis liegt bei gerauchtem/inhaliertem Crack und Freebase bei 0,5 bis 1g, bei intravenöser Zufuhr von Kokain bei etwa 30 mg (Martinetz 1994, S. 106). Crack und Freebase hinterlassen außerdem schon nach kurzer Konsumdauer Schäden an der Hirnrinde, wodurch die Produktion von Neurotransmittern⁹ (vor allem Dopamin) für Monate oder gar Jahre gestört sein kann; die Folge sind Stoffwechselprobleme. Frauen, die während der Schwangerschaft Crack geraucht haben, bringen außerdem überdurchschnittlich oft tote und/oder missgebildete Kinder zur Welt.

Vogt u.a. (2000) stellen darüber hinaus fest, dass Drogenkonsumenten, die auch Crack rauchen, stärker mit chronischen Krankheiten belastet sind als diejenigen, die kein Crack rauchen. Dabei seien Frauen, so die Autoren, besonders oft mit Hepatitis-C-Virus (HCV) und („mit gewissen Einschränkungen“) mit HIV infiziert. Der Grund dafür könnte sein, dass sie ein doppeltes Infektionsrisiko haben: durch „Needle-Sha-

8 *Dysphorie = Verstimmung allgemeiner Art, Übellaunigkeit und Gereiztheit*

9 *Neurotransmitter sind Botenstoffe oder Überträgersubstanzen, welche die Übertragung und/oder Weiterleitung von Reizen ermöglichen und unterstützen.*

ring“ beim intravenösen Drogengebrauch und durch ungeschützten Sex (Kleiber/Pant 1996). Auch Püschel (2001) weist auf das erhebliche sexuelle Infektionsrisiko hin, das eingegangen werde, um den Drogenkonsum zu finanzieren, das aber auch aus einer gesteigerten sexuellen Aktivität aufgrund des Kokain- oder Crackkonsums resultiere.

Crackkonsumentinnen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen (was auf sehr viele zutrifft), erfahren dabei häufig Gewalt, Erniedrigung und Entwürdigung. Darüber hinaus beobachtet man in Hamburg und Frankfurt, dass es bei immer mehr dieser Frauen zu Verelendung und sozialer Desintegration kommt.

Abhängigkeit und Kontrollstrategien

Das Abhängigkeitspotenzial von Freebase und Crack wird unterschiedlich beurteilt. Einige Autoren weisen darauf hin, dass Crack sehr schnell zur Sucht führe; schon nach fünf- bis sechsmaligem Gebrauch drohe eine psychische Abhängigkeit (vgl. Täschner/Richtenberg 1988). Selbst der einmalige Konsum von drei stecknadelkopfgroßen Klümpchen könne abhängig machen (Martinetz 1994, S. 106). Als wesentliche Ursachen für das hohe Potenzial einer psychischen Sucht gelten der heftige euphorische „Kick“ und der schnelle Wirkungsabfall der Droge, der zu dem starken Verlangen nach Wiederherstellung des als positiv empfundenen Zustands führe und so die Suchtdynamik in Gang setze (vgl. FHH o.J.). Bei wiederholtem sofortigem Folgekonsum über einen längeren Zeitraum setzt die körpereigene Dopaminproduktion aus, was erhebliche Stoffwechselprobleme zur Folge hat (siehe Jugend hilft Jugend 2000).

Einige Autoren vermuten, dass es beim Absetzen von Crack und Freebase auch zu körperlichen Entzugserscheinungen kommt (vgl. z. B. Hess 1989). Als charakteristische Symptome werden vor allem Übelkeit, Depressionen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Schwindel und Tremor¹⁰ genannt (vgl. u. a. Gomez 1988, S. 43; Sahihi 1991, S. 45f.). Häufige Entzugssymptome sind außerdem Angst bis hin zu paranoiden Zustän-

¹⁰ Tremor = Muskelzittern, rhythmische Zuckungen einzelner Körperteile

den und Suizidtendenzen. Zwar treten keine körperlichen Entzugsercheinungen wie bei den Opiatkonsumenten auf, die eine begleitende Entzugsmedikation erforderlich machen (vgl. Haasen 1998). Erscheinungen wie Erschöpfung, Schlaflosigkeit, völliger körperlicher Zusammenbruch, Verlust der Lebensfreude und Depression können jedoch Ausdruck von massiven Stoffwechselstörungen im Gehirn sein¹¹, die durch das Aussetzen der Dopaminproduktion verursacht werden.

Geht man von den Symptomen des Opiatentzug aus, kann bei Crack nicht von einer „klassischen“ körperlichen Abhängigkeit gesprochen werden. Erweitert man aber die Definition gemäß dem psychiatrischen Klassifikationssystem DSM IV/ICD 10 um „neuro-adaptive Erscheinungen“, dann lassen sich auch bei Dauergebrauch von Kokain sowie Crack und Freebase körperliche Abhängigkeitssymptome feststellen.

Ob der Konsum von rauchbarem Kokain kontrollierbar ist, darüber gehen die Meinungen weit auseinander. Einige Fachleute halten das Suchtpotenzial für so groß, dass ihnen kein bewusst kontrollierter Konsum möglich scheint. Nach dieser Sichtweise führt auch ein immer wieder unterbrochener Crack- oder Freebasekonsum über kurz oder lang zu einem „Abrutschen in die Drogenszene“ (Baumeister 2001). Demgegenüber stehen die Erkenntnisse von Drogenhilfe-Mitarbeitern und Forschern, die Crack und Freebase keine stärkere Wirkung als Kokain zuschreiben und einen kontrollierten, sozial wie gesundheitlich unauffälligen Konsum dieser Substanzen über lange Zeit für möglich halten (vgl. Kemper 2001). Auch Wolfgang Götz, Leiter der Berliner Therapieeinrichtung KOKON mit dem Schwerpunkt ambulante Therapie für Kokainabhängige, vermutet (zumindest für Berlin) eine erhebliche Dunkelziffer von sozial integriertem Kokain- und Freebasekonsum. Nach seiner Einschätzung wird Freebase als „reiner“ Droge vorwiegend von Menschen mit höherem Bildungsniveau und Einkommen sowie besserer sozialer Einbindung konsumiert, Crack hingegen eher von Menschen, die den „klassischen“ Drogenszenen angehören, oder von „Außenseitern“ wie jugendlichen Prostituierten oder Strichern.

¹¹ persönliche Mitteilung von W. Götz am 12.6.2001

Auch zwei Untersuchungen aus den Niederlanden zeigen, dass im Umgang mit rauchbarem Kokain durchaus Strategien der Selbstkontrolle entwickelt werden.¹² Barendregt u. a. (1999) beobachteten 183 Crackraucher in Rotterdam und stellten fest, dass die Konsummenge je nach Konsumort variiert. Anders als am Ort des Drogenverkehrs (Adresse des Dealers) und in der eigenen Wohnung würden im Konsumraum-Projekt der Rotterdamer Pauluskirche vergleichsweise geringere Mengen geraucht. Dort ist allerdings nur das „Chinesen“, das Rauchen von der Alufolie erlaubt, und der Freebasekonsum ist ganz verboten – bei diesen Maßnahmen, um Eskalationen jeder Art zu vermeiden. Diese fußen auf der Beobachtung, dass das „Chinesen“ von Crack eine weniger starke „Gier“ hervorruft als das Rauchen von Freebase in der Pfeife, das in etwa mit dem „Trinken von Wodka aus Biergläsern“ vergleichbar sei (Visser 2001). Viele Konsumenten haben außerdem Strategien entwickelt, um kokainbedingte Dynamiken sowie unangenehme (Neben-) Wirkungen (z. B. Paranoia) zu vermeiden. So gab die Hälfte der Befragten an, dass sie nach dem Freebase-Rauchen beruhigende Substanzen wie z. B. Heroin konsumieren. Diese Form der „Selbstmedikation“ findet sich in Ansätzen auch in Berichten von Drogenhilfe-Mitarbeitern in Hamburg und Frankfurt/Main. Eine Auswertung von 75.000 Einheiten intravenösen Drogenkonsums in den Frankfurter Konsumräumen im ersten Halbjahr 2003 ergab, dass bei 42 % der Fälle nur Heroin gespritzt wurde, bei 22,5 % nur Crack konsumiert und bei 21 % Heroin plus Crack konsumiert wurde (Schmid/Vogt 2003).

Die Hälfte der in Rotterdam Untersuchten berichtet, sie hätten kurz nach dem erstmaligen Gebrauch rauchbaren Kokains den Konsum fortgesetzt. Für sie liegt die Ursache dafür in der Droge selbst. Durch das Setting bedingte Faktoren wie z. B. Hausregeln würden, so die abschließende Einschätzung, Konsummuster eher verstärken als welche erzeugen. In der Rotterdamer Untersuchung wird zugleich deutlich, dass der Einfluss der Substanz auf den Organismus und ihr Suchtpo-

12 Auch aus den USA wird über soziokulturelle Lernprozesse im Umgang mit Crack berichtet, sowohl im Hinblick auf kontrollierten Gebrauch als auch auf einen Ausstieg aus dem Konsum (Reinarman/Levine [Hg.] 1997).

tenzial sehr hoch sind, weshalb sich Selbstregulierungsstrategien nur schwer entwickeln und durchhalten lassen.

Einige der Befragten stehen ihrem Konsum ambivalent gegenüber; sie möchten eigentlich damit aufhören, schaffen es aber nicht. Sie sind Zielgruppe für Trainingsprogramme der Suchtkrankenhilfe. Bei andern ist das Kokainrauchen Teil ihrer drogenbezogenen randständigen Lebensweise. An sie wendet man sich mit Angeboten der Schadensminimierung, um die weitere soziale und gesundheitliche Verelendung zu verhindern. Mehr als die Hälfte der Befragten hatte mehr als zehn Jahre Kokain geraucht.

Die zweite niederländische Studie von Boekhut van Solinge (2001) hat die Bedeutung von Interventionsstrategien für Konsumenten rauchbaren Kokains¹³ in Utrecht und Amsterdam untersucht. Zwei von der Stiftung Mainline angewandte Strategien – Gesundheitsfragebogen und ein Programm zur Stärkung der Selbstkontrolle – wurden dabei als Mittel der Kontaktaufnahme in der aufsuchenden Straßensozialarbeit eingesetzt, um mit den Drogenkonsumenten über Gesundheitsfragen zu sprechen, ihr Risikobewusstsein zu schärfen, individuelle Ansätze für einen kontrollierteren Umgang mit rauchbarem Kokain zu erkunden und diese weiterzuvermitteln. Der Zugang über teilnehmende Beobachtung und Einbeziehung von Betroffenen¹⁴ hat ergeben, dass viele wissen, wie die ruinöse Dynamik von Freebase und Crack unterbrochen oder besser bewältigt werden kann. Dieses Wissen betrifft den Kontext des Drogenkonsums, Konsumregeln, Tipps für Konsumreduktion und Ausstieg, Alternativen zum Rauchen von Crack und Freebase sowie finanzielle Aspekte. Zugleich zeigte sich in dieser Untersuchung, dass bei der Selbstmedikation Substanzen zur Eindämmung oder besseren Kontrolle der Dynamik des Kokainkonsums eingenommen werden. Hier einige Aussagen von Konsumenten zur Verdeutlichung¹⁵:

13 Rauchbares Kokain wird in den Niederlanden als „aufgekochtes Kokain“ bezeichnet.

14 Zur Bedeutung von Kokain/Crack für Jugendliche, die der Partyszene angehören, und für Jugendliche mit randständigen Lebensweisen siehe z.B. Nabben/Korf 1999.

15 eigene Übersetzung aus dem Niederländischen

Kontext des Drogenkonsums

„Guck ab und zu in den Spiegel und hab Respekt für deinen Körper. Koks zerstört den Körper.“

„Steck dir Ziele. Aber solche, die erreichbar sind.“

„Akzeptiere deinen Crackkonsum. Betrachte Crack nicht als deinen Feind, aber auch nicht als deinen Freund.“

Alternativen zum Rauchen von Kokain

„Chinesen ist besser als Basen. Basen macht man bis zur Erschöpfung.“

„Einen Zug für den Kick, den Rest chinesen.“

„Ich rauch 'nen Joint nach dem Kokaingebrauch, um runterzukommen.“

„Ich nehme erst Heroin, dann Kokain.“

„Wenn ich kein Heroin kaufen kann, kauf ich auch kein Kokain.“

„Ich konsumiere nicht auf der Straße.“

Drogenreduktion und Konsumverzicht

„Wenn ich mir vorgenommen hab, einen Tag kein Kokain zu nehmen, bleib ich auch der Szene fern.“

„Ich geh regelmäßig zu meiner Mutter, alle vier bis fünf Tage, da nehme ich kein Koks.“

„Ich konsumiere vor allem allein, mit anderen dreh ich schnell durch.“

„Wenn ich zwei Tage gekokst hab, gönn ich mir einen Tag Ruhe.“

„Ich bleib einige Tage daheim und nehme Methadon.“

Finanzielle Aspekte

„Nimm für 'nen Trip nicht zu viel Geld mit und lass das Zubehör zu Hause.“

„Lass dein Geld von einer Einrichtung verwalten oder von jemandem, dem du vertraust.“

Diese individuellen Selbstkontrollstrategien machen deutlich, dass auch Drogengebraucher rationale Entscheidungen treffen und über Handlungsalternativen verfügen. Bei den in Utrecht und Amsterdam Untersuchten handelt es sich zugleich um Menschen, die bereits seit Jahren ihr Leben um Drogen herum organisieren („den Tag rumbringen auf der Suche nach Geld und Drogen und dabei der Polizei entweichen“) und auch aus den dabei gemachten Erfahrungen heraus schadensminimierende Strategien entwickelt haben. Dieses Verhalten wird von der Drogenhilfepraxis vor Ort wahrgenommen und als Ausgangspunkt für die Schaffung entsprechender Hilfeangebote genutzt.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass es wichtig ist,

- sehr nah an die Szene heranzugehen, um möglichst viele Drogengebraucher erreichen zu können,
- einen niedrighschwelligen Zugang zum Hilfesystem zu organisieren,
- regelmäßig die Szene aufzusuchen, um zu den bereits Erreichten auch längerfristig Kontakt zu halten, und
- kurzfristige Interventionen und Hilfen anzubieten, die dem hektischen Lebensstil angepasst sind.

Daten zur Verbreitung des Kokainkonsums

Laut einer Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2000 verfügen in Deutschland etwa 2,5 % der Erwachsenen zwischen 18 und 59 Jahren über Erfahrungen mit Kokain. Die Droge wird von etwa 0,3 % aller Erwachsenen konsumiert, mit einer Häufung in der Altersgruppe der 18–34-Jährigen (vgl. IFT 2001). In der ambulanten Betreuung war im Jahr 2000 die Abhängigkeit von Kokain mit einem Anteil von 8 % die dritthäufigste Hauptdiagnose; in der stationären Suchtbehandlung lag der Anteil bei etwa 7 % (vgl. Drogenbeauftragte 2001). 1999 lagen etwa sechsmal so viele Einzeldiagnosen wie Hauptdiagnosen vor, was bedeutet, dass Kokain meist zusätzlich zu anderen Drogen konsumiert wurde (Drogenbeauftragte 2000).

Im Jahr 2000 lag der Anteil derjenigen Klienten, die wegen Crackkonsums ambulant oder stationär betreut wurden, bei 2,4 % (etwa

250–300 Personen). Die Einzeldiagnosen haben in der ambulanten Betreuung seit 1996 zugenommen, und zwar von 205 im Jahr 1996 auf 415 im Jahr 1999 (vgl. ebd.). In Hamburg und Frankfurt/Main haben über 80 % der durch die niedrigschwellige Drogenhilfe erreichten Konsumenten Erfahrungen mit Crack.

Die Zahl der polizeilich ermittelten Fälle im Zusammenhang mit Kokain ist im Jahr 2000 um 12,3 % und 2001 um 16 % zurückgegangen und 2002 um 3 % wieder angestiegen. Diese Zahlen finden ihre Entsprechung bei den erstmals polizeilich auffällig gewordenen Kokainkonsumenten (2000: 5.327, 2001: 4.239, 2002: 4.248 Personen). Parallel dazu ist die Menge polizeilich beschlagnahmten Kokains im Jahr 2000 um 54 % zurückgegangen und in den Folgejahren wieder angestiegen: 2001 um 41 % (auf 1.288 kg) und 2002 um 66 % (auf 2.136 kg). Was Kokain anbetrifft, ist Deutschland Konsum- wie auch Transitland. Das Bundeskriminalamt (BKA) berichtet, dass im Jahr 2001 mehr als zwei Drittel des sichergestellten Kokains (68,7 % der insgesamt beschlagnahmten Menge) für den Weitertransport ins Ausland vorgesehen war (Drogenbeauftragte 2002). Diese Zahlen sagen allerdings nur wenig über die Verbreitung des Kokainkonsums aus, weil hier lediglich Fahndungserfolge und Großfunde erfasst sind.

2002 wurde erstmals die Einfuhr von Crack aus den Niederlanden und Belgien festgestellt, was den enormen Anstieg der im selben Jahr in Deutschland sichergestellten Kokainmenge erklärt (Drogenbeauftragte 2002). 95 % davon wurden allein in Hamburg und Frankfurt/Main beschlagnahmt, was auf die Konzentration des Crackhandels in diesen Städten und zugleich auf die Bedeutung von Flug- und Seehäfen als Drogenumschlagplätze hinweist. Bereits im Jahr 2000 entfielen über 80 % der insgesamt sichergestellten Crackmenge auf Hamburg und Frankfurt/Main.

Daten zum intravenösen Konsum

Mittlerweile liegen erste Ergebnisse der in den Frankfurter Konsumräumen seit Januar 2003 einheitlich erhobenen Drogenkonsumvorgänge vor. Insgesamt wurden rund 76.000 Vorgänge bei über 2.000 verschie-

denen Personen erfasst. Die folgenden Daten beziehen sich ausschließlich auf den intravenösen Konsum, da Frankfurts Konsumräume bisher nur für diese Gebrauchsform vorgesehen sind.

Vorherrschend ist nach wie vor der Gebrauch von Heroin mit 42,1%, gefolgt von aufbereitetem Crack¹⁶ mit 22,5%. Heroin mit Crack gemischt wird in 21,3% der Fälle gespritzt. Danach folgen mit großem Abstand Benzodiazepine (3,3%), Heroin plus Kokain (2,8%) und Kokain mit 2,4%. Diese Zahlen weisen zugleich darauf hin, dass im Straßenhandel Kokain in Pulverform von Crack verdrängt worden ist.¹⁷

69,9% der in der Erhebung Befragten berichteten, dass sie Heroin konsumieren. 47,1% gaben Crack, 7,1% Benzodiazepine und 5,8% Kokain an (Mehrfachantworten waren möglich). Der Anteil der Frauen bei den Konsumraumnutzern lag bei 20,3%, was als szenetypisch gilt. Bei der Altersstruktur zeigten sich Gipfel bei 25 und 35 Jahren. Die abschließende Auswertung frauenspezifischer Daten liegt zwar noch nicht vor, das bisher vorhandene Datenmaterial verweist jedoch bereits auf geschlechtsspezifische Konsummuster: Zum Crackkonsum in den vorangegangenen 30 Tagen finden sich unter der Rubrik „täglicher Konsum“ 28,3% der Frauen, aber nur 13% der Männer (Schmid/Vogt 2003).

Die Zahl der wegen Crack- und Kokainabhängigkeit in Behandlung befindlichen Patienten scheint sich nicht wesentlich erhöht zu haben. Das kann zum einen daran liegen, dass ein kontrollierter Gebrauch dieser Drogen durchaus möglich ist. Andererseits ist zu beobachten, dass die „klassische“ Drogenhilfe immer noch einseitig auf die Konsumenten von Heroin ausgerichtet ist und man dort noch keine Kompetenzen im Umgang mit Kokainabhängigen erworben hat – möglicherweise auch deshalb, weil die bisher vorliegenden Erkenntnisse hierzu kaum kommuniziert worden sind (siehe Boekhout van Solinge 2001, S. 94).

¹⁶ Für den intravenösen Konsum wird Crack mit Zitronensäure aufbereitet, wodurch Kokain-Hydroascorbat entsteht.

¹⁷ Ähnliche Ergebnisse liefert die Studie MoSyD (Monitoring-Systems Drogentrends), die das Centre for Drug Research im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main in den Jahren 1995 und 2002 in der offenen Drogenszene durchgeführt hat. Auch sie zeigt, dass Kokain in Pulverform von Crack weitgehend verdrängt worden ist, während 1995 noch Heroin dominierte und Kokain die „Ko-Droge Nr. 1“ war (Kemmesies 2002).

Die polizeilichen Daten wiederum liefern kein schlüssiges Bild, da sie aus eher zufälligen Fahndungserfolgen resultieren. Dennoch: Crack hat in den Drogenszenen Einzug gehalten – zumindest in den Metropolen, dort allerdings nur in bestimmten Straßenszenen (in Hamburg z. B. nur in St. Georg und im Schanzenviertel). Die Polizeibehörden in Hamburg und Frankfurt/Main scheinen das Problem offensiv anzugehen. In anderen Städten dagegen hört man oft, es gebe dort keinen Crackkonsum, was daher rühren kann, dass die Polizei entweder Crack nicht (er-)kennt oder taktische Motive hat: „Wenn wir beharrlich sagen, bei uns gibt es kein Crack, glauben es die Drogenabhängigen vielleicht und fahren nach Frankfurt“, so ein Polizeibeamter aus Nürnberg anlässlich des Besuchs eines Frankfurter Konsumraums.

Nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen kann in Deutschland derzeit nicht von einer „Crackwelle“ gesprochen werden. Der Crackkonsum scheint vielmehr ein Großstadtphänomen zu sein, das an bestimmte kommunale oder regionale Voraussetzungen und Infrastrukturen gebunden ist.

Ist Hilfe möglich?

Mit Crack ist eine Droge in die großstädtischen Szenen gekommen, die es dem Drogenhilfesystem überaus schwer macht, Kontakte zu den Konsumenten zu knüpfen, um ihnen gesundheitliche und soziale Hilfen anzubieten. Viele erleben die positiven Wirkungen dieser Droge als so überwältigend, dass sie zu einem Lebensprinzip wird; andere Aspekte des Lebens – z. B. soziale Kontakte oder gesundheitliche Belange – treten dabei in den Hintergrund.

Was kann man tun? Erste Interventionsansätze (Kontaktaufnahme, Beratung, Verteilen von Safer-Use-Materialien, Tagesruheräume, verstärkte Streetwork, Nutzung der Phasen, in denen kein Crack konsumiert wird, Akupunktur) zeigen, dass auch dieser schwierigen Gruppe Hilfsangebote unterbreitet werden können. So haben z. B. Versuche gezeigt, dass mit der Gabe von Methadon oder mit Amphetaminen die Dynamik des Crackrauchens eingeschränkt werden kann.

Im Praxisalltag der Drogenhilfe ist aber auch Hilflosigkeit zu beobachten, weil man nicht weiß, wie man am besten auf die Verelendung der Crackkonsumenten reagieren soll. So scheinen die traditionell in der Suchtkrankenhilfe verankerten Gruppenangebote für die Bearbeitung der komplexen sozialen und gesundheitlichen Notlage von Crackkonsumenten nicht geeignet. Diesen Menschen kann nur dann geholfen werden, wenn man sich intensiv mit dem Einzelfall beschäftigt und dabei Strategien des Case-Management anwendet.¹⁸ Patentrezepte für adäquate Hilfen gibt es allerdings nicht, wie auf einem Koordinationstreffen der vom Crackkonsum betroffenen Städte in Berlin und auf der Hamburger Fachtagung „Crack – Stein(e) des Anstoßes“ (beide im Jahr 2001) deutlich wurde. Auch vor „Schnellschüssen“ hat man gewarnt – geboten sei stattdessen eine sachliche Annäherung an das Phänomen.

Es gibt z. B. den Vorschlag, jugendliche Crackkonsumenten mit extrem selbstschädigendem Verhalten in geschlossenen Einrichtungen in der Jugendhilfe unterzubringen, und immer wieder flammt die Diskussion um Zwangseinweisungen auf. Die Mitarbeiter des Crack-Street-Projekts (CSP) in Frankfurt/Main beispielsweise stehen solchen Interventionen skeptisch gegenüber, weil nicht sichergestellt sei, dass in geschlossenen Einrichtungen angemessene Hilfen angeboten werden. Erfahrungen zeigen, dass Jugendliche schon nach kurzer Zeit erneut in der Szene auftauchen und dann noch schlechter erreichbar sind, weil sie ja „aus dem Heim abgehauen“ sind. Bedenken gibt es ebenso, was die Schaffung gemeinschaftlich nutzbarer Angebote wie Cafés oder

¹⁸ *Case-Management soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und vorhandene Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld heranzuziehen. Die Aufgabe ist, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und diese an der Verbesserung ihrer Lebenslage beteiligt. Die Finanzierung des Case-Management bei jugendlichen Crackrauchern lässt sich über das Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (KJHG) leichter regeln als mit Zuweisungen der Kommune oder des Landes. Leistungs- und Entgeltvereinbarungen könnten hier wichtige Instrumente der am Einzelfall orientierten Hilfe sein.*

Wohn- und Übernachtungsstätten für Crackkonsumenten anbetrifft, weil dort aufgrund der Hektik, Unruhe und Aggressivität sowie dem Tempo des Crackkonsums Probleme eher verschärft denn gemildert werden (Roth 1999, S. 108 ff.).

Gerade bei jugendlichen Crackkonsumenten scheinen spezielle Interventionsstrategien auf der Basis einer stabilen, verlässlichen Betreuungszusammenhangs notwendig, ebenso die Einbeziehung von ehemaligen Crackkonsumenten im Sinne von „Peer-Education“. Nicht zuletzt wird es nötig sein, auch individuelle Strategien der Selbstkontrolle (z. B. Selbstmedikation, Herunterdosieren, siehe S. 210 ff.) zu berücksichtigen und in die fachliche Arbeit einzubeziehen.

Vorhandene Angebote erweitern

Bei Crackkonsumenten handelt es sich um eine Gruppe, deren Zugehörige neben Crack auch andere Drogen konsumieren (z. B. Heroin oder Benzodiazepine); ausschließlich Crack Raucher scheint es so gut wie gar nicht zu geben. Die Klientel der Drogenhilfe-Einrichtungen in den von Crack betroffenen Großstädten hat sich damit kaum verändert, nur das Klima in den Einrichtungen. Es bietet sich daher an, konzeptionelle Änderungen vorzunehmen, um den Umgang miteinander und die Versorgung der Klienten zu verbessern.

Eine Arbeitsgruppe der verschiedenen Drogenhilfeträger in Frankfurt/Main hat die Zielgruppe definiert und der „Montagsrunde“, dem Entscheidungsgremium der städtischen Drogenpolitik, Vorschläge zur Weiterentwicklung der Drogenhilfe unterbreitet. Zur Zielgruppe gehören vor allem

- Personen, deren Gesundheit und Leben gefährdet ist
- aktuell Konsumierende ohne Perspektive auf kurz- oder mittelfristige Veränderung des Konsumverhaltens
- aktuell Konsumierende mit Perspektive auf Veränderung des Konsumverhaltens
- Substituierte mit erheblichem Crackbeikonsum
- nach Abstinenzphasen rückfällige Abhängige (z. B. Haftentlassene, Therapieabbrecher)

- Konsumenten mit integrativer/rehabilitativer Entwicklungsperspektive
- „Einsteiger“ an Treffpunkten und in Milieus, die nicht zur „klassischen Drogenszene“ gehören (Innenstadt und Stadtteile).

Die Ziele sollten u. a. sein:

- Kontaktaufnahme
- Weiterentwicklung der Kontakte hin zu kontinuierlicher beziehungsorientierter Einzelfallarbeit
- Reduzierung der suchtmittelinduzierten Dynamik des Erlebens und Verhaltens, z. B. Erregtheit, Unruhe und Hektik, paranoide Wahrnehmungen, gravierende Vernachlässigung der Hygiene und Ernährung, Schlafentzug und Erschöpfung
- Reduzierung der gesundheitlichen Risiken und Folgen des Crackkonsums
- Förderung der Behandlungsbereitschaft und Anbindung an geeignete Behandlungsangebote
- Reduzierung von Isolation, Verwahrlosung, Obdachlosigkeit
- Reduzierung der Konsumfrequenz
- Sicherung der medizinischen und psychiatrischen Versorgung.

Die Vorschläge lassen sich auf wenige Erweiterungen bei bereits bestehenden Projekten zusammenfassen:

- Ein Rauchraum sollte modellhaft erprobt werden (entsprechende Angebote gibt es schon seit langem in verschiedenen Drogenkonsumräumen in Hamburg und seit September 2003 auch in Frankfurt am Main; siehe Stöver 2004).
- Die aufsuchende Arbeit (Streetwork) sollte erweitert werden.
- Der „Arbeitskreis Spitzenfälle“ soll Case-Management-Aufgaben übernehmen.
- Für das Case-Management sollte die Beratungskapazität erhöht werden.
- Bei Bedarf sollte man die Kapazität der Tagesruhebetten erhöhen.
- Die Akupunktur zur Behandlung Abhängiger sollte ausgebaut werden.

- Zur medikamentengestützten Intervention sollte medizinische Expertise eingeholt werden.
- In Kliniken sollte die kurzfristige Aufnahme von Crackkonsumenten ermöglicht werden.
- Ambulante und stationäre Angebote sollten besser miteinander vernetzt werden.

Angesichts der prekären Haushaltslage der meisten Kommunen wird es keine öffentlichen Mittel für die Entwicklung völlig neuer, auf bestimmte Gruppen ausgerichtete Angebote geben. Die Drogenhilfe ist daher gefordert, Personal- und Sachmittel so umzuschichten, dass sie auf den veränderten Bedarf mit einer Erweiterung ihrer bereits vorhandenen Angebote reagieren kann.

Crackkonsumenten in Angeboten der akzeptierenden Drogenarbeit

Da die Einrichtungen der akzeptierenden Drogenarbeit wie z. B. Konsumräume und Kontaktläden immer häufiger auch von Crack-/Kokainkonsumenten genutzt werden, verschärfen sich dort die ohnehin vorhandenen Probleme: Bei Crack liegen die Orte des Konsum und des Handels noch näher zusammen als z. B. bei Heroin, weshalb es schwieriger wird, Hilfsangebote und Szene voneinander abzugrenzen. Vor allem großen Anlaufstellen gelingt es nicht mehr, die Szene und szenetypische Verhaltensweisen auszuschließen. Ihrem Anspruch, den Klienten einen Schutzraum zu bieten, können sie dann kaum noch gerecht werden. Dadurch verlieren die Hilfseinrichtungen auch ihre solidarisierende Funktion als Orte für Menschen, die von der Prohibition betroffen sind.

Aufgrund der Dynamik des Crackkonsums sind niedrigschwellige Einrichtungen umso mehr gefordert, Grenzen zu formulieren und sie auch konsequent durchzusetzen. Verbote, in der Einrichtung Crack zu rauchen, Hausverbote, Schließung offener Bereiche, Ausgabe von Besucherausweisen, private Wachleute an den Eingängen: mit Maßnahmen dieser Art versuchen z. B. Gesundheitsräume und Kontaktläden, eine

Schließung wegen Verstoßes gegen rechtliche Auflagen oder wegen der Proteste der Nachbarschaft zu verhindern.

Einrichtungen, die Konsummöglichkeiten bieten, leiden besonders unter dem gestörten Sozialverhalten mancher Nutzer, wie eine Auswertung der besonderen Vorkommnisse im Kontaktladen (mit Notschlafstelle und Konsumraum) von „La Strada“¹⁹ im Zeitraum 1.5.2000–30.4.2001 ergab. Die Mitarbeiter wurden überaus häufig beleidigt, bedroht und tätlich angegriffen, und auch zwischen den Klienten kam es vielfach zu Belästigungen, Bedrohungen und Schlägereien. Dieses Gewaltpotenzial lässt sich mit besonderen Maßnahmen wie z. B. Verstärkung des Personals und De-Eskalation allerdings reduzieren (AG Crack 2001). Gewalt und Verletzung von Regeln haben natürlich viele Ursachen, die in solchen Einrichtungen zusammentreffen: die Wirkungen und Folgewirkungen des Crack-/Kokainkonsums, die Auswirkungen der Repression, Aggressionen aufgrund sozialer und gesundheitlicher Verelendung.

Angesichts dessen gilt es, die letzten Jahre akzeptierender Drogenarbeit einer Inventur zu unterziehen. Es scheint geboten, sich wieder mehr auf Überlebenshilfen und die Befriedigung von Grundbedürfnissen zu konzentrieren, um es Drogengebrauchern zu ermöglichen, sich aus dem Szeneleben zu lösen. Zugleich ist zu bedenken, dass jedes institutionelle Angebot immer auch unerwünschte Nebeneffekte hat. Das „Lernen am Modell“, z. B. von Konsumräumen oder anderen niedrigschwelligen Angeboten, ermöglicht die Entwicklung innovativer Ansätze zum Umgang damit.

Kommunale Ordnungspolitik und (akzeptierende) Drogenhilfe

Die Auflösung oder Vertreibung von Drogenszenen hat die kommunale Drogenpolitik oft damit gerechtfertigt, dass es doch niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe gebe. Den Erfolg solcher Maßnahmen hat man u. a. daran gemessen, inwieweit es gelungen war, Drogenkonsum

19 „La Strada“ ist ein Projekt der Frankfurter AIDS-Hilfe e.V.

menten aus dem Straßenbild zu verbannen (Klee 1994). Mit dem zunehmenden Crackkonsum in den Großstädten ist die Rolle der Polizei noch um einiges problematischer geworden, denn bei kaum einer anderen Droge liegen Handel und Konsum so häufig „in einer Hand“ wie bei Crack. Von polizeilicher Verfolgung sind daher in erster Linie die Konsumenten betroffen, Menschen also, die ohnehin schon große gesundheitliche, soziale und finanzielle Probleme haben. Andererseits ist es notwendig, dass die Polizei vor Ort ist und Ermittlungen anstellt, wie sich z.B. in Hamburg zeigte. Dort nämlich kam es, nachdem man die Polizeipräsenz reduziert hatte, sehr rasch zu einer Zunahme des Crackangebots. Zudem beklagten Mitarbeiter von Therapie-Einrichtungen, die Dealer würden vor den Eingängen aggressiv um Kundschaft werben. Überhaupt scheint es die Drogenhilfe oft zu begrüßen, wenn die Polizei den aggressiven Handel besonders im Umfeld ihrer Einrichtungen stört und so verhindern hilft, dass Behandlungserfolge zunichte gemacht werden.

Polizei und Drogenhilfe haben also durchaus gemeinsame, aber auch unterschiedliche Interessen, die zwischen beiden Seiten vermittelt werden müssen²⁰ – was zu gelingen scheint. Denn wo man sich früher misstrauisch bis feindselig begegnete und einen Brückenschlag zwischen Hilfe und Kontrolle rundheraus ablehnte, bemüht man sich heute um ein gemeinsames Krisenmanagement, wohl wissend, dass keine der beiden Instanzen für sich beanspruchen kann, das „Drogenproblem“ alleine lösen zu können. So hat mit dem Einzug von Crack in die Hamburger und Frankfurter Drogenszenen die Kommunikation und Kooperation zwischen Drogenhilfe und Polizei deutlich zugenommen. Der Dialog zwischen beiden Seiten erfolgt sowohl regelmäßig im institutionellen Rahmen (in Frankfurt/Main in den „Montagsrunden“) als auch bei Bedarf, so etwa, um Absprachen zu treffen.

20 *Torsten Seeland, Leiter der Revierwache 11 im Hamburger Stadtviertel St. Georg, schlug 2001 den Einsatz so genannter Milieubeamter vor, die zwischen den Anliegen der Drogenhilfe und denen der Polizei vermitteln sollen.*

Ausblick

Angesichts der Verelendung vieler Crackkonsumenten in Großstädten wie Hamburg, Frankfurt/Main und Hannover sind neue Anstrengungen unerlässlich, um die Situation zu entschärfen. Mehr Polizei auf der einen und mehr „helfender Zwang“ auf der anderen Seite sind jedoch keine tauglichen Ansätze. Gefragt ist vielmehr eine verstärkte Kommunikation zwischen Drogenhilfe, Forschung, Polizei und Politik, um trotz unterschiedlicher Aufgaben Lösungen zu finden, die von allen Beteiligten getragen werden können. Die bisher gesammelten Erkenntnisse und Daten könnten dabei als Grundlage genutzt werden.

Konzeptionelle Überlegungen zur Entschärfung der Situation werden derzeit allerdings von der Finanzkrise der Kommunen überschattet. Hinzu kommt, dass die niedrigschwellige Drogenhilfe insgesamt vor einer schweren Belastungsprobe steht: zum einen wegen drohender oder zum Teil bereits erfolgter Kürzungen der öffentlichen Mittel, zum anderen wegen des „Bewusstseinswandels“ in Politik und Öffentlichkeit, der dazu führt, dass die Lobby für die auf Schadensminimierung zielende Drogenhilfe immer mehr schwindet. War sie so erfolgreich, dass das Interesse nachlässt, oder stehen wir vor neuen ideologischen Debatten um Psychiatrisierung und Repression? Tatsächlich scheint sich ein ungleicher Machtkampf anzubahnen, der die Situation beileibe nicht verbessern kann. Die Frage „Können oder wollen wir uns niedrigschwellige Drogenhilfe-Angebote noch leisten?“ wird vielerorts bereits offen gestellt. Personalabbau, Einschränkung der Öffnungszeiten und Schließung ganzer Einrichtungen sind bereits Realität. Dadurch werden die bisherigen Erfolge (weniger Drogennotfälle und -todesfälle) leichtfertig aufs Spiel gesetzt.

Literatur

Barendregt u. a. 1999

Barendregt, C./van de Mheen, D./Blanken, P.: Het roken van cocaine-base in Rotterdam; de invloed van gebruiklocatie en zelfcontrolemechanismen. In: *ivo bulletin Het Rotterdams Drug Monitoring Systeem*, 2(2)

Baumeister 2001

Baumeister, C.: Stellungnahme auf der Tagung „Crack – Stein(e) des Anstoßes“ der Grünen/Alternative Liste (GAL) am 16.5.2001 in Hamburg

Boekhut van Solinge 2001

Boekhut van Solinge, T.: Op de pof. Cocainegebruik en gezondheid op straat. Amsterdam: Stichting Mainline 2001

Drogenbeauftragte 2000

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2000, vorgelegt im Mai 2001

Drogenbeauftragte 2001

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2001, vorgelegt im Mai 2002

Drogenbeauftragte 2002

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Sucht- und Drogenbericht 2002, vorgelegt im April 2003

FHH o.J.

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung/Amt für Schule/TK: Baustein 5: Coca, Kokain und Crack. Hamburg o.J.

Gomez 1988

Gomez, A.P.: Der Gebrauch von Kokain: Einige Bemerkungen zu seiner Auswirkung und Behandlung. In: *Bildung und Erziehung*, 41, S. 139 ff.

Haasen 1998

Haasen, C.: Klinischer Verlauf der Abhängigkeit von Cocain/Crack. In: Gölz, J. (Hg.): *Moderne Suchtmedizin*, 1. NL – 10/1998, S. 1–3

Haasen 2004

Haasen, C.: Die Wirkung von Crack. In: Stöver, H. (Hg.): *Kokain und Crack – Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote*. Freiburg: Lambertus 2004

Hamburger Abendblatt 1994

Todesdroge Crack in Hamburg auf dem Vormarsch. In: *Hamburger Abendblatt*, 8.1.1994

Hess 1989

Hess, H.: Der illegale Drogenhandel: Kokain. In: Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.): *Drogen und Drogenpolitik: ein Handbuch*. Frankfurt am Main/New York: Campus 1989, S. 458 ff.

IFT 2001

Institut für Therapieforchung: Repräsentativerhebung über den Konsum psychoaktiver Substanzen in der erwachsenen Bevölkerung von 18 bis 59 Jahren. Datenerhebung aus dem Jahr 2000 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München: Institut für Therapieforchung 2001

Jugend hilft Jugend 2000

Jugend hilft Jugend e.V.: Suchtinformativserver „Crack“ im Internet unter www.jugend-hilft-jugend.de/suchtinformativ/Crack.html

Kemmesies 2002

Kemmesies, U.: Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Bericht MoSyD – Forschungsmodul IV – Szenestudie. Centre for Drug Research an der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt/M. im Auftrag des städtischen Drogenreferats. Frankfurt am Main 2002

Keup/Weidig 1986

Keup, W./Weidig, W.: Erste Meldungen über „Crack“-Missbrauch in der Bundesrepublik. In: *Suchtgefahren*, 32, S. 431f.

Klee 1994

Klee, J.: Das Elend soll weg von der Straße... – Fixerräume in Deutschland. In: Klee, J./Stöver, H. (Hg.): *Drogen und AIDS*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1994, S. 110–133

Kleiber/Pant 1996

Kleiber, D./Pant, A.: HIV – Needle-Sharing – Sex. Eine sozioepidemiologische Studie zur Analyse der HIV-Prävalenz und riskanter Verhaltensweisen bei i.v. Drogenkonsumenten (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 69a). Baden-Baden: Nomos 1996

Kemper 2001

Kemper, W.: Herkunft, Historie und Konsum von Crack. Vortrag auf der Tagung „Crack – Stein(e) des Anstoßes“ der Grünen/Alternative Liste (GAL) am 16.5.2001 in Hamburg

Martinetz 1994

Martinetz, D.: Rauschdrogen und Stimulanzien. Geschichte, Fakten, Trends. Leipzig/Jena/Berlin: Urania-Verlag 1994

Nabben/Korf 1999

Nabben, T./Korf, D. J.: Cocaine and Crack in Amsterdam: Diverging Subcultures. In: *Journal of Drug Issues*, Sommer 1999, S. 627ff.

Oligiati 1991

Oligiati, M.: Cocain – Crack. In: Die Kette (Hg.): *Drogenmagazin*, 17(1), S. 15–18

Püschel 2001

Püschel, K.: Die pathologische Seite des Crack-Konsums. Vortrag auf der Tagung „Crack – Stein(e) des Anstoßes“ der Grünen/Alternative Liste (GAL) am 16.5.2001 in Hamburg

Reinarman/Levine (Hg.) 1997

Reinarman, C./Levine, H. G. (Hg.): Crack in America – Demon Drugs and Social Justice. Berkeley 1997

Roth 1999

Roth, M.: Das Frankfurter Crack-Street-Projekt. Ein neuer Weg der Drogenhilfe, untersucht am Beispiel des Crack-Street-Projekts Frankfurt am Main. Fachhochschule Frankfurt a. M. 1999 (unveröff. Dipl.-Arb.)

Sahihi 1991

Sahihi, A.. Designerdrogen: die neue Gefahr. 2. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz 1991

Schmid/Vogt 2003

Schmid, M./Vogt, I.: Auswertung der Daten der Konsumraum-Dokumentation in Frankfurt am Main, 1. Halbjahr 2003

Schweer/Strasser 1994

Schweer, T./Strasser, H.: Die Straßendroge Crack: eine erste Bestandsaufnahme. In: *Sucht*, 2/1994, S. 121–126

SPIEGEL 1986

Der Spiegel, 43/1986, S. 150

Stöver 2004

Stöver, H. (Hg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfsangebote. Freiburg: Lambertus 2004

Stone u. a. 1990

Stone, N./Fromme, M./Kagan, D.: Leistungsdroge Kokain. Szenen-Report und Ausstiegshilfen. Weinheim und Basel: Beltz 1990

Täschner/Richtenberg 1988

Täschner, K.-L./Richtenberg, W.: Crack. In: *Koka und Kokain*. 2. Aufl. Köln 1988, S. 69 ff.

Visser 2001

Visser, H.: Pauluskerk in Rotterdam – ein niedrighschwelliges Hilfsangebot für Drogenkonsument(inn)en. Schriftl. Vortrag auf der Fachtagung „ÜberLEBEN in Drogenszenen“ vom 18.6.–20.6.2001 in Nürnberg

Vogt u. a. 2000

Vogt, I./Schmid, M./Roth, M.: Crack-Konsum in der Drogenszene in Frankfurt am Main: Ergebnisse empirischer Studien. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23(2), S. 5–13

Interkulturelle Drogen- und Aidshilfe

..... **Ramazan Salman**

HIV, Aids und Drogenkonsum bei Migranten

Der „Ausländeranteil“ in Deutschland lag Ende des Jahres 2000 bei 8,9 % (über 7 Millionen).¹ Gemessen daran stellen Menschen nichtdeutscher Herkunft einen überproportional großen Anteil an den gemeldeten Aidsfällen² und HIV-Neuinfektionen: Von den insgesamt bis zum Jahr 1998 registrierten etwa 18.000 Aidsfällen stellen sie fast 14 %³;

- 1 Quelle: Bericht der Unabhängigen Kommission „Zuwanderung“, im Internet unter http://www.bmi.bund.de/dokumente/Artikel/ix_46876.htm? Darunter fallen 5,8 Millionen ausländische Ein- und Zuwanderer sowie 1,5 Millionen in Deutschland geborene Ausländer. Darüber hinaus lebten Ende 2000 in Deutschland schätzungsweise 3,2 Millionen Menschen, die als Aussiedler oder Spätaussiedler zugewandert sind, und rund eine Million Menschen, die im Inland eingebürgert wurden. Insgesamt liegt der Anteil der ein- bzw. zugewanderten Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung bei fast zwölf Prozent.
- 2 Insgesamt stieg die Zahl der gemeldeten Aidsfälle von „Ausländern“ in Deutschland von 1990 bis 1998 stetig an (Weilandt u. a. 2000, S. 42).
- 3 Laut Robert Koch-Institut in Berlin wurden bis zum 30.06.1999 in Deutschland 18.239 Aidsfälle gemeldet, bis zum 30.06.2003 stieg die Zahl auf 22.372 (Quelle: Halbjährlicher Bericht zur HIV/Aids-Situation in Deutschland, Epidemiologisches Bulletin vom 11. August 2003/Sonderausgabe B, http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/2003/B_03.PDF).

54 % davon kamen aus europäischen Herkunftsländern einschließlich der Türkei, 20 % aus Afrika, 17 % aus Nord- und Südamerika und 8 % aus Asien. Unter den 1.649 zwischen dem 1.7.2002 und dem 30.6.2003 gemeldeten, in diesem Zeitraum neu diagnostizierten HIV-Infektionen bilden Personen, die aus Ländern mit einer hohen HIV-Verbreitung in der allgemeinen Bevölkerung stammen⁴, mit 19 % die zweitgrößte Gruppe (nach Männern, die Sex mit Männern haben).

Hinzu kommt, dass Migranten einem deutlich höheren Suchterkrankungsrisiko ausgesetzt sind als die durchschnittliche Gesamtbevölkerung (Salman u. a. [Hg.] 1999; Abdulrahim u. a. 1994; Council of Europe 1998). So geht man beispielsweise davon aus, dass in Köln etwa ein Drittel der Konsumenten illegaler Drogen Migranten sind (Beauftragte der Bundesregierung 2000). Auch für Hannover ist (basierend auf den Kriminalstatistiken) der Anteil der Ausländer an den opiatabhängigen Drogenkonsumenten auf ein Drittel geschätzt worden. Dabei handelt es sich vor allem um Migranten aus der Türkei (und hier überwiegend um männliche Jugendliche) sowie um russischsprachige Menschen aus Osteuropa (hier sind es neben Jugendlichen auch junge Erwachsene und ältere Männer; vgl. Salman u. a. [Hg.] 1999). Von den Patienten in stationären Entwöhnungsbehandlungen waren 1998 aber nur 4,1 % nichtdeutscher Herkunft (Czycholl [Hg.] 1998, S. 91ff.) – das entspricht nicht einmal der „Ausländerquote“ von 8,9 %.

Lazaridis (1988) erklärt dies damit, dass Migranten in frühen und mittleren Erkrankungsstadien von sich aus keine Hilfe suchen. Eine Behandlung erfolge meistens erst dann, „wenn die Erkrankung bereits ein Endstadium erreicht hat oder aber durch komplexe migrationspezifische Faktoren eine schwerwiegende Krisensituation aufgetreten ist, die eine Einweisung unvermeidbar macht“. Ein weiterer Faktor wird in der Furcht betroffener Patienten vor ausländerrechtlichen Sanktionen gesehen, die bis hin zur Ausweisung führen können (Kaya 1999, Huber 1998). Das Ausländergesetz (AuslG) unterscheidet nicht zwischen hilfebedürftigen Suchtkranken oder Dealern; in § 47, Absatz 1, Ziffer 2 wird

4 Z.B. aus den Ländern südlich der Sahara; es ist anzunehmen, dass der überwiegende Teil dieser Personen sich in den Herkunftsländern infiziert hat.

festgelegt, dass Ausländer ausgewiesen werden, wenn sie wegen vorsätzlicher Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) „rechtskräftig zu einer Jugendstrafe von mindestens zwei Jahren oder einer Freiheitsstrafe“ ohne Bewährung verurteilt worden sind.

Migration als Herausforderung für die Aids- und Drogenhilfe

Vor diesem Hintergrund stehen Aids- und Drogenhilfe vor großen Herausforderungen für Prävention, Beratung, Betreuung und Therapie. Erforderlich ist hier insbesondere ein professioneller Umgang mit kulturellen Unterschieden im Hinblick auf Geschlechterbeziehungen, Sexualpraktiken, Verhütung, Präventionskenntnisse und Umgang mit bzw. Sichtweisen zu Suchtmitteln. Die Professionellen in diesen Arbeitsfeldern lassen jedoch häufig Hilflosigkeit und Unbehagen im Umgang mit ihren nichtdeutschen Klienten und Patienten erkennen und brauchen Unterstützung, um vorhandene und bewährte Angebote auch für Migranten zugänglich machen zu können.⁵ Hierzu gehören beispielsweise die Bereitstellung und Finanzierung geeigneter Dolmetscher, Fortbildungsangebote oder interkulturelle Supervision.

Generell lassen sich die komplexen Herausforderungen nur innerhalb der bereits vorhandenen Strukturen bewältigen. Kulturelle Unterschiede zwischen Mitarbeitern des Hilfesystems auf der einen und Migranten auf der anderen Seite können aber zu erheblichen Kommunikationsproblemen führen sowie dazu, dass die Probleme der Klienten nicht adäquat eingeschätzt werden; auch können die Erwartungen bezüglich der Hilfe und Unterstützung weit auseinander gehen. Aus diesen Gründen ist es wichtig, begleitend zu vorhandenen Diensten kulturspezifische und migrationssensible Angebote zu ent-

5 Bei der Planung und Entwicklung von Angeboten für Migranten müssen daher neben der „Klientenseite“ auch die Perspektiven und Erwartungen der Professionellen Berücksichtigung finden. Sie sollten an Lösungskonzepten beteiligt werden, denn schließlich sind sie es, die letztendlich die Praxis gestalten.

wickeln und die Zusammenarbeit mit spezialisierten Migrationsdiensten zu verstärken (dies immer als Ergänzung verstanden, nicht als Konkurrenz oder Ersatz). Angesprochen sind hier migrationsorientierte Aids- und Drogenberatungsdienste wie das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover (Salman u. a. [Hg.] 1999), das – mittlerweile aufgelöste – türkische AIDS Danisma Merkezi oder die „Anlauf- und Koordinierungsstelle zur gesundheitlichen Aufklärung von MigrantInnen“ (AKAM⁶; beide Berlin) sowie Suchthilfedienste wie die Langzeittherapie-Einrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft oder Abstammung „mudra/Dönüş“ in Nürnberg⁷ (siehe Kaya 1999), die Fachklinik Hohenrodt für abhängigkeitskranke Männer⁸, die über langjährige Erfahrungen besonders mit osteuropäischen Migranten und Aussiedlern verfügt (vgl. Czycholl [Hg.] 1998), oder die interkulturelle Sozialtherapieeinrichtung für Drogenabhängige aus dem türkischen und arabischen Kulturraum „ODAK/Nokta“ in Berlin (vgl. Akbiyik 1999).⁹

Doch auch wenn es wünschenswert ist, dass sich die Aids- und Drogenhilfe künftig an solchen erfolgreichen spezialisierten Migrationsdiensten orientiert und mit ihnen zusammenarbeitet – allein reicht dies nicht aus, ebenso wenig wie die (zweifelloso erforderliche) verstärkte Berücksichtigung von Migranten bei der Besetzung von Arbeitsstellen. Gefragt sind vielmehr auch die deutschen Mitarbeiter in den vorhandenen Regeldiensten: Sie müssen ihre kulturellen und interkulturellen Kompetenzen erweitern (siehe unten), damit die Versorgung in vollem Umfang und mit einem differenzierteren Spektrum für Migranten zugänglich wird.

6 <http://home.snafu.de/via.akam/>

7 <http://www.mudra-online.de> und <http://www.doenues-drogentherapie.de>. *Mudra* (aus dem Sanskrit): eine nach außen sichtbare innere Veränderung. *Dönüş* (türkisch): Wende.

8 Caritas-Zentrum für interkulturelle Suchtberatung und Therapie; <http://www.caritas-fachklinik-hohenrodt.de>

9 In den genannten Einrichtungen arbeiten mehrsprachige Teams, die vielen Migranten Beratung oder Behandlung in ihrer Muttersprache anbieten können.

Migrationsspezifische und soziokulturelle Rahmenbedingungen für interkulturelle Hilfsangebote

Bei der Ausrichtung der Regelversorgung auf Patienten/Klienten bzw. „Kunden“ mit Migrationshintergrund müssen herkunftsgesellschaftliche, migrationsspezifische und sozio- bzw. subkulturelle Hintergründe berücksichtigt werden. So kommen etwa viele Klienten aus einer „Wir“-Gesellschaft oder -Subkultur, in welcher – anders als in unserer stark individualisierten „Ich“-Gesellschaft – noch kollektivistische Sichtweisen dominieren (vgl. z. B. Krause 2001), Interessen des Einzelnen also denen der Familie bzw. dem Gemeinwohl untergeordnet werden. In vielen Migrantenfamilien ist besonders die ältere Generation vehement bemüht, den Familienverbund nicht auseinander fallen zu lassen und „Individualisierungstendenzen“ zu unterbinden; dem „Ansehen“ und der „Ehre“ sowie dem „Schutz“ der Familie hat sich jedes einzelne Mitglied unterzuordnen. Bei Suchtproblemen wird daher in der Regel versucht, diese innerhalb der Familie oder der eigenen Gemeinschaft „verschwiegen“ zu lösen. So machen z. B. viele türkische Migranten bei einem Heimataufenthalt einen „kalten“ Entzug, d. h. ohne medikamentöse Behandlung und/oder die Gabe von Ersatzstoffen (Substitution). Nach der Rückkehr kommt es dann nach nur kurzfristiger Abstinenz meistens rasch zum Rückfall und einer weiteren Verschlechterung der Lage der Betroffenen. Lässt sich der Drogenkonsum eines Familienmitgliedes nicht mehr verheimlichen, wird dieses meist verstoßen (es handelt sich also, metaphorisch gesprochen, um die Entfernung des kranken Organs aus dem Familienkörper zum Schutz des Gesamtgefüges). Nur selten und dann meist auf Initiative der Mütter, die „eher noch als die Väter über die Probleme ihrer Kinder informiert sind“ (Yüksel 1999, S. 31), entscheidet sich die Familie dafür, das kranke Mitglied zu unterstützen (hier geht es, wieder bildlich gesprochen, um die Heilung des kranken Organs des Familienkörpers zur Sicherung des Überlebens des Gesamtorganismus). Mütter von Betroffenen sind daher wichtige Ansprechpartnerinnen, wenn man für Soli-

darität, Verständnis und Unterstützung wirbt und sich für den Abbau von Vorurteilen einsetzt.

Man sollte sich stets vor Augen halten, dass Migrationsprozesse, also das Anpassen an neue gesellschaftliche Strukturen und kulturelle Standards, schwierig und schmerzhaft sind – verlangen sie doch die Einsicht, dass man nicht so bleiben kann, wie man ist. Zudem muss man Ängste, die durch den Verlust kultureller Werte ausgelöst werden, verstehen und aushalten. Migranten, die sich zumindest in gewissem Maße in die Aufnahmegesellschaft integrieren wollen, um nicht am Ende in einem ethnischen oder kulturellen Reservat zu bleiben, sind oft mit Generationskonflikten und innerfamiliären Zerreißproben, isolierenden und ethnisierenden Lebensbedingungen, Identitätskrisen, Rollenverlust und -diffusion sowie Entwurzelungs-, Trennungs-, Verlust- und Enttäuschungsgefühlen konfrontiert. So sehen etwa viele türkische Mitbürger, aber auch Spätaussiedler die in ihrer eigenen Kultur überlieferten Beziehungsstrukturen zwischen Mann und Frau sowie zwischen Jung und Alt in Frage gestellt oder die Art und Weise, in der die Religiosität erlebt und praktiziert wird. Gleiches trifft auf die Erziehungsstile zu – die sehr wichtig sind; schließlich sollen die Kinder gute Startchancen bekommen.

Zu berücksichtigen ist auch, dass ein Großteil der Migranten ein anderes Verständnis von und ein anderes Umgehen mit Krankheit und Gesundheit, Sexualität und Drogenkonsum mitbringen, was sowohl Prävention als auch Beratung, Betreuung und Therapie ohne Zweifel erschwert.¹⁰ Organisationsform und Stil der in Deutschland praktizierten Aids- und Suchthilfe sind ihnen kaum zu vermitteln: Menschen aus Gesellschaften, in denen Drogenkonsum vor allem mit repressiven Ansätzen bekämpft wird, zeigen oft Misstrauen gegenüber jeglichen Hilfsangeboten, da sie nicht zwischen staatlicher Organisation und Suchthilfesystem unterscheiden können – geschweige denn den An-

10 So kommt es etwa bei Türken nur selten vor, dass Angehörige suchtkranke Verwandte in stationären Einrichtungen für Entzugstherapien besuchen – ganz im Gegenteil werden viele junge Männer wegen ihrer Krankheit eher aus der Gemeinschaft verstoßen als in ihrer Therapie unterstützt (das gilt erst recht für Aidskranke).

satz der akzeptanzorientierten Drogenarbeit verstehen. Viele Migranten tun sich daher schwer, Informationen über sich preiszugeben, und manche – insbesondere Aussiedler – sehen im „liberalen“ Ansatz moderner Suchthilfe die Ursachen dafür, dass es überhaupt zu „Drogenproblemen“ kommt. Ähnliches lässt sich auch bezogen auf HIV und Aids beobachten: Menschen aus Gesellschaften, in denen der Informationsstand zu Übertragungswegen und Präventionsmöglichkeiten niedrig ist, neigen zu übertriebenen Ansteckungsängsten und weniger zur Solidarität mit Infizierten und Erkrankten.

Für das professionelle Arbeiten in Beratung und Therapie kommt es daher vor allem darauf an, in den Familiensystemen – und hier besonders bei den Eltern – Lern-, Reflexions- und Verständigungsprozesse (hierzu gehört auch die Thematisierung des Konflikts zwischen kollektivistischer und individualistischer Haltung) anzuregen, gegebenenfalls zu organisieren und zu unterstützen. Basierend auf seinen Erfahrungen mit stationären Entwöhnungsbehandlungen für suchtkranke russischsprachige Patienten hat Czycholl dafür folgende Leitlinien aufgestellt: „Der soziokulturelle Erfahrungshintergrund der Migranten und der anderen Beteiligten des therapeutischen Prozesses muss Gegenstand ständiger Reflexion und Diskussion sein. Die Erfahrung der Migration mit ihren vielfältigen Implikationen muss einer der Bezugspunkte sowohl der Sozio- und Psychodiagnostik als auch der individuellen Therapieplanung und der konkreten therapeutischen Interventionsstrategie sein. Spezialisierung bedeutet nicht, Spezialkenntnisse Einzelner nebeneinander zu stellen, sondern Bewusstseinsbildung des gesamten komplexen Bezugssystems in einem fortwährenden Auseinandersetzungsprozess auf kognitiver und emotionaler Ebene“ (Czycholl [Hg.] 1998, S. 91ff.).

Interkulturelle Kompetenz als Voraussetzung für interkulturelle Aids- und Drogenhilfe

Integrative und kultursensible Aids- und Drogenhilfe orientiert sich in Prävention, Beratung, Betreuung und Therapie an der Lebenswirklich-

keit der Migranten und ist dem Gedanken der Emanzipation verpflichtet. Sie motiviert, beteiligt und vernetzt Vereine, Organisationen und „Keypersons“ (also „Schlüsselpersonen“) der Migranten und hilft bei der Gründung von ethno-, kultur- und muttersprachlich spezifischen Selbsthilfegruppen.

Die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter äußert sich z. B. in Haltungen gegenüber Menschen anderer kultureller Herkunft, die eher von Anteilnahme, Neugier und Interesse geprägt sind. Voraussetzung der persönlichen oder institutionellen Annäherung an Migranten ist die Selbstreflexion, das Nachdenken über eigene Haltungen und soziokulturell geprägte Wertvorstellungen. Ebenso wichtig sind Kenntnisse über soziokulturelle und migrationspezifische Hintergründe von Migranten. Interkulturell Handelnde vermeiden negative Bewertungen von Unterschieden, haben Respekt vor anderen Auffassungen, sind sich über den eigenen kulturellen Hintergrund bewusst und beziehen sprachlich oder kulturell versierte Mitarbeiter oder Mittler in ihre Arbeit ein. Sie sind bereit, sich über kulturelle und soziale Hintergründe ihrer Klienten zu informieren, und sind sich ihrer eigenen Ethnizität bewusst.

Ausblick: Praxis interkultureller Aids- und Drogenhilfearbeit

Die Vorbehalte und Barrieren gegenüber den bestehenden Hilfsstrukturen lassen sich nur durch (noch) aktive(re) Präsenz in den Lebensräumen von Migranten abbauen, denn die überwiegende Mehrheit von ihnen ist schlichtweg nicht über Aids und Drogen sowie das entsprechende Hilfesystem informiert. Am besten ist es, grundlegende Informationen dazu möglichst früh zu vermitteln, also gleich zu Beginn des Aufenthalts in Deutschland. Migranten befinden sich dann nämlich in einer Orientierungsphase, die für die spätere persönliche Entwicklung von entscheidender Bedeutung ist und in der sie noch sehr an neuen Informationen interessiert, wenig frustriert und leistungsbereit sind.

Für (deutsche) Mitarbeiter aus dem Gesundheitssystem oder aus Aids- und Drogenhilfen (z. B. Klinikärzte oder Sozialarbeiter) ist es je-

doch im Allgemeinen schwierig, etwa in eine Moschee zu gehen, um vor Ort aufzuklären und zu informieren. Hier könnte eine stärkere Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern der Wohlfahrtsverbände oder der Familienhilfe Abhilfe schaffen, die gut geeignet sind, Informationen zu Drogen und HIV/Aids in die Migranten-Communities zu „transportieren“. Bewährt haben sich auch stadtteilorientierte Aufklärungsveranstaltungen in den Communities der Migranten und Aussiedler (vgl. Salman u. a. [Hg.] 1999; Hegemann/Salman 2001). Das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover (Heise u. a. 2000) hat gute Erfahrungen mit mehrsprachigen Veranstaltungen zur Aids- und Drogenprävention in Moscheen, Gemeindehäusern oder in Sprachschulen gemacht (Salman u. a. [Hg.] 1999) und auf dieser Grundlage ein Konzept zum Einsatz von „kulturellen Keypersons“ entwickelt. Jedes Jahr bietet es gemeinsam mit Mitarbeitern aus der Aids- und Drogenhilfe eine Schulung zum muttersprachlichen Suchtpräventions- oder HIV/Aids-Berater an. Teilnehmen können Migranten, die in ihren Communities als „Keypersons“ identifiziert wurden und die auf eine erfolgreiche Integration zurückblicken. Die Absolventen der Kurse führen dann ihrerseits im Auftrag und teilweise auch in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Hilfesystems muttersprachliche Informationsveranstaltungen für Migrantengruppen durch. Auf diese Weise werden kulturelle Brücken geschlagen und Schwellenängste gegenüber dem Hilfesystem abgebaut.

Literatur

Abdulrahim u. a. 1994

Abdulrahim, D./White, D./Phillips, K./Boyd, G./Nicholson, J./Elliot, J.: Ethnicity and Drug Use. Towards the design of community interventions. Volume 4: Use of Services. London: London North East Thames Regional Health Authority/University of East London 1994

Akbiyik 1999

Akbiyik, O.: Zur Notwendigkeit interkultureller Suchthilfedienste für Migranten. In: Salman, R./Tuna, S./Lessing, A. (Hg.): *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag 1999, S. 158–169

Beauftragte der Bundesregierung 2000

Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin/Bonn (Eigenverlag) 2000

Council of Europe (Hg.) 1998

Council of Europe (Hg.): Working group on minorities and drug misuse. Consultant's final report by G. F. van de Wijngaart and F. Leenders [P-PG/Minorities (98)]. Utrecht: Council of Europe 1998 (im Internet unter http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/zp_working_group_minorities_eng.asp#TopOfPage)

Czycholl (Hg.) 1998

Czycholl, D. (Hg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten (Hohenrother Studien, Band 1). Berlin: VWB 1998

Hegemann/Salman 2001

Hegemann, T./Salman, R.: Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrieverlag 2001

Heise u. a. 2000

Heise, T./Collatz, J./Machleidt, W./Salman, R.: Das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover und die Medizinische Hochschule Hannover im Rahmen der transkulturellen Gesundheitsversorgung. In: Heise, T. (Hg.): *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (Das transkulturelle Psychoforum, Band 5). Berlin: VWB 2000, S. 139–149

Huber 1998

Huber, B.: Ausländerrechtliche Probleme suchtkranker Migrantinnen und Migranten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft* (Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 41). Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag 1998, S. 201–210

Kaya 1999

Kaya, D.: Ansätze und Erfahrungen einer Langzeittherapieeinrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft. In: Salman, R./Tuna, S./Lessing, A. (Hg.): *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag 1999, S. 170–183

Krause 2001

Krause, I.-B.: Anthropologische Modelle für die psychiatrische Arbeit. In: Hegemann, T./Salman, R. (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrieverlag 2001

Lazaridis 1988

Lazaridis, K.: Psychiatrische Erkrankungen bei ausländischen Männern. In: *Mensch, Medizin und Gesellschaft*, 13/1988, S. 21–28

Salman u. a. (Hg.) 1999

Salman, R./Tuna, S./Lessing, A. (Hg.): *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag 1999

Weilandt u. a. 2000

Weilandt, C./Huismann, A./Joksimovic, L./Klaes, L./van der Toorn, S./Winkler, J.: Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2000

Yüksel 1999

Yüksel, T.: Der kulturelle Aspekt in der Suchthilfe – Türkisch-islamische Grundhaltungen und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem. In: Salman, R./Tuna, S./Lessing, A. (Hg.): *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Gießen: Psycho-sozial-Verlag 1999

Leseempfehlungen

Aksoy 1997

Aksoy, N.: Suchtvorbeugung bei türkischen Eltern. In: Landesstelle gegen Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hg.): *Sucht und Migration*. Stuttgart: Landesstelle gegen Suchtgefahren in Baden-Württemberg 1997, S. 89–101

Pavkovic 1994

Pavkovic, G.: Aufbau von Selbsthilfearbeit für suchtkranke Mitbürger aus dem ehemaligen Jugoslawien und Überprüfung der Integration in deutsche Selbsthilfestrukturen. Projekt der Robert Bosch Stiftung: Abschlussbericht. Stuttgart: Caritasverband für Stuttgart e.V. 1994

Pavkovic 1994

Pavkovic, G.: Expertise – Suchtprävention in der interkulturellen Jugendarbeit. In: Greulich, P. (Hg.): *Neue Ansätze der Suchtprävention in Nürnberg*. Frankfurt/M.: ISS-Eigenverlag 1994

Salman 1992

Salman, R.: AIDS-Prävention und Migration: Sexuelle Probleme von männlichen türkischen Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Edition AIDS, Bd. 15). Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium 1992

Wiesner 2000

Wiesner, C.: Gesundheitsförderung mit Migranten: Eine kontrastierende Analyse deutscher und amerikanischer Programme (Magisterarbeit). Bielefeld 2000

Medizinische Verwendung von Cannabis- produkten bei HIV/Aids

..... **Franjo Grotenhermen**

Nachdem Aidskranke den therapeutischen Nutzen von Hanf (*Cannabis sativa* L.) für die Linderung ihrer Symptome entdeckt hatten, gewann in den USA Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts die Forderung nach einem legalen Zugang zur medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten in der Bevölkerung und den Regionalverwaltungen rasch an Sympathie und Unterstützung (Gieringer 2001). Mit einiger Zeitverzögerung erreichte das neu erwachte Interesse an den therapeutischen Eigenschaften der Hanfpflanze auch Europa.

Cannabisprodukte erweisen sich immer dann als besonders vorteilhafte Medikamente, wenn gleich mehrere Cannabiswirkungen therapeutisch erwünscht sind. So heißt es in einem Bericht des Medizininstituts der USA aus dem Jahre 1999 zum therapeutischen Potenzial von Marihuana: „In Fällen, in denen die Symptome vielfältig sind, könnte die Summe der THC-Effekte eine Form der Kombinationstherapie darstellen. Beispielsweise würden abgemagerte Aidspatienten vermutlich von einer Medikation profitieren, die gleichzeitig Angst, Schmerzen und Übelkeit reduziert sowie den Appetit anregt“ (Joy u. a. [Hg.] 1999).

Anwendungsgebiete von Cannabisprodukten

Appetitlosigkeit

Cannabisprodukte steigern sinnliche Erfahrungen. Das gilt auch für den Geschmackssinn. Viele Gesunde berichten, dass sie nach dem Konsum von Cannabis Appetit bekommen, dass ganz normale Lebensmittel köstlich schmecken und das Essen mehr Spaß mache. Auch eine tierexperimentelle Studie kam jüngst zu dem Ergebnis, dass Cannabinoide¹ offenbar den Reizwert der Nahrung erhöhen (Willams/Kirkham 2002).

Eine erste klinische Untersuchung zur appetitanregenden Wirkung von THC bei Krebspatienten wurde 1976 veröffentlicht. Die 54 Teilnehmer erhielten eine Woche lang dreimal täglich 2,5 bis 5 mg THC oder ein Scheinpräparat (Regelson u.a. 1976). Mit THC trat eine Gewichtszunahme von 0,2 bis 0,4 kg ein, bei Einnahme des Scheinmedikaments (Plazebo) dagegen ein Gewichtsverlust von 0,6 bis 1,0 kg. Spätere Studien ergaben, dass diese Wirkung auch bei Aidskranken eintritt (Beal u.a. 1995, Beal u.a. 1997). Dies führte im Jahre 1992 in den USA zur Erweiterung der Zulassung für das THC-Präparat Marinol® um die Indikation „Appetitlosigkeit im Rahmen von Gewichtsverlust bei HIV/Aids“.

Auch in der jüngsten dieser Studien wurde bei Aidspatienten eine deutliche Gewichtszunahme durch das Rauchen von Marihuana (dreimal täglich ein Joint) oder die Einnahme von THC-Kapseln (dreimal täglich 2,5 mg Dronabinol²) festgestellt (Abrams u.a. 2001). Innerhalb von drei Wochen nahmen die Teilnehmer in der Cannabisgruppe und in der

- 1 *Cannabinoide: charakteristische Bestandteile der Hanfpflanze, die bisher auch nur in dieser nachgewiesen wurden. Bisher sind 66 Cannabinoide bekannt, wovon sich die meisten zu Typen zusammenfassen lassen. Der pharmakologisch bedeutendste Typ ist Δ^9 -THC, zu dem neun Cannabinoide zählen; dieser Typ ist im Drogenhanf auch in der höchsten Menge enthalten. Weitere Typen sind Cannabigerol (CBG), Cannabichromen (CBC), Cannabidiol (CBD), Δ^8 -THC, Cannabicyclol (CBL), Cannabielsoin (CBE), Cannabinol (CBN), Cannabinodiol (CBDL) und Cannabitriol (CBTL).*
- 2 *Dronabinol: anderer Name für das in der Hanfpflanze vorkommende Isomer (-)- Δ^9 -trans-Tetrahydrocannabinol von Δ^9 -THC. Das THC-Präparat Marinol® enthält synthetisch hergestelltes Dronabinol, das in seiner chemischen Struktur vollständig dem natürlichen THC gleicht. Dronabinol ist seit 1998 in Deutschland verschreibungsfähig.*

THC-Gruppe im Durchschnitt etwa 3 kg an Gewicht zu, während die Gewichtszunahme in der Gruppe, die ein Placebo erhalten hatte, im Mittel nur 1 kg betrug.

Schmerzen

Eine häufige Ursache für Schmerzen bei Menschen mit HIV/Aids ist die so genannte HIV-assoziierte Neuropathie³, die sich überwiegend in fortgeschrittenen Krankheitsstadien entwickelt und schwierig zu behandeln ist. Sie kann durch die Virusinfektion selbst, aber auch durch die nervenschädigenden Eigenschaften von HIV-Medikamenten verursacht oder durch sie verschlimmert werden. Die HIV-assoziierte Neuropathie tritt bei etwa 20 Prozent der Patienten auf und äußert sich fast immer mit Taubheitsgefühl unterschiedlicher Intensität und mit schmerzhaften Missempfindungen (Parästhesien) in den Füßen, z.B. Anschwellen, Stechen, Pulsieren oder Brennen.

Angeregt durch Patientenerfahrungen, wonach sich neuropathische Schmerzen durch Cannabis positiv beeinflussen lassen, startete man am Zentrum für medizinische Cannabisforschung der Universität von Kalifornien (San Francisco) im März 2002 eine Studie mit gerauchtem Cannabis bei HIV-assoziierten Neuropathien, die nicht ausreichend auf Opiate ansprachen. Erste Ergebnisse einer kleinen Pilotstudie wurden im Herbst 2003 auf einem Kongress vorgestellt (Abrams u. a. 2003). Zehn der 16 Teilnehmer erlebten durch Cannabis eine Schmerzlinderung um mehr als 30 %. Offenbar hemmt Cannabis die Freisetzung von Neuropeptiden⁴, die für die unangenehmen Missempfindungen verantwortlich sind. Darauf scheinen auch die Ergebnisse tierexperimenteller Studien hinzuweisen (Ellington u. a. 2002).

THC und Cannabis sind mittelstarke Schmerzmittel, die in Studien mit Krebspatienten etwa so stark schmerzlindernd wirkten wie

³ HIV-assoziierte Neuropathie: in Zusammenhang mit HIV auftretendes Nervenleiden

⁴ Neuropeptide: im zentralen Nervensystem (ZNS) und auch in Zellen anderer Organsysteme gebildete Neurotransmitter mit Eiweißstruktur, die durch ein Aktionspotential freigesetzt werden und in ZNS und peripherem Nervensystem die Erregungsweiterleitung bewirken



Codein (Noyes u. a. 1975), aber wesentlich schwächer als Morphinum. Bei einigen Schmerzpatienten sind Cannabisprodukte jedoch sehr wirksam – und möglicherweise auch bei jenen, die an Neuropathien leiden.

Übelkeit und Erbrechen

Die Übelkeit lindernde und Brechreiz hemmende Wirkung der Cannabinoide wurde vor allem bei Krebspatienten überprüft, die eine Chemotherapie erhielten. Dabei wurden gerauchtes Marihuana, THC-Kapseln und einige synthetische Cannabinoide getestet (Musty/Rossi 2001, Plasse 2001). Im Allgemeinen wirkten Cannabinoide bei etwa einem Drittel der Patienten gut, bei einem weiteren Drittel mäßig gut und beim letzten Drittel gar nicht. Interessanterweise bevorzugten die meisten Patienten Cannabinoide für die weitere Behandlung auch dann, wenn diese nur wenig besser waren als die Vergleichspräparate oder gleich gut wirkten. Dies könne, wie es in einer jüngeren Analyse heißt, an ihren „nützlichen Nebenwirkungen“ liegen (Tramer u. a. 2001).

Heute werden Cannabisprodukte auch bei anderen Krankheitszuständen verwendet, die mit Übelkeitsgefühlen einhergehen können, darunter die HIV- und Hepatitis-C-Infektion.

Angst und Depressionen

Zu den „nützlichen Nebenwirkungen“ von Cannabisprodukten zählen vor allem die stimmungsaufhellenden Eigenschaften (Tramer u.a. 2001). In vielen Befragungen haben Schwerkranke die angstlösende und anti-depressive Wirkung von Cannabisprodukten beschrieben. In einigen klinischen Studien mit Aids- und Krebspatienten, bei denen nicht nur körperliche Symptome, sondern auch das subjektive Erleben erfasst wurde, steigerte sich unter der Therapie mit THC das allgemeine Wohlbefinden, auch bei vergleichsweise geringer Dosierung, die noch keine merklichen akuten psychischen Wirkungen hervorruft (Beal u.a. 1995, Regelson u.a. 1976).

Nebenwirkungen von Cannabisprodukten

Akute Nebenwirkungen

Mögliche akute Nebenwirkungen betreffen vor allem die bekannten Einflüsse auf Psyche und Denkfunktionen. Cannabis und THC beeinträchtigen Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Reaktionsfähigkeit, Feinmotorik und Bewegungskoordination, sodass die Fähigkeit zur Bewältigung kognitiver und motorischer Aufgaben, wie etwa das Führen eines Fahrzeugs, reduziert sein kann. Oft besteht diese Beeinträchtigung nur vorübergehend und verschwindet im weiteren Verlauf der Behandlung. Vor allem bei „ungeübten“ Cannabisgebrauchern und in höheren Dosen können Cannabinoide Angst verursachen, bis hin zu Panik und Todesangst.

Cannabisprodukte können aber auch auf das Herz-Kreislauf-System Wirkungen haben. Dazu zählen die Steigerung der Herzfrequenz und Blutdruckabfall im Stehen (vor allem bei schnellem Aufrichten) mit Schwindelgefühl. Möglich sind ebenso verminderter Speichelfluss mit trockenem Mund und Rachen sowie Rötung der Augenbindehaut durch

Weitung der kleinen Blutgefäße. Einige wenige Menschen reagieren auf Cannabis mit Übelkeit oder Kopfschmerzen. Und gelegentlich tritt auch das Gegenteil der gewünschten therapeutischen Wirkung ein, indem z. B. Schmerzen oder Muskelkrämpfe zu- statt abnehmen.

Alle akuten Wirkungen sind dosisabhängig, sodass es häufig möglich ist, durch langsame Steigerung eine Dosis zu finden, bei der die medizinisch erwünschten Wirkungen ohne unerwünschte Nebenwirkungen auf Psyche und Herz-Kreislauf-System eintreten. Zudem entwickelt sich innerhalb von einigen Wochen eine Toleranz, sodass Nebenwirkungen häufig nach einiger Zeit verschwinden. Bei Menschen, die gewohnheitsmäßig Cannabis konsumieren, kommt es nicht mehr zu einer Steigerung der Herzfrequenz oder zu Änderungen des Blutdrucks, und auch die Wirkungen auf die Psyche sind stark abgeschwächt.

Nebenwirkungen einer Langzeitbehandlung

Ein besonderer Vorteil von Cannabisprodukten ist, dass sie innere Organe nur gering schädigen. Auch starker Cannabiskonsum führt im Allgemeinen nicht zu messbaren Schäden. Cannabis besitzt ein Suchtpotenzial, allerdings spielen Abhängigkeit und Sucht bei therapeutischer Verwendung keine große Rolle. Eine missbräuchliche Verwendung des THC-Präparates Marinol® wurde bisher nicht beobachtet. Entzugssymptome können auch bei therapeutischen Dosen auftreten, jedoch überwiegend bei Konsumenten, die Cannabis zu Rauschzwecken konsumieren und langfristig hohe Dosen verwenden. Sie äußern sich einige Tage lang durch Unruhe, Reizbarkeit oder Schlaflosigkeit.

Im Tierversuch zeigen Cannabinoide in hohen Dosen komplexe Wirkungen auf männliche und weibliche Geschlechtshormone. Außerdem hemmt hoch dosiertes THC im Tier- und Zellversuch verschiedene Immunfunktionen. Bei therapeutischen Dosen wurden bisher allerdings keine starken immununterdrückenden Wirkungen beobachtet. In verschiedenen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass Cannabiskonsum nicht den Verlauf einer HIV-Erkrankung beschleunigt.

Beim Inhalieren von Cannabis mittels Rauchen treten zu den bekannten Risiken die lokalen Risiken für die Schleimhäute des Atem-

und des oberen Magen-Darm-Trakts, wie z.B. chronische Bronchitis und Krebsentwicklung. Hinsichtlich der Aufnahme Krebs erregender Substanzen entspricht eine Cannabiszigarette etwa vier Tabakzigaretten. Die Inhalation mit so genannten Verdampfern, die das Pflanzenmaterial auf 160 bis 190° C erhitzen, sodass ätherische Öle und Cannabinoide ohne Verbrennung verdampfen, reduziert die Bildung giftiger Verbrennungsprodukte.

Wechselwirkungen

In Studien hat man Cannabisprodukte mit einer Vielzahl von Medikamenten kombiniert, ohne dass bisher starke Wechselwirkungen beobachtet wurden. Von klinischer Bedeutung sind vor allem die Verstärkung der dämpfenden Wirkung anderer bewusstseinsverändernder Substanzen (Alkohol, Benzodiazepine) und Wechselwirkungen mit Substanzen, die auf das Kreislaufsystem wirken (Amphetamine, Adrenalin, Atropin, Betablocker usw.). Indometacin, Acetylsalizylsäure⁵ und andere nichtsteroidale Antiphlogistika⁶ können THC-Wirkungen hemmen bzw. abschwächen.

In einer klinischen Studie mit Aidspatienten wurde ein nur geringer Einfluss von gerauchtem Cannabis oder oral eingenommenem Dronabinol auf die Wirksamkeit antiretroviraler Medikamente festgestellt, sodass die Autoren die gleichzeitige Verwendung von Cannabisprodukten und HIV-Medikamenten als unproblematisch ansahen (Kosel u. a. 2002).

Präparate

In Deutschland sind zwei Cannabinoide legal für die medizinische Verwendung zugänglich, Dronabinol und Nabilon⁷. Dronabinol ist unter dem Namen Marinol® als Fertigarzneimittel erhältlich; Marinol®-Kapseln werden von entsprechenden Firmen aus den USA importiert. Zwei

⁵ Acetylsalizylsäure: Abk. ASS, Schmerzmittel, Handelsname z.B. Aspirin®

⁶ nichtsteroidale Antiphlogistika: entzündungshemmende Mittel, die nicht zur Gruppe der Steroide gehören; Steroide sind wichtige organische Verbindungen (z.B. Cortison)

⁷ Nabilon: synthetischer THC-Abkömmling, der therapeutische Verwendung findet und in Deutschland ebenfalls vom Arzt verschrieben werden kann

deutsche Firmen, THC Pharm in Frankfurt und Bionorica in Neumarkt, stellen ebenfalls Dronabinol her, das von Apotheken zur Herstellung von Rezeptur-Arzneimitteln (Tropfen, Kapseln) bezogen werden kann. Was die medizinischen Wirkungen von Nabilon anbetrifft, so entspricht 1 mg dieses Präparats etwa 10 mg Dronabinol. Nabilon wird von entsprechenden Firmen aus Großbritannien importiert.

Natürliche Cannabisprodukte sind in Deutschland grundsätzlich verboten. Es gibt allerdings Pläne, einen natürlichen Cannabisextrakt

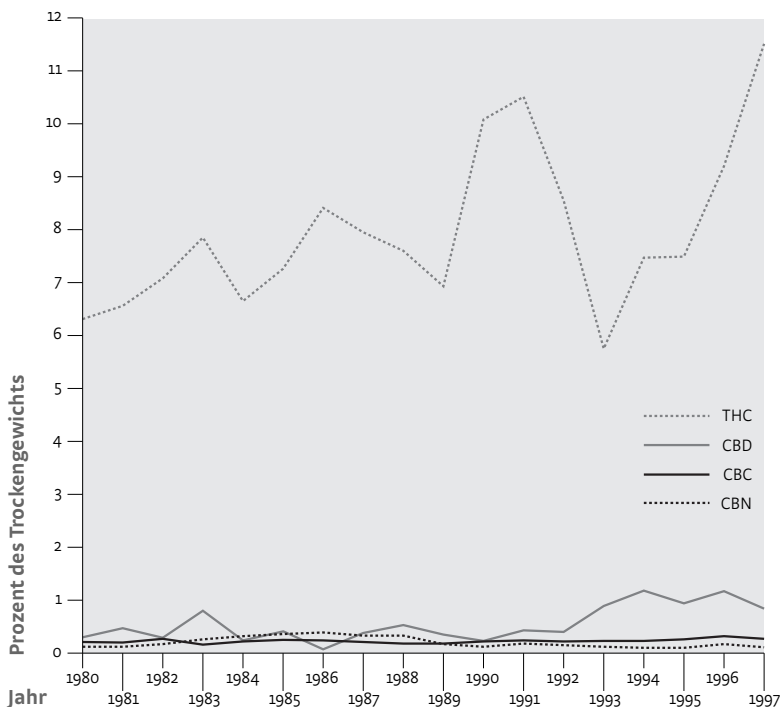


Abbildung: (gez. nach Daten von ElSohly u. a. 2000): Mittlere Konzentrationen der vier Cannabinoide THC, CBD, CBC und CBN in einigen Tausend Proben von Marihuana, das in den USA polizeilich beschlagnahmt worden war. Dieses Marihuana hatte man nach der so genannten Sinsemilla-Methode angebaut; dabei werden die männlichen Pflanzen frühzeitig entfernt, damit die weiblichen Pflanzen nicht bestäubt werden und keine Samen ausbilden (spanisch: „sin semilla“ = „ohne Samen“), sondern verstärkt Cannabinoide produzieren.

zur medizinischen Verwendung zuzulassen. Eine entsprechende Rezepturvorschrift, die der Deutsche Arzneimittel-Codex (DAC) entwickelt hat, wurde im Sommer 2003 dem Bundesgesundheitsministerium übergeben, das auf dieser Grundlage eine Vorlage zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes erarbeiten kann.

Dosierung und Dosisfindung

Wie Menschen auf Cannabisprodukte reagieren, ist individuell sehr unterschiedlich. Dies gilt für therapeutisch erwünschte wie auch für unerwünschte Wirkungen. Bei oraler Gabe kommt es im Allgemeinen bei etwa 10 bis 15 mg THC zu Marihuana-typischen Veränderungen des Bewusstseins und der Sinneswahrnehmungen, bei einigen Konsumenten treten jedoch bereits bei Einzeldosen von 5 mg oder gar 2,5 mg unerwünschte Nebenwirkungen auf.

Um Überdosierungen zu vermeiden und schrittweise Erfahrungen mit dem neuen Präparat sammeln zu können, sollte daher zunächst mit kleinen Dosen begonnen werden, das heißt mit zweimal 2,5 mg oder zweimal 5 mg Dronabinol oral pro Tag. Bei Bedarf und je nach Verträglichkeit kann die Menge deutlich gesteigert werden. Einstiegsdosierungen bei illegalen Produkten sind 0,05 bis 0,1 g Marihuana bzw. Haschisch. Nach einer anonymen Umfrage unter Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin (ACM) betrug die mittlere Dronabinol-Dosis bei den Befragten 15 mg (Spanne: 4 bis 35 mg) und die mittlere Cannabisdosis 1,3 g (Spanne: 0,02 bis 3,5 g) (Grotenhermen/Schnelle 2003).

Literatur

Abrams u. a. 2001

Abrams, D.I./Leiser, R. J./Hilton, J. F. u. a.: Short-term effects of cannabinoids in patients with HIV infection. In: *Congress on Cannabis and the Cannabinoids*. Köln: International Association for Cannabis as Medicine 2001, S. 7

Abrams u. a. 2003

Abrams, D. I./Jay, C./ Petersen, K./Shade, S./Vizoso, H./Reda, H./Benowitz, N./ Rowbotham, M.: The effects of smoked cannabis in painful peripheral neuropathy and cancer pain refractory to opioids. Proceedings of the IACM 2nd Conference on Cannabinoids in Medicine. Köln: International Association for Cannabis as Medicine 2003, S. 28

Beal u. a. 1995

Beal, J. E./Olson, R./Laubenstein, L./Morales, J. O./Bellman, P./Yangco, B./Lefkowitz, L./Plasse, T. F./Shepard, K. V.: Dronabinol as a treatment for anorexia associated with weight loss in patients with AIDS. In: *J Pain Symptom Manage*, 10(2), S. 89–97

Beal u. a. 1997

Beal, J. E./Olson, R./Lefkowitz, L./Laubenstein, L./Bellman, P./Yangco, B./Morales, J. O./Murphy, R./Powderly, W./Plasse, T. F./Mosdell, K. W./Shepard, K. V.: Long-term efficacy and safety of dronabinol for acquired immunodeficiency syndrome-associated anorexia. In: *J Pain Symptom Manage*, 14(1), S. 7–14

Ellington u. a. 2002

Ellington, H. C./Cotter, M. A./Cameron, N. E./Ross, R. A.: The effect of cannabinoids on capsaicin-evoked calcitonin gene-related peptide (CGRP) release from the isolated paw skin of diabetic and non-diabetic rats. In: *Neuropharmacology*, 42(7), S. 966–975

ElSohly u. a. 2000

ElSohly, M. A./Ross, S. A./Mehmedic, Z./Arafat, R./Yi B./Banahan, B. F.: Potency trends of Δ^9 -THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980–1997. In: *J Forensic Sci*, 45(1), S. 24–30

Gieringer 2001

Gieringer, D.: Medizinische Verwendung von Marihuana: Erfahrungen aus Kalifornien. In: Grotenhermen, F. (Hg.): *Cannabis und Cannabinoide. Pharmakologie, Toxikologie und therapeutisches Potenzial*. Göttingen: Hans Huber Verlag 2001

Grotenhermen/Schnelle 2003

Grotenhermen, F./Schnelle, M.: Survey on the medical use of cannabis and THC in Germany. In: *J Cannabis Ther*, 3(2), S. 17–40

Joy u. a. (Hg.) 1999

Joy, J. E./Watson, S. J./Benson J. A. (Hg.): *Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press 1999

Kosel u. a. 2002

Kosel, B. W./Aweeka, F. T./Benowitz, N. L./Shade, S. B./Hilton, J. F./Lizak, P. S./Abrams, D. I.: The effects of cannabinoids on the pharmacokinetics of indinavir and nelfinavir. In: *AIDS*, 16(4), S. 543–550

Musty/Rossi 2001

Musty, R. E./Rossi, R.: Effects of smoked cannabis and oral Δ^9 -tetrahydrocannabinol on nausea and emesis after cancer chemotherapy: a review of state clinical trials. In: *J Cannabis Ther*, 1(1), 29–42

Noyes u. a. 1975

Noyes, R. Jr./Brunk, S. F./Baram, D. A./Canter, A.: Analgesic effect of delta-9-tetrahydrocannabinol. In: *J Clin Pharmacol*, 15, S. 139–143

Plasse 2001

Plasse, T.: Antiemetische Effekte der Cannabinoide. In: Grotenhermen, F. (Hg.): *Cannabis und Cannabinoide. Pharmakologie, Toxikologie und therapeutisches Potenzial*. Göttingen: Hans Huber Verlag 2001

Regelson u. a. 1976

Regelson, W./Butler, J. R./Schulz, J./Kirk, T./Peek, L./Green, M. L./Zalis, M. O.: Δ^9 -Tetrahydrocannabinol as an effective antidepressant and appetite-stimulating agent in advanced cancer patients. In: Braude, M. C./Szara, S. (Hg.): *Pharmacology of marihuana*. Vol 2. New York: Raven Press 1976

Tramer u. a. 2001

Tramer, M. R./Carroll, D./Campbell, F. A./Reynolds, D. J./Moore, R. A./McQuay, H. J.: Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. In: *BMJ*, 323(7303), S. 16–21

Williams/Kirkham 2002

Williams, C. M./Kirkham, T. C.: Observational analysis of feeding induced by Delta(9)-THC and anandamide. In: *Physiol Behav*, 76(2), S. 241–250

Weiterführende Literatur

Internet

Internetseite der Internationalen Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.
<http://www.cannabis-med.org>

Fachbücher**Grotenhermen, F. (Hg.):**

Cannabis und Cannabinoide. Pharmakologie, Toxikologie und therapeutisches Potential. Göttingen: Hans Huber Verlag 2001

British Medical Association:

Therapeutic uses of cannabis. Amsterdam: Harwood Academic Publishers 1997

Allgemeinverständliche Bücher

Grinspoon, L./Bakalar, J. B.:

Marihuana – Die verbotene Medizin. Frankfurt am Main: Zweitausendeins 1998 (vollständig überarbeitete Aufl.)

Grotenhermen, F./Huppertz, R.:

Hanf als Medizin. Die Wiederentdeckung einer Heilpflanze. Heidelberg: Haug-Verlag 1997. Eine vollständig überarbeitete Neuauflage ist für das Frühjahr 2004 im AT-Verlag vorgesehen.

Rätsch, C.:

Hanf als Heilmittel. Ethnomedizin, Anwendungen und Rezepte. Aarau: AT-Verlag 1998

Nova-Institut:

Cannabis als Heilmittel. Ein medizinischer Ratgeber. Göttingen: Werkstatt-Verlag 1998

Entsorgung von Spritzen und Kanülen durch Einrichtungen der Aids-, Drogen- und Gesundheitshilfe

.....**Astrid Leicht**.....

- ◆ Die korrekte Entsorgung gebrauchter Spritzen sollte aus Gründen des Arbeitsschutzes und der Außenwirkung auf Drogenkonsumenten und Anwohner einen hohen Stellenwert in der Einrichtung genießen. Deshalb ist es wichtig, ein „Abfallkonzept“ zu erarbeiten und dieses mit dem Arbeitsmediziner und dem Sicherheitsbeauftragten der Einrichtung sowie gegebenenfalls der städtischen Müllabfuhr abzusprechen.
- ◆ Die Rechtsgrundlage für die Spritzenentsorgung ist die Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“ (Stand Januar 2002, verabschiedet von der Umweltministerkonferenz am 6./7. Juni 2002; im Internet zum Beispiel unter <http://www.rki.de/GESUND/HYGIENE/LAGAR.PDF> zu finden).
- ◆ Benutzte Spritzen und Kanülen können als „leicht infektiöser Müll“ (LAGA-Kategorie B, Abfallschlüssel 180101) entsorgt werden. Voraussetzung dafür ist aber, dass das

Material sich bereits in durchstichsicheren, bruchsicheren und verschließbaren Behältern (Büchsen, Plastikboxen oder Ähnliches, keine Glasflaschen!) befindet.

- ◆ Jegliches Umfüllen, Sortieren und sonstiges Hantieren mit Kanülen und Spritzen ist zu unterlassen.
- ◆ Der B-Abfall wird mit dem Hausmüll bzw. hausmüllähnlichen Gewerbeabfall entsorgt. Es empfiehlt sich, die Sammelbehälter fest verschlossen (z. B. verklebt) erst am Tag der Abholung durch die städtische Müllabfuhr in die Mülltonne zu geben, um Missbrauch bzw. Verletzungen sicher auszuschließen. Eine weitere Möglichkeit ist, die Behälter selbst zur städtischen Müllanlage zu bringen, wo sie kostenpflichtig entgegengenommen werden. Eine andere, teurere Variante ist die Beauftragung der Abholung und Entsorgung durch spezielle Entsorgungsgesellschaften.

Innenansichten



Drogenkonsum und Drogenarbeit: Was ist in den neuen Bundesländern anders?

.....
**Gundula Barsch,
Claudia Plöttner**
.....

Im folgenden Gespräch kommen zwei „Ossis“ zu Wort, beide Expertinnen in Sachen Drogen und beide in Ostdeutschland tätig: Claudia Plöttner als Drogensozialarbeiterin und Gundula Barsch als Soziologin.

*Gefragt sind spezifische Lösungsansätze
für spezifische Probleme*

G. Barsch: Anfang der 90er Jahre richtete man in Drogenhilfeprojekten der alten Bundesländer ABM-Stellen für westdeutsche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, deren Aufgabe es war, die Versorgungslage von Drogengebrauchern in den neuen Bundesländern zu analysieren. Die Ergebnisse dieser Analyse sollten als Grundlage für die Entwicklung gezielter Angebote in Ostdeutschland dienen. In jener Zeit nämlich war immer wieder von einer „Drogenwelle“ die Rede, die über Ostdeutschland hereinbrechen würde. Einige Experten aus den neuen Bundesländern, z. B. aus unserer damaligen Forschungsgruppe¹, erho-

¹ *Es handelte sich um ein von der Deutschen Forschungsgesellschaft gefördertes Projekt, das die Entwicklungen des Gebrauchs illegalisierter Drogen unter Jugendlichen in Ostberlin untersuchte.*

ben bereits damals Einwände gegen diese Prognose und wiesen darauf hin, dass die Verbreitung bisher unbekannter psychoaktiver Substanzen ein soziokultureller Prozess sei, der mit verschiedenen, sich auch gegenseitig beeinflussenden Lernprozessen auf vielen Ebenen der Gesellschaft einhergehe. Zugleich wurde angemahnt, dass für die möglicherweise entstehenden, dann jedoch sehr spezifischen Probleme eigene Lösungen entwickelt werden müssten, wofür noch genügend Zeit sei. Leider wurden diese Stimmen kaum zur Kenntnis genommen. Die Mehrheit richtete ihren Blick auf die alten Bundesländer in der Hoffnung, dass von dort ganz schnell die richtigen Antworten kämen. Im Westen wiederum wurde oft genug betont, man habe im Drogenbereich, anders als in den neuen Bundesländern, schon viele Erfahrungen gesammelt und Kompetenzen erworben – was fast niemand aus der ehemaligen DDR in Zweifel zog. Wir alle sind mit dem Glauben aufgewachsen, dass Drogenprobleme zu den typischen Problemen der kapitalistischen Welt gehören. Selbst- und Fremdwahrnehmung passten also gut zusammen und sorgten gemeinsam dafür, dass man an eigene ostdeutsche Ressourcen gar nicht erst dachte und folglich auch nicht danach suchte.

C. Plöttner: Mir scheint, als würden wir mit Mercedes-Werkzeug an einem BMW arbeiten. Dieses passt nur für das ganz Grobe in dem Sinne, dass es sich um Autowerkzeug handelt und wir ein Auto reparieren wollen. Aber jeder Autotyp ist anders, und deshalb braucht man auch für jeden spezielles Werkzeug. Wir in den neuen Bundesländern arbeiten viel zu oft mit Methoden, die in den alten Bundesländern für den dortigen Einsatz entwickelt wurden und wo sie sich in vielen Bereichen ja auch bewährt haben. Bei uns bringen sie aber leider nicht denselben Erfolg. Bedingt durch die stark ideologisch geprägte Auseinandersetzung zwischen den Verfechtern der einzelnen Hilfeansätze diskutieren wir mit Westkollegen fast immer auf der allgemeinen Ebene „Auto“ und „Werkzeug“. Auf diese Weise kommen wir schnell zu einem Konsens, was Menschenbilder und Ziele der Drogenarbeit angeht. Für die feinen, aber sehr bedeutenden Unterschiede ist damit der Blick verstellt, was sich besonders dann zeigt, wenn über die Verwendung der Begriffe „Drogen-

abhängige“ und „Drogenkonsumenten“ gestritten wird. Zwar sollte sich in Fach- und öffentlichen Debatten die Sichtweise durchsetzen, dass nicht jeder Drogenkonsum in abhängiger Form erfolgt: Die Wahrnehmung der vielfältigen Gebrauchsmuster vom Genusskonsum über den Gewohnheitskonsum bis hin zu Missbrauch und Abhängigkeit ist für die zielgenaue Konzeption von Hilfsangeboten zweifellos wichtig. Wenn aber die Debatten über Begriffe wie Feldzüge geführt werden, wird übersehen, dass die Beteiligten jeweils ganz verschiedene Klientengruppen im Kopf haben: Da vertritt z. B. ein „Wessi“ seinen Standpunkt aus seinen Erfahrungen mit Heroinabhängigen heraus, die diese Droge schon mehr als 15 Jahre nehmen, einen fest geprägten Lebensstil haben und sich bereits in der Mitte ihres Lebens befinden. In der gleichen Runde redet ein „Ossi“ mit, der fast nur mit 14-Jährigen zu tun hat, die bisher lediglich Haschisch geraucht haben. Ein Dritter schließlich hat vorwiegend mit 25-jährigen Konsumenten von Partydrogen zu tun. Angesichts so grundverschiedener Lebensentwürfe, Konsummuster und Hilfebedürftigkeiten fallen auch die Wertungen von uns Professionellen sehr unterschiedlich aus. Dabei geht es nicht um „besser“ oder „schlimmer“, sondern darum, sich über ein Thema zu verständigen, das in Ost und West von je spezifischen soziokulturellen Zusammenhängen geprägt ist. Mir scheint, dass man den Unterschieden zwischen Nord- und Süddeutschland, zwischen Großstädten und eher ländlichen Gebieten weitaus mehr Aufmerksamkeit schenkt als denen zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Meist heißt es, im Zuge der Wiedervereinigung hätten Angleichungsprozesse stattgefunden, angesichts derer Verweise auf Besonderheiten in den neuen Bundesländern nur ein Ausdruck von „Ostalgie“ seien. Wir sind aber weder der „exotische Osten“ noch irgendwelche Bundesländer, die man nach der Wende einfach nur Westdeutschland zuzuschlagen brauchte und die nach kurzer „Eingewöhnungsphase“ keine Eigenheiten mehr aufwiesen.

G. Barsch: Gleich nach der Wende gab es auf westlicher Seite durchaus Interesse an den neuen Bundesländern. Aber man nahm sie durch eine Brille wahr, die vieles einfach wegfilterte. Inzwischen hat sich das normalisiert. Durch die prekäre ökonomische Lage Deutschlands unterlie-

gen sämtliche sozialen Bereiche dem Sparzwang, sodass sich in den alten Bundesländern kaum noch jemand für die Fragen und Probleme im Osten interessiert. Die Zeit der Expansion und der „Eroberung“ von Anteilen auf dem sozialen Markt ist ohnehin vorbei. Deshalb ist in den neuen Bundesländern wie nie zuvor die Kreativität und das Engagement der Menschen vor Ort gefragt, um spezifische Antworten auf die mit dem zunehmenden Konsum psychoaktiver Substanzen entstehenden Probleme zu finden. Und weil hier das Geld für die Umsetzung neuer Ansätze besonders knapp ist, stehen alle Projekte unter dem Druck, ihre Effizienz unter Beweis zu stellen.

C. Plöttner: Dieser Druck befördert nicht unbedingt die Suche nach experimentellen Ansätzen. Viele greifen da eher auf das zurück, was sich in den alten Bundesländern bewährt hat. Wenn Kommunen weder über finanzielle noch ausreichende fachliche Ressourcen verfügen, um andere Wege zu gehen, könnten öffentlich geförderte Modellprojekte eine Chance sein. Bei den Ausschreibungsbedingungen sollte die Messlatte allerdings nicht zu hoch gesetzt werden in dem Sinne, dass etwas völlig Neues konzipiert und in die Praxis überführt werden soll. Vielleicht brauchen wir ja nur abgewandelte Formen von Ansätzen, die sich woanders als tauglich erwiesen haben.

Epidemiologische Daten und Erfahrungen aus der Praxis

G. Barsch: Die Prognose, dass eine gewaltige Drogen- und auch Aids-welle über die neuen Bundesländer hereinbrechen würde, hat sich in dieser Dimension nicht bewahrheitet. Das heißt aber nicht, dass wir uns beruhigt zurücklehnen dürfen. Zu deutlich zeigen die Rückmeldungen aus den Hilfesystemen in verschiedenen Regionen, dass es auch in den neuen Bundesländern seit Mitte der 90er Jahre immer mehr Drogenprobleme sehr unterschiedlicher Art gibt und dass hier auch HIV-positive Menschen leben, von denen einige Drogen konsumieren und sich vielleicht auch über diesen Weg infiziert haben.

C. Plöttner: Zum Thema „Drogen in den neuen Bundesländern“ gibt es einerseits die aus epidemiologischen Studien regelmäßig vorgelegten Fakten zum Konsum sehr verschiedener psychoaktiver Substanzen in der jugendlichen und erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Andererseits gibt es die eher qualitativen Daten, die sich aus den Einblicken und Erfahrungen der Konsumenten und der Mitarbeiter bestimmter Projekte vor Ort speisen und nur bedingt durch „harte Daten“ belegbar sind.

G. Barsch: Die vorliegenden Daten zeigen, dass sich in den neuen Bundesländern vieles verändert hat. Die Konsumraten für illegalisierte Drogen (Lebenszeitprävalenz² 27 %) lassen den Schluss zu, dass sich der Konsum im Osten zumindest mengenmäßig an das Westniveau angeglichen hat. Wie auch im Westen ist die am häufigsten konsumierte Substanz Cannabis (Lebenszeitprävalenz 26 %). Mit weitem Abstand folgen weitere Substanzen wie Ecstasy (4 %), Amphetamine (3 %), LSD und Kokain (jeweils 2 %), Schnüffelstoffe (1 %), Heroin (0,3 %) und Crack (0,2 %). Deutlich wird, dass härtere Drogen auch in den neuen Bundesländern von der überwiegenden Mehrheit abgelehnt werden. Nach Aussagen der vorliegenden Studien haben sich diese Angleichungsprozesse in der jugendlichen Bevölkerung bereits zwischen 1993 und 1997 vollzogen. Von diesem Zeitpunkt an blieben die Konsumraten im Osten wie im Westen weitgehend stabil, und auch das Einstiegsalter änderte sich nicht mehr grundlegend. Alte wie neue Bundesländer eint wohl auch, dass der Haschischkonsum in der Bevölkerung zunehmend akzeptiert wird. Das hat offensichtlich bewirkt, dass auch in den neuen Bundesländern das Einstiegsalter für Cannabis um etwa ein Jahr gesunken ist (= 16,7 Jahre). Betrachtet man also nur die quantitativen empirischen Daten, kann man eigentlich kaum noch von Besonderheiten in den neuen Bundesländern sprechen – so jedenfalls suggeriert der erste Blick.

2 *Lebenszeitprävalenz, hier: ein Maß dafür, wie viele Menschen aus der Gesamtbevölkerung im Laufe ihres Lebens illegalisierte Drogen nehmen*

C. Plöttner: Der zweite Blick zeigt uns Drogenkonsumenten, die keineswegs so aussehen, wie sie uns in den Medien mit ihren Bildern aus westlichen Szenen präsentiert werden. Schon die unterschiedlich lange Existenz bestimmter Drogenkulturen in Ost und West und die unterschiedlichen Entwicklungsbedingungen für die neu entstehenden Szenen in Ostdeutschland sorgen dafür, dass wir als Professionelle in den Hilfesystemen mit anders gelagerten Problemen konfrontiert sind. Die Zahlen zum Einstiegsalter mögen zunächst Gemeinsamkeiten suggerieren. Werfen wir aber einen Blick auf die Gesamtpopulation einer Szene, fällt das vergleichsweise junge Durchschnittsalter zumindest der Spritzdrogenkonsumenten auf, was sich schnell erklären lässt: Wenn im Osten die Ersten etwa 1993 mit dem Drogenkonsum begonnen haben und damals ca. 16 Jahre alt waren, dann sind sie heute nur selten älter als 25 Jahre. Natürlich steigen auch in den alten Bundesländern immer noch junge Leute zwischen 14 und 17 in die Spritzdrogenkonsumszenen ein. Und obwohl sie den Altersdurchschnitt der Gesamtzene eigentlich verringern müssten, altert die Szene weiter. Kolleginnen und Kollegen aus westlichen Drogenhilfeprojekten gehen eher von einem Durchschnittsalter von 35 Jahren oder mehr aus. Folglich unterscheiden sich die Klientengruppen, für die wir im Drogenhilfesystem arbeiten, in der relevanten Hauptaltersgruppe um mehr als 15 Jahre. Das ist enorm. Aus der Tatsache, dass die den ostdeutschen Drogenszenen Zugehörigen relativ jung sind, leiten sich wiederum besondere Lebens- und Drogenkonsumbedingungen ab und folglich auch andere Anforderungen an das Hilfesystem und die darin tätigen Helferinnen und Helfer.

G. Barsch: Das relativ junge Durchschnittsalter der ostdeutschen Spritzdrogengebraucher lässt vermuten, dass sich auch das Szeneleben im Osten anders gestaltet als im Westen.

C. Plöttner: Hier sehe ich sogar große Unterschiede. Wer in den alten Bundesländern in Szenen einsteigt, in denen gespritztes Heroin die Hauptdroge ist, trifft in der Regel auf ältere Drogenkonsumenten, die sich zum Teil schon mehr als 20 Jahre in diesen Bezügen bewegen. Die-

se „Altjunkies“ sind nicht nur Träger bestimmter Normen, Werte und Leitbilder, mit denen sie bei den Einsteigern auch Lernprozesse anstoßen, sondern fungieren zugleich als Modell mit anziehender oder abschreckender Wirkung auf die Jüngeren und gestalten bereits auf diese Weise das Szeneleben aktiv mit. In den ostdeutschen Szenen fehlen in der Regel diese „Urgesteine“. Sie tauchen hier höchstens zufällig auf und bleiben nur für kurze Zeit. Dies meist dann, wenn sie, aus den alten Ländern kommend, Zwischenstopp im Osten machen, um hier nach Chancen für einen Neustart zu suchen. Was das Fehlen älterer Drogenkonsumenten und einer über Jahre gewachsenen Szenekultur für eine Drogenszene aber bedeutet, dazu wissen wir nicht allzu viel.

G. Barsch: Die anders gearteten Lern- und Erfahrungsprozesse in den Szenen sind aber nur ein Aspekt, aus dem sich die Notwendigkeit einer Anpassung scheinbar bewährter Hilfeangebote ergibt. Von meinen Studierenden, die sich während ihrer Ausbildung für ein Jahr in die Praxis begeben, höre ich immer wieder, dass sich auch die sozialen Bezüge der oft recht jungen ostdeutschen Drogenkonsumenten von denen der Klienten im Westen unterscheiden.

C. Plöttner: Das ist auch meine Erfahrung. In den neuen Bundesländern befinden sich Drogenkonsumenten aufgrund ihres jüngeren Alters noch nicht so lange in der Szene und sind noch längst nicht völlig verelendet. Viele verfügen noch über Wohnraum und Kontakte zur Herkunftsfamilie und zu Freunden außerhalb der Szene und sind auch gesundheitlich noch nicht so stark angegriffen, wie ich das aus Szenen in den alten Bundesländern kenne. Bei einigen bestehen sogar noch Chancen, dass sie ihren Schulabschluss und eine Ausbildung machen. Das kann zu paradoxen Situationen führen: Eine heroïnabhängige Minderjährige erhielt von ihren Eltern nicht das Einverständnis für eine Langzeittherapie, weil sie erst noch ihre Ausbildung beenden sollte, um sich ihre Zukunft nicht zu verbauen – da fragt man sich als Sozialarbeiterin ja schon, warum die Eltern nicht erkennen, in welcher Situation ihre Tochter sich befindet. Bei manifester Abhängigkeit gehen die Aus-

sichten auf einen erfolgreichen Abschluss der Lehre nämlich fast gegen Null. Angesichts des engen Lehrstellenmarkts ist die Reaktion der Eltern natürlich verständlich. All das verdeutlicht aber auch die Begrenztheit des Therapiesystems. Die bisher etablierten, stark therapeutisch orientierten Angebote zielen nicht genau auf die Problemlagen der sehr jungen Drogenkonsumenten. Oft tragen sie sogar zu weiteren Problemen bei der Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld bei, weil sie die Jugendlichen bei der Bewältigung der vielfältigen Entwicklungsaufgaben in den Bereichen Schule und Ausbildung, Ablösung vom Elternhaus, Identitätsfindung, Sexualität, Werte- und Normensysteme nicht genügend unterstützen. Drogenprobleme lassen sich nicht losgelöst von allen anderen Lebensbezügen bearbeiten – schon gar nicht die von so jungen Leuten. Hier wünsche ich mir Angebote, in denen gemeinsam mit den Jugendlichen am Drogenproblem und zugleich an Entwicklungsaufgaben gearbeitet wird. Dabei gilt es, die noch vorhandenen Ressourcen zu halten und zu stabilisieren und neue zu erschließen.

G. Barsch: Bei meinen Besuchen unterschiedlicher therapeutischer Einrichtungen für Jugendliche fiel auch mir auf, dass sie sich fast nur auf verhaltenstherapeutische Methoden stützen und kaum Impulse für die Bearbeitung jugendspezifischer Fragen und Probleme in den von dir genannten Bereichen geben. Zum einen sehen sie für Schule und Ausbildung meist eine Auszeit vor, zum anderen fehlen Angebote wie Nachhilfeunterricht und Lernförderung oder Praktika, die diese Jugendlichen langsam an die Anforderungen von Schule und Lehre heranführen: So bleiben wertvolle Ressourcen für Veränderung ungenutzt, die therapiebereite Jugendliche in der Regel mitbringen. Manchmal scheinen auch die Jugendlichen selbst zu merken, dass ihre aktuellen Probleme in der Therapie nicht ausreichend bearbeitet werden. Die daraus resultierende Enttäuschung hat langfristige negative Auswirkungen. Ich will den Kollegen in diesen Projekten nicht unterstellen, dass sie es nicht besser wüssten. Mir scheint auch, dass die Finanzierung über die zuständigen Leistungsträger nicht unerheblich zu der geschilderten Situation beiträgt: Auf diese Weise können sie

nämlich entscheiden, welches therapeutische Angebot vorgehalten werden soll und welches nicht. Ein stark an der Medizin orientiertes Therapiemuster verfehlt bei diesem komplexen Phänomen jedoch das Ziel. Hier sind multidisziplinäre Ansätze gefragt, in die auch Erfahrungen und Kompetenzen der Jugendhilfe gleichberechtigt einzubeziehen sind. Solche aus den neuen Bundesländern erhobenen Forderungen rütteln allerdings an den Glaubenssätzen zur Art und Weise des Umgangs mit exzessivem Drogenkonsum im Jugendalter. Sie legen den Finger auf einen wunden Punkt, der sich aus dem bis heute ungeklärten und oft von harter Konkurrenz geprägten Verhältnis zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe ergibt. Hier lohnt sich ein Blick auf die Angebote der therapeutischen Selbsthilfen: Beeindruckend ist, wie sehr sie die Klienten bei der Suche nach Zukunftsperspektiven unterstützen und durch Ausbildung und Arbeitspraktika konkrete Hilfen bei der Entwicklung von Grundlagen für ein zufriedenes Leben ohne Drogen geben.

C. Plöttner: Die Arbeit mit der Herkunftsfamilie und gegebenenfalls den Freunden der Klienten ist eine weitere Herausforderung. Dieser Ansatz ist zwar auch im professionellen Hilfesystem der alten Bundesländer oft noch ein Stiefkind. Dort jedoch gibt es, wenn auch nicht flächendeckend, Selbsthilfe-Initiativen, bei denen Eltern und Angehörige Rat und Unterstützung für sich und die Problemlagen in ihrer Familie finden. In den neuen Bundesländern sieht die Situation etwas anders aus: Hier hat der größte Teil der Drogen konsumierenden Jugendlichen noch mehr oder weniger regelmäßigen Kontakt zu den Eltern, manche können sich sogar auf sehr stabile und tragfähige Familienstrukturen stützen. Das Vorurteil, Eltern von Drogenabhängigen hätten die Situation ihrer Kinder selbst verschuldet und setzten sich in der Regel nicht damit auseinander, bestätigt sich auch in Ostdeutschland nicht. Das noch sehr junge Alter der Drogengebraucher bedingt hier allerdings, dass sie sich noch nicht vollständig aus der Herkunftsfamilie gelöst haben. Ein erheblicher Teil der Eltern ist noch per Gesetz für ihre Kinder verantwortlich, und viele wollen diese Verantwortung auch wahrnehmen und die entstandenen Probleme gemeinsam mit

ihren Kindern bearbeiten. Insofern kann sich das Drogenhilfesystem gar nicht an der Arbeit mit der Herkunftsfamilie vorbeischieben. Das unmittelbare, gesetzlich gestützte Hineinwirken der Eltern in die Arbeit mit jugendlichen Konsumenten mag manchmal kompliziert und hinderlich sein, in der Regel lassen sich so aber viele zusätzliche Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten erschließen. Wie sich diese Arbeit gestaltet, hängt sehr vom professionellen Geschick der Mitarbeiter im Hilfesystem ab. Positive Beispiele hierfür sind jedoch im Osten wie im Westen rar. Wir werden uns wohl von unterschiedlichen Ansätzen des professionellen Hilfesystems und der Selbsthilfe anregen lassen müssen, damit in den neuen Bundesländern so schnell wie möglich verschiedene Formen und Angebote der Eltern- und Angehörigenarbeit etabliert werden können.

G. Barsch: Vermutlich wird sich auch dieser Arbeitsbereich der Drogenhilfe in den neuen Bundesländern anders gestalten. Zwar sind die meisten Eltern überrascht, wenn sie erfahren, dass ihr Kind Drogen nimmt oder gar abhängig ist, denn Drogenkonsum und vor allem Abhängigkeit wird immer noch mit „dem Westen“ in Verbindung gebracht, nach dem Motto: „So etwas gab und gibt es bei *uns* nicht. Das ist ein Problem der Großstädte im Westen.“ Das liegt sicherlich daran, wie Drogenabhängige in den Medien präsentiert werden: Offene Drogenszenen mit Ansammlungen sichtbar verelendeter Drogenabhängiger, die sich in der Öffentlichkeit einen Schuss in völlig kaputte Venen setzen und deshalb über und über blutverschmiert sind – so etwas findet man in den neuen Bundesländern tatsächlich nicht. Hinzu kommt, dass die Elterngeneration der heutigen Teenager ihre Jugend in den 70er und 80er Jahren in der DDR erlebte und damals mit ganz anderen psychoaktiven Substanzen Erfahrungen gesammelt hat. Folglich wird sie heute mit einer Situation konfrontiert, zu der sie keinen realitätsgerechten Zugang entwickeln kann. Eltern, nahe Angehörige, Lehrer und Freunde übersehen daher für lange Zeit die vielen kleinen Hinweise und Signale eines problematischen Umgangs mit Drogen. Daher bleiben Jugendliche oft lange ohne geeignete Hilfe und Unterstützung, sodass viel wertvolle Zeit ungenutzt verstreicht. Ist dann irgendwann endlich Klarheit ge-

schaffen, ist das Handeln durch extreme Unsicherheit geprägt. Aber darin unterscheiden sich die Eltern und Angehörigen in Ost und West wohl nicht mehr.

C. Plöttner: In einem Punkt haben es die Eltern in den neuen Bundesländern möglicherweise etwas leichter. Dazu muss ich etwas ausholen: In der öffentlichen Debatte hört man oft, die soziale und ökonomische Umbruchsituation in Ostdeutschland führe dazu, dass die Menschen dort vermehrt psychoaktive Substanzen konsumieren. Demnach müsste es sich bei den „Ossis“ um saufende, Medikamente schluckende und sich wahllos mit anderen Substanzen zuschüttende Bürgerinnen und Bürger handeln. Das aber ist nicht der Fall. Eine Folge der Dramatisierung durch die Medien könnte jedoch sein, dass man den Eltern von Drogenabhängigen weniger oft vorwirft, die Situation ihrer Kinder selbst verschuldet zu haben – durch Versagen in der Erziehung, durch ein pathologisches Familienmilieu, durch Gewalt, sexuellen Missbrauch oder eigene Persönlichkeitsstörungen. Von vielen Eltern in den alten Bundesländern weiß man, dass solche Schuldzuweisungen nicht nur aus dem sozialen Umfeld kommen, sondern zum Teil auch von Mitarbeitern des Hilfesystems, was der Grund dafür ist, dass man sich dort so spät dazu entschließt, für sich und die Familie Rat und Unterstützung zu suchen.

Akzeptierende Drogenarbeit und Substitution

G. Barsch: Oft wird bezweifelt, dass die akzeptierende Drogenarbeit ein geeigneter Ansatz bei jugendlichen Drogenkonsumenten ist. Da sie Hilfe und Unterstützung gewähre, ohne Forderungen daran zu knüpfen, gebe es für Drogenabhängige kaum Impulse, sich aus ihrer Situation herauszubewegen. Entwicklungen durch selbst gesetzte Leistungsanforderungen würden auf diese Weise eher verhindert als gefördert. Bei einer jungen Klientel stellen sich Fragen hierzu natürlich besonders dringlich.

C. Plöttner: Ich glaube, dass die niedrigschwellige Drogenarbeit mit dieser Sichtweise missverstanden wird. Dieser noch relativ junge Ansatz hat zahlreiche Suchbewegungen um die bestmögliche Praxis hinter sich, und bestimmte Herangehensweisen werden nur verständlich, wenn man sich die Zielgruppen der jeweiligen Angebote anschaut: Arbeitet man z. B. für eine offene Szene, die sich weitgehend aus langjährig Drogen konsumierenden, stark verelendeten und sozial entwurzelten Menschen zusammensetzt, ist es zunächst einmal wichtig, für die Betroffenen eine „aushaltbare“ Situation zu schaffen. Erst auf dieser Grundlage ist es möglich, über Veränderungen nachzudenken und bei den Klienten und ihrem sozialen Umfeld die dafür noch vorhandenen Ressourcen zu erschließen. Und da es bei den Ressourcen große individuelle Unterschiede gibt, kann es auch kein für alle gültiges Maß an Unterstützung geben. Deshalb setze ich mich vor Ort dafür ein, dass verschiedene Interventionsformen in ausreichendem Maß zur Verfügung gestellt werden, wozu auch die medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger gehört. In Sachen Substitution ist die Änderung der „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ vom 1. Januar 2003 für die neuen Bundesländer von besonderer Bedeutung, denn seither können auch Opiatkonsumenten und -konsumentinnen von dieser Behandlungsform profitieren, die weniger als zwei Jahre abhängig sind oder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

G. Barsch: Nachdenklich stimmt mich in diesem Zusammenhang, was mir Kollegen berichtet haben: Man hat Klienten unvorbereitet von Methadon auf das besser verträgliche Substitutionsmittel Buprenorphin umgestellt, um ihnen bestimmte körperliche Nebenwirkungen zu ersparen. Überrascht hat alle Beteiligten, dass die meisten Klienten zunächst nicht in der Lage waren, mit den neuen Gefühlen und Wahrnehmungen zurecht zu kommen, von denen sie regelrecht überwältigt wurden. Die sedierende Wirkung von Methadon, mit der sie seit Jahren lebten, hatte ihnen offensichtlich mehr an Emotionalität genommen, als man vermutet hatte. Man stellte die Klienten deshalb schnell wieder auf Methadon um und bereitete sie dieses Mal langsam

und sorgfältig auf die Substitution mit Buprenorphin vor. Nach dem Wechsel auf dieses Ersatzmittel intensivierte man für einige Zeit die psychosoziale Begleitung, um die anfängliche Instabilität nicht zu einer Krise werden zu lassen. Was bedeutet das nun für die Methadonsubstitution bei ganz jungen Menschen? Durch ihren Drogenkonsum haben die meisten ohnehin kaum Gelegenheit gehabt, ihre Emotionalität zu entdecken und weiterzuentwickeln. Eine Methadonsubstitution hält sie dann emotional eher auf einem relativen Gleichmaß. Von starken positiven, aber auch negativen Gefühlen, die uns im Alltag antreiben, die ihn bereichern und uns teilweise auch Orientierung geben, sind diese jungen Menschen zunächst einmal abgeschnitten. Ich frage mich, ob wir diese Jugendlichen nicht um einen wichtigen Teil der Persönlichkeitsentwicklung bringen, wenn wir nicht versuchen, sie zu einer Auseinandersetzung mit ihren Gefühlen und Wahrnehmungen zu bringen.

C. Plöttner: Aus diesem Grund plädiere ich dafür, die Zeitschiene der Substitutionsbehandlung junger Spritzdrogenkonsumenten so anzulegen, dass ihre Dauer einschließlich begleitender Interventionen die Dauer der Drogenabhängigkeit nicht überschreitet. Wenn der Einstieg in den Drogenkonsum in sehr jungen Jahren erfolgt, werden von da an zumindest einige Bereiche der Persönlichkeit nicht mehr weiterentwickelt. Bei den meisten Jugendlichen allerdings vollziehen sich diese Reifeprozesse innerhalb einer „Peer-Group“ der Drogenszene. Zusammen mit dem durch die Abhängigkeit hervorgebrachten Handlungsdruck ergeben sich auf diese Weise Sozialisationsmomente, die oftmals sehr problematisch sind. Ich denke da beispielsweise an erste sexuelle Kontakte, an die Entwicklung einer eigenen Identität sowie von Fähigkeiten, die es ermöglichen, partnerschaftliche Beziehungen aufbauen, Realität wahrnehmen und sich darauf einstellen oder mit Leistungsanforderungen umgehen zu können. All diese Entwicklungsprozesse, die schon „ganz normale“ Jugendliche verunsichern können, werden hier vom Konsum überlagert und geprägt. Eine solche Sozialisation kann den weiteren Lebensweg behindern und dazu führen, dass selbst entworfene Zukunftspläne nicht realisiert werden können. Um nicht miss-

verstanden zu werden: Ich bin weit davon entfernt, einer problemlosen, geradlinigen Jugendphase das Wort zu reden. Und manchmal beeindruckt mich auch, wie sich drogenabhängige Jugendliche mit Hilfe ihrer Erfahrungen und Lebensweisheiten durch ihren wirklich nicht einfachen Alltag bringen – sonst könnte ich in diesem Bereich wohl auch nicht arbeiten.

G. Barsch: Hier stellt sich die Frage, wie man bei Jugendlichen die Entwicklung eines problematischen Umgangs mit Drogen verhindern kann. Versagen wir da mit unseren Angeboten?

C. Plöttner: Bei Jugendlichen sind Drogen wohl fast immer ein Thema. Deshalb muss sich meiner Ansicht nach jeder, der mit Jugendlichen zu tun hat, auch diesem Thema stellen. Für die Auseinandersetzung damit bieten sich viele Möglichkeiten an: Gespräche in der Familie, Information und Diskussion in der Schule, im Jugendfreizeitbereich, in der Jugendhilfe. Hier darf sich niemand aus der Verantwortung stehlen. Und oftmals ist die Kompetenz für eine solche Auseinandersetzung größer, als man sich zugetraut hat. Dabei geht es ja nur zu einem Bruchteil um reine Stoffkunde. Vielmehr gilt es zu erfassen, welche Funktion Drogen bei Jugendlichen erfüllen, welche Erwartungen sie daran knüpfen und wie sie mit Drogen umgehen. Erwachsene, die mit Jugendlichen arbeiten, müssen dazu ermutigt werden, sich an dieses Thema heranzutrauen. Die weit verbreitete Ansicht, Suchtprävention sei Expertensache, hat leider dazu geführt, dass viele Menschen ihre Fähigkeiten für das Gespräch über Drogen als zu gering einschätzen. Gerade in der Experimentierphase wenden sich Jugendliche aber eher an Vertrauenspersonen aus ihrem Umfeld als an einen Drogenberater oder einen Therapeuten. Wir sind ja schließlich auch nicht zu einem Sexualtherapeuten gegangen, als wir anfangen, uns mit dem Thema Sexualität auseinander zu setzen.

G. Barsch: Du sprichst mir aus dem Herzen, vor allem deshalb, weil du dir als Drogensozialarbeiterin selbst auf die Finger klopfst. Nicht alle deiner Kolleginnen und Kollegen sind so diszipliniert. Oft nämlich be-

setzen Drogenberatungsstellen in ihrer Region die gesamte Palette der Suchtprävention – sicher oft gut gemeint, manchmal aber auch nur, um sich auf dem engen Markt sozialer Dienstleistungen ein zusätzliches Standbein zu sichern. Ich hoffe, dass sie dabei nicht so borniert sind, den so genannten Laien in Sachen Drogen sämtliche Kompetenzen auf diesem Gebiet abzusprechen. Auf diese Weise würde man sich viele Möglichkeiten des Zugangs zu Jugendlichen verbauen. Ich wünsche mir deshalb, dass wir aus eigenen Fehlern und den Fehlern anderer lernen und auf diese Weise in den neuen Bundesländern vielleicht doch zu ganz eigenen Sicht- und Handlungsweisen finden.

Ich gebe nicht auf!

..... **Stephanie Schmidt**

Ich wollte endlich weg vom Heroin. Ich hatte es satt, das ständige Suchen nach einer noch funktionierenden Vene, die tägliche Beschaffung, die Angst vor Inhaftierung, das ganze Doppelleben. Ich wollte einfach „normal“ leben, meinen Kindern eine gute Mutter sein und das Leben endlich wieder genießen.

Als Alleinerziehende mit zwei kleinen Kindern dürfte es doch kein Problem für mich sein, ins Methadonprogramm zu kommen, dachte ich damals, 1991. Aber Irrtum! Die Frau von der örtlichen Drogenberatungsstelle meinte: „Du bist nicht HIV-positiv, und eine Infektion mit Hepatitis-C-Virus (HCV) liegt auch nicht vor. Eins von beiden musst du schon haben, um in die Methadonsubstitution zu kommen. Sei froh, dass du noch so gesund bist. Und geh auf Entgiftung...“

Mal einfach so auf Entgiftung gehen, und dann ist alles wieder in Ordnung?! Ich hatte da meine Zweifel. „Wenn du das wirklich willst, klappt es auch“, meinte die Ärztin der Drogenberatungsstelle. „Und wohin soll ich mit meinen zwei kleinen Kindern?“ „Die kannst du ja vorübergehend ins Heim geben, das ist sowieso das Beste für sie!“

Das Beste für meine Kinder! Wie konnte diese Frau, mit der ich viermal in meinem Leben kurz gesprochen hatte, die mich und mei-

ne Kinder überhaupt nicht richtig kannte – wie wollte ausgerechnet sie wissen, was das Beste für meine Kinder sei? Ich bekam plötzlich große Angst, dass sie das Jugendamt informieren könnte, vielleicht sogar die Polizei, denn ich kannte so viele Frauen, deren Kinder auf einmal fort waren. Mütter, die mit traurigen und leeren Augen auf meine Kinder blickten und deren eigene nur noch in ihren Gedanken da waren. Auf Entgiftung gehen – und hinterher geht das Ganze von vorne los! Scheiße, dachte ich, eine Langzeittherapie hab ich schon gemacht. Die hat mir zwar bedingt geholfen, weil ich mich selbst besser kennen lernte und weil ich begriff, warum und in welchen Situationen ich besonders gefährdet war. Aber das alles noch einmal? Nein. Die Therapie war für mich erledigt und damit auch die Entgiftung.

Im Rücken dann aber die Angst: Jetzt geht alles den Bach runter, und irgendwann kommt dann das Jugendamt und nimmt mir auch noch meine Kinder weg! Ich ging nach Hause und setzte mir erst mal einen ordentlichen Druck, um meine Sorgen zu betäuben. Ich dachte wie so oft: Morgen, ja morgen, da dosiere ich mich runter, morgen, da fängt mein neues Leben an...

Ein halbes Jahr später lag ich, mit nur noch 41 kg Körpergewicht, wegen einer Lungenentzündung in der Lungenfachklinik, und es stand ziemlich schlecht um mich. Der Arzt kam mit seiner ganzen Gefolgschaft herein und sagte: „Hier haben wir Frau Schmidt, Lungenentzündung, Mundsoor, stark untergewichtig und intravenös heroinsüchtig. Frau Schmidt, weil Sie drogenabhängig sind, mussten wir aus Fürsorgepflicht gegenüber unseren Angestellten einen HIV-Test und Hepatitis-C-Test bei Ihnen machen – Frau Schmidt, die Ergebnisse sind leider positiv!“

„Was ist das, ‚HIV‘ und ‚Hepatitis C‘ und ‚positiv‘?“, fragte ich. Und: „Hab ich Aids?“

Betroffene Gesichter, und dann der Satz: „Nee, nee, so schlimm ist das bei Ihnen nicht, Sie haben nur HIV, und das bricht vielleicht gar nicht erst aus. Also Aids haben Sie nicht. Die Hepatitis C ist kein Problem. Jetzt müssen Sie nur die Drogen endlich weglassen, und dann geht das schon! Wir haben ja auch ’ne gute Nachricht für Sie: Ihre Lun-

genentzündung ist keine PcP¹, also keine aidstypische Lungenentzündung, und Hepatitis A und B haben Sie auch nicht.“ Alle starrten mich an. Was sollte ich sagen, tausend Gedanken kreisten durch meinen Kopf. Ich legte mich zur Seite und zog meine Bettdecke über den Kopf. Der Arzt sagte: „Na, dann wollen wir Sie erst mal alleine lassen. Wenn Sie was brauchen, klingeln Sie nach der Schwester.“

PcP, HIV, Hepatitis – ich hatte von all dem keine Ahnung. Ich positiv! Die mussten sich geirrt haben. Mein erster Gedanke war, hier komme ich nicht mehr raus, jetzt sterbe ich an Aids – und was passiert mit meinen Kindern!? Die Vorstellung, sie alleine lassen zu müssen, als Mutter nicht mehr für sie da sein zu können, schmerzte über alles. Ich fühlte mich so allein. Aids – das kann ich niemandem sagen. Vielleicht ist es ja am besten, ich bringe mich gleich um. Die Kinder haben jetzt ein gutes Verhältnis zu ihrem Vater, er kümmert sich, während ich im Krankenhaus bin, wirklich sehr liebevoll um sie, und leiden oder sterben sollen sie mich nicht sehen. Warum bin ich doch bloß so eine schlechte Mutter, warum nehme ich die Scheißdrogen... und warum gerade ich, warum ich?

Aber dann dachte ich wieder, reiß dich jetzt zusammen, die Kinder brauchen dich doch noch, du darfst sie nicht so leiden lassen! Immer wieder kamen Bilder in mir hoch: Ich sah meine eigene Beerdigung, eigentlich nur die Gesichter meiner Kinder, und ich fühlte ihre Trauer, ihre Hilflosigkeit und ihren Schmerz. Das alles zerriss mich innerlich. Ich wollte ihnen nicht weh tun, wollte immer für sie da sein, sie lieben, im Arm halten und beschützen...

Nach meiner Entlassung ging ich zum Arzt und wurde noch am selben Tag ins Methadonprogramm aufgenommen. Ich erzählte niemandem etwas von meiner Infektion. Ich hatte viel zu viel Angst vor der Umwelt, vor meiner Familie und vor der Krankheit selbst. Die Situation überforderte mich total. Ich war verunsichert, ich wusste nicht, was ich tun sollte, fühlte mich leer, einsam und allein. Ich verdrängte alles, so gut es ging, eigentlich gab es kein Virus in meinem Leben...

1 PcP = *Pneumocystis-Pneumonie*, eine Form der Lungenentzündung, häufige opportunistische Infektion und aidsdefinierende Erkrankung. Für viele Patienten in den 80er Jahren war diese Lungenentzündung tödlich.

Mit Methadon substituiert, baute ich mir ein neues Leben auf. Wie ein gehetztes Tier unternahm ich mit meinen Kindern jeden Tag etwas Anderes: Schwimmen, Inlineskaten, Basteln, Spielplatz, Vorlesen – ich erfüllte ihnen alle Wünsche. Ich wollte sie für die Zeit, in der ich Heroin genommen und nur wenig Zeit für sie hatte, entschädigen und wohl auch mein schlechtes Gewissen beruhigen. Und ich hatte Angst, bald zu sterben. Ich wollte mit ihnen viele schöne Tage erleben und so dafür sorgen, dass sie sich oft und gern an mich erinnerten.

Sechs Monate später, nachdem ich am bundesweiten Drogenkongress des Verbandes akzept e.V. teilgenommen hatte, kam ich auf die Idee, in Braunschweig eine Drogenselbsthilfe zu gründen. Ich wandte mich an die Braunschweiger AIDS-Hilfe und bat um Unterstützung beim Aufbau einer JES-Gruppe. Unverhofft fand man dort meine Idee sehr gut, und man half mir ohne Wenn und Aber. Nach nur wenigen Monaten war unsere Drogenselbsthilfegruppe ein kleiner Verein, der sich regelmäßig in der Aidshilfe traf.

Ich arbeitete täglich für die Aidshilfe und für JES, aber meine eigene HIV- und Hepatitis-Infektion war aus meinem Kopf gelöscht. Ich ließ sie nicht behandeln, sprach nie darüber – auch nicht mit den Kolleginnen und Kollegen der Aidshilfe. Erst durch den Kontakt zu anderen Leuten, die HIV- oder Hepatitis-positiv oder, wie ich, „ko-infiziert“² waren, fing ich langsam an, über meine eigene Situation nachzudenken. 1993, nach sechs Monaten Arbeit in der Selbsthilfegruppe, wagte ich es (mit schweißnassen Händen und unsicherer Stimme), mich meiner liebsten Kollegin aus der Aidshilfe anzuvertrauen. Sie war ganz schön geschockt – und ich total erleichtert. Endlich hatte ich es ausgesprochen, brauchte mich nicht mehr allein damit abzumühen, konnte endlich mal über meine Ängste, Nöte und Sorgen reden. Nun war ich eine von vielen und dadurch nicht mehr allein.

Bald befand ich mich in einem völligen Umbruch. Ich fing an, bewusst positiv zu leben, mich mit meiner Ko-Infektion auseinander zu setzen und auch politisch zu kämpfen. Hätte ich mein Substitutions-

2 Ko-Infektion = Infektion mit zwei oder mehreren verschiedenen Erregern, hier: mit HIV und Hepatitis

mittel eher bekommen, wäre ich vielleicht nicht infiziert worden... Nun aber galt es, das Beste aus allem zu machen. Die Arbeit bei der Aidshilfe und für JES war genau das Richtige für mich. Endlich bekam ich Anerkennung, was ich von zu Hause nicht kannte – und erst recht nicht von der Szene. Meine Kinder und meine Arbeit gaben mir die Kraft, den Kampf gegen HIV und Hepatitis aufzunehmen.

1994 sagte der Arzt zu mir: „Frau Schmidt, gut, dass Sie zu mir gekommen sind. Sie haben wirklich Glück, denn es gibt gerade ganz neue HIV-Medikamente, und Sie sind eine der ersten, die sie über die internationale Apotheke bekommen können. Mit dieser Kombinationstherapie³ können Sie noch viele Jahre leben, und die Medikamente sind viel besser als AZT⁴! Ein paar Nebenwirkungen, ja – aber die gehen nach ein paar Monaten wieder weg.“ Er hatte mir aber nicht gesagt, dass mich jede Tabletteneinnahme – dreimal pro Tag – an meine HIV-Infektion erinnern wird...

Durch die neuen Medikamente fielen mir viele Haare aus, und ich hatte nach jeder Einnahme Bauchkrämpfe. Die Zahl meiner Helferzellen⁵ stieg jedoch an, und die Viruslast sank unter die Nachweisgrenze⁶. Die Nebenwirkungen ließen dann tatsächlich nach, und als ich mich mit meinen Pillen gut organisiert hatte, ging es mir auch wesentlich besser. Leider verschlechterten sich meine Leberwerte⁷, und meine Hepatitisinfektion wurde schlimmer. Ich war ständig müde und schlapp. Meine Kinder fragten: „Mama, warum unternimmst du gar

- 3 Bei einer Kombinationstherapie werden zwei oder mehrere Medikamente zusammen eingesetzt.
- 4 AZT = Zidovudin, Handelsname Retrovir®; das erste Medikament, das zur Behandlung der HIV-Infektion zur Verfügung stand.
- 5 Helferzellen (auch CD4-Zellen genannt) sind wichtige Zellen des Immunsystems, die HIV bevorzugt befällt, sich in ihnen vermehrt und sie dadurch zerstört. Die Zahl der Helferzellen wird pro Mikroliter Blut gemessen.
- 6 Die Zahl der Viruskopien (Viruslast) misst man pro Milliliter Blut. Die Nachweisgrenze liegt heute bei 20 bis 50 HIV-Kopien/ml Blut.
- 7 Wie alle Medikamente belasten auch die gegen HIV gerichteten Substanzen die Leber. Zur Kontrolle misst man die Leberwerte, d.h. bestimmte Leberenzyme im Blut, die bei einer Schädigung der Leber in veränderter (meist erhöhter) Konzentration auftreten.

nichts mehr mit uns?“ Ich redete mich heraus und sagte, dass ich von der Arbeit so kaputt sei.

Nach drei Jahren konsequenter Medikamenteneinnahme stellten die Ärzte fest, dass meine Hepatitis-C-Viruslast und meine Leberwerte extrem hoch waren. Meine Leber sei schon verfettet, und ich müsse jetzt aufpassen, dass ich keine Leberzirrhose bekomme. Plötzlich war die allseits so hoch gelobte „Kombitherapie“ nicht mehr gut für mich. Sie gehe leider zu sehr auf die Leber, und ich solle sofort mit einer sechsmonatigen Interferon⁸-Behandlung gegen die Hepatitis C anfangen.

Interferon ist bekannt für seine vielen und auch starken Nebenwirkungen. Ich kannte die Substanz bereits durch einen HIV-positiven Freund, bei dem sie gegen Hautkrebs eingesetzt wurde. Ich wusste daher, was mir blühte: Mein Freund lag fast nur noch im Bett, litt unter starken Depressionen und musste Antidepressiva einnehmen, er weinte viel und war nur noch ein Schatten seiner selbst... Als Junkie hatte ich jede Pille geschluckt, die betäubte oder aufkratzte. Und jetzt, als HIV-Positive, schluckte ich HIV-Medikamente – und fühlte mich nie richtig wohl damit. Jetzt war Schluss, nicht auch noch Interferon!

Mir wurde blitzartig klar, dass ich als Ko-Infizierte doppelt belastet bin. Natürlich könne man beide Infektionen therapieren, und die Methoden würden noch verbessert, versprachen die Ärzte. Nur zu welchem Preis? Lebensqualität oder ein längeres Leben – das muss jeder für sich selbst entscheiden. Ich dachte sehr lange über eine Interferon-Behandlung nach und entschloss mich nach langem Hin und Her, es mit einer alternativen Therapie zu probieren.

1998 hatte ich für mich einen „Weg der Mitte“ gefunden. Er lautete: persönlichen Schaden minimieren, mit mir selbst zurechtkommen und die Balance halten zwischen Helferzellen und Viruslast einerseits und den Leberwerten andererseits. Statt eine Interferon-Therapie zu machen, stellte ich meine gesamte Ernährung um. Ich lebte ein Jahr

8 Interferone sind Substanzen, die der Körper zur Infektabwehr einsetzt. Sie beeinflussen das Immunsystem, indem sie weiße Blutkörperchen aktivieren, die virusinfizierte Zellen oder Krebszellen zerstören können.

unter ärztlicher Beobachtung ohne Kombinationstherapie, entgiftete meinen Körper durch Heilfasten, dosierte das Methadon von neun auf einen halben Milliliter runter, trank statt Alkohol literweise grünen Tee, aß viel Obst und versuchte, vieles aus der Ayurveda⁹-Heilkunde für mich umzusetzen.

Meine Leberwerte wurden wieder ganz normal, und mein Wohlbefinden verbesserte sich zusehends. Mein Arzt war regelrecht erstaunt, wie gut sich meine Leber erholt hatte. Eigentlich hielt er nicht viel von meiner Methode, dennoch respektierte er meine Entscheidung und unterstützte mich mit Vitamin- und Misteltabletten. Als sich meine Blutwerte durch HIV verschlechterten – die Helferzellzahlen waren unter 200 und die Viruslast über 100.000 –, wusste ich, dass ich jetzt wieder etwas gegen die HIV-Infektion tun musste. Seitdem pendle ich zwischen der HIV-Therapie und meinen alternativen Heilmethoden hin und her. Als heute hauptamtliche Mitarbeiterin der Aidshilfe bin ich in punkto Therapie immer schnell auf dem neuesten Wissensstand, und da es inzwischen wesentlich bessere Behandlungsmöglichkeiten für Hepatitis C gibt, überlege ich mir immer wieder neu, welchen Weg ich einschlage.

Als ich damals mein Testergebnis bekam, betete ich zu Gott: Bitte lass mich wenigstens noch so lange leben, bis meine beiden Kinder über 18 sind! Heute sind die beiden 13 und 16 Jahre alt – die Angst vorm Sterben ist geblieben, nur ist sie jetzt nicht mehr allgegenwärtig und bestimmt auch nicht mehr mein Leben. Ich gebe nicht auf. Ich werde weiterhin auf der Hut sein und gegen meine Infektionen ankämpfen, das Für und Wider von Therapie oder Nichttherapie abwägen und versuchen, die für mich bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Nicht HIV und HCV bestimmen mein Leben, sondern ich selbst!

9 Ayurveda = Sammlung der wichtigsten Lehrbücher der alten indischen Heilkunde, die den Menschen als komplexes Wesen in seiner Beziehung zur Umwelt betrachtet. Zur Behandlung dienen vor allem pflanzliche Präparate.

Eltern- und Angehörigenarbeit für Drogenkonsumenten

..... **Jürgen Heimchen**

Von der abstinenz- zur akzeptanzorientierten Elternarbeit

Schon in den 70er und 80er Jahren schlossen sich Eltern von Drogengebrauchern in örtlichen Elternkreisen und im *Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher (BVEK)* zusammen, um einen Weg zu finden, der ihren Kindern zu einem Leben ohne Drogen verhelfen sollte. Die Selbsthilfearbeit orientierte sich dabei am Abstinenzziel der damaligen Drogenhilfe, das an die These „Nur wer ganz unten ist, hat den Wunsch nach Veränderung“ gekoppelt war. Das bedeutete letztlich eine Trennung der Eltern von ihren Kindern – und das nicht nur in räumlicher Hinsicht.

In den 90er Jahren fand in der Drogenhilfe und teilweise auch in der Drogenpolitik Deutschlands ein Paradigmenwechsel statt. Immer mehr Menschen traten nun für einen von Humanität und Akzeptanz geprägten Umgang mit Drogenkonsumenten ein und ließen sich vom Grundsatz der Schadensminimierung leiten. Der BVEK und seine Elternkreise änderten ihre Haltung jedoch nicht, sondern orientierten sich weiterhin allein am Abstinenzziel und sahen Substitution nur in Ausnahmefällen als mögliche Hilfe an. Anders die 1987 in München ge-

gründete *Elternhilfe für Suchtkranke*: Sie setzte sich für eine Lockerung der Zugangskriterien für die Behandlung mit Ersatzdrogen (Substitution) und die Ermöglichung einer langfristigen Substitution ein. Weitere Elternhilfen, die sich für die gesundheitlichen Belange und die Rechte von Drogenabhängigen stark machten, entstanden in Hannover, Ahrensburg, Hamburg, Norderstedt, Essen, Emmerich und Wuppertal.

Als 1989 Drogen gebrauchende Männer und Frauen das Selbsthilfenetz der Junkies, Ehemaligen und Substituierten (JES) gründeten, standen wir, Eltern und Angehörige, erst am Anfang einer akzeptanzorientierten Arbeit. Bis in das Jahr 1992 hinein kam es auch uns nicht in den Sinn, über neue Wege im Umgang mit unseren drogenabhängigen Kindern nachzudenken – zu mächtig war unser Wunsch, sie sollten ohne Drogen leben. Immer wieder jedoch holte uns die knallharte Realität des Drogenalltags ein – Therapieversuche, Therapieabbrüche, Rückfälle, HIV-Infektionen, Aidserkrankungen, Gefängnisaufenthalte, Hausdurchsuchungen, Sterben und Tod. Von der Vorstellung, die „Drogenkarriere“ unserer Kinder würde nur von kurzer Dauer sein, mussten wir uns erst einmal verabschieden. Viele Eltern begannen nun umzudenken, als sich zeigte, dass die Substitutionsbehandlung und eine auf Schadensminimierung zielende Prävention wesentlich zur Vermeidung von HIV-Infektionen und Aidserkrankungen sowie zu einer Verbesserung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes bei Drogenkonsumenten beitragen. Zugleich konnten wir erleben, dass das Zusammenleben mit unseren Kindern sehr viel leichter wurde, wenn sie entsprechende Angebote nutzten.

Immer mehr Elterngruppen öffneten sich den Sichtweisen und Ansätzen der akzeptierenden Drogenarbeit. In der Eltern- und Angehörigenselbsthilfe hatte nun nicht mehr die Drogenfreiheit Priorität, sondern das Überleben und ein menschenwürdiges Leben auch mit Drogen. Ergebnis dieser Entwicklung war die Gründung des *Bundesverbandes der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit* 1993 in Hamburg. 1994 gründete sich dann der *Landesverband der Eltern und Angehörigen für humane und akzeptierende Drogenarbeit NRW e.V.* und 1997 schließlich der *Länderverband der Eltern und Angehörigen für humane und akzeptierende Drogenarbeit Schleswig-Holstein/Hamburg e.V.*

Für uns gelten die Grundsätze der akzeptierenden Drogenarbeit

Die akzeptierende Drogenarbeit geht von folgenden Grundsätzen aus:

- Nicht jeder Drogenabhängige findet einen Weg aus der Abhängigkeit hin zu konsequenter Drogenabstinenz. Aus diesem Grund muss das Hilfesystem auch ein Leben mit Drogen akzeptieren können.
- Drogenhilfe muss sich an den Bedürfnissen und Lebensumständen des Einzelnen orientieren und folglich neben der Abstinenztherapie auch alternative, unmittelbar auf Gesundheit und Überleben gerichtete Angebote bereitstellen sowie Hilfe und Unterstützung bei der Entwicklung eigener Bewältigungsstrategien bieten.

Erfahrungsgemäß lassen sich bei Berücksichtigung der individuellen Problemlage häufig Lösungsmöglichkeiten erarbeiten, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen – dies auch ohne Herauslösung aus dem bisherigen sozialen Umfeld, wie das z.B. bei einer stationären Drogentherapie geschieht. Das kann in einem Fall bedeuten, dass zunächst existenzielle Belange in den Blick genommen und bearbeitet werden müssen (z.B. Gesundheit, Ernährung, Wohnung) und dann erst das Drogenproblem selbst. In einem anderen Fall kann ein Selbstentzug oder eine stationäre Entgiftung, eine Drogentherapie oder eine Substitutionsbehandlung im Vordergrund stehen.

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, betroffene Eltern mit den Grundsätzen und Arbeitsweisen der akzeptierenden Drogenhilfe vertraut zu machen, damit sie sich einer differenzierten Sicht auf das Drogenproblem und damit verschiedenen Möglichkeiten der Problemlösung öffnen können. Zugleich wollen wir ihnen dabei helfen, ihrem Sohn oder ihrer Tochter vertraute Begleiter zu sein, die in Krisensituationen sinnvolle Hilfe bieten können. In Zukunft werden wir uns daher auch verstärkt mit dem Ablösungsprozess zwischen Eltern und Kindern in der Pubertät beschäftigen. Das Erwachsenwerden ist eng verknüpft mit Selbstverwirklichung und Selbstverantwortung und damit auch mit dem Wunsch, eigene, von den Eltern unabhängige Erfahrungen zu

machen. Wer seinen Kindern dies zugesteht, ermöglicht es ihnen, offen über ihre Erlebnisse zu sprechen – womit unter Umständen vermieden werden kann, dass sie sich größeren Gefahren aussetzen. Eltern sollen daher in die Lage versetzt werden, ihr Verhalten und Handeln den jeweiligen Entwicklungsphasen ihrer Kinder anzupassen und eigene Bedürfnisse mit denen ihrer Kinder in Einklang zu bringen.

Unsere Wirkungsfelder

Selbsthilfegruppen

Wer Kinder hat, die Drogen gebrauchen oder bereits drogenabhängig sind, die zusätzlich eine HIV-Infektion und/oder eine Hepatitisinfektion haben, muss nicht nur diese Tatsachen verarbeiten. Zur Sucht, die in der Öffentlichkeit selten als Krankheit wahrgenommen wird, kommt der Makel der Illegalität hinzu. Wird der Sohn oder die Tochter wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) oder wegen Beschaffungskriminalität strafrechtlich verfolgt und vielleicht sogar zu einer Gefängnisstrafe verurteilt, ziehen sich betroffene Familien aus Scham und aus Angst vor Diskriminierung immer mehr aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Oft ist es auch innerhalb der Familie nicht mehr möglich, über das Drogenproblem und seine Folgen zu sprechen, was den psychischen Druck verstärkt. Und weil es (besonders Männern) schwer fällt, sich selbst und anderen gegenüber einzugestehen, dass man Probleme hat, darunter leidet und hilflos ist, wendet man sich auch nicht an Verwandte, Freunde oder Fachleute, um sich Rat und Hilfe zu holen. Wir leben schließlich in einer Gesellschaft, die Gesundheit, Tüchtigkeit, Durchsetzungsvermögen und Erfolg und nicht zuletzt Frohsinn und gute Laune hoch bewertet. Der „Leidensdruck“ kann schließlich dazu führen, die Hürde der „Sprachlosigkeit“ zu überwinden und sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen: Man hat erkannt, dass es so nicht weitergehen kann, dass etwas passieren muss – und man hat die Hoffnung, dass sich die Situation verbessern lässt.



Foto: Jürgen Heimchen

Mitglieder der Elterngruppe Wuppertal im Rahmen des Gedenktages für verstorbene Drogengebraucher am 21. Juli 2003

In unseren Selbsthilfegruppen stehen die persönlichen Sorgen und Nöte selbstverständlich im Vordergrund. Wer zum ersten Mal in eine unserer Gruppen kommt, erlebt es oft als Befreiung, über den Drogenkonsum des Sohnes oder der Tochter und über alle damit verbundenen Gefühle reden zu können. Viele Eltern müssen auch erst wieder lernen, sich selbst als Person wahrzunehmen und sich nicht ausschließlich über das Drogenproblem ihrer Kinder zu definieren. Sie brauchen Hilfe, um zu erkennen, dass sie nicht allein dafür verantwortlich sind, dass der Sohn Drogen nimmt, oder dafür, ob und wann die Tochter es schafft, von der Sucht loszukommen. Diese Hilfe kann ihnen die Gruppe geben.

Die Vorteile unserer (wie aller) Selbsthilfegruppen liegen auf der Hand:

- Man begegnet hier Menschen, die gleiche oder ähnliche Probleme haben wie man selbst, und oft ergeben sich Freundschaften, die über die Gruppe hinausreichen – ein wichtiger Aspekt, denn Freunde sind gerade in schwierigen Lebenslagen rar.
- Man versteht sich, ohne sich erst erklären zu müssen, braucht sich gegenseitig nichts vorzumachen und muss keine Angst vor Vorurteilen und Schuldzuweisungen haben.
- Man bekommt nicht nur selbst Hilfe, sondern hilft auch anderen, indem man sie an den eigenen Erfahrungen teilhaben lässt. Das Ge-

fühl, gebraucht zu werden und etwas bieten zu können, kann dazu beitragen, die Angst vor Versagen zu überwinden und wieder mehr Selbstvertrauen zu gewinnen.

- Da unsere Gruppen von keinen „Profis“ angeleitet werden, sind alle Mitglieder aufgefordert, Aufgaben zu übernehmen, die sie sich sonst vielleicht nicht zutrauen würden. Damit bietet sich die Chance, neue Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben.
- Wir handeln in eigener Sache, um erst einmal uns selbst zu helfen. Indem wir uns entlasten und neue Kraft schöpfen, können wir schließlich auch unseren Kindern Hilfe und Stütze sein.

HIV- und Hepatitis-Prävention

HIV/Aids und Hepatitis sind in vielen unserer Gesprächskreise zentrale Themen, betreffen sie doch das Leben unserer Kinder auf besondere Weise. Trotzdem begegnet man uns von professioneller Seite immer wieder mit Argwohn, wenn wir uns als Eltern und Angehörige auch in der HIV- und Hepatitis-Prävention engagieren. Dass wir an diese Aufgabe gut vorbereitet herangehen, wird dabei oft nicht gesehen. Durch unsere Bündnisse mit verschiedenen Organisationen haben wir Zugang zu vielfältigen Fortbildungsangeboten und können dort Kompetenzen erwerben, die wir als Multiplikatoren in der Präventionsarbeit brauchen. Die Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) beispielsweise gehören zu unserem „Pflichtprogramm“, und in den Seminaren der Deutschen AIDS-Hilfe informieren wir uns über Präventionsansätze oder über neue Behandlungsformen bei HIV- und Hepatitis-Infektionen. Das neu erworbene Wissen tragen wir dann in unsere Elternkreise zurück, von wo es schließlich in die betroffenen Familien und in deren soziales Umfeld gelangt.

Im Zentrum unseres Engagements im Arbeitsfeld Prävention stehen vor allem folgende Themen:

- *Substitutionsbehandlung*: In unseren Augen ist sie einer der Eckpfeiler der Schadensminimierung und Gesundheitsförderung bei Drogengebrauchern – dies besonders im Hinblick auf HIV/Aids und virusbedingte Hepatitiden. Da viele unserer Kinder mit Ersatzstof-

fen behandelt werden, kennen wir die positiven Wirkungen der Substitution sozusagen aus erster Hand. Wir setzen uns deshalb für die Verbesserung der Rahmenbedingungen dieser Behandlungsform ein, indem wir z.B. in verschiedenen Qualitätszirkeln mitarbeiten. In Veranstaltungen für Eltern und Angehörige wiederum informieren wir über die Substitution als „Mittel der ersten Wahl“ und versuchen, Vorbehalte und Vorurteile gegenüber dem Einsatz von Drogensatzmitteln abzubauen. Die steigende Zahl der Substituierten, der inzwischen erleichterte Zugang zur Substitutionsbehandlung, eine sinkende HIV-Infektionsrate bei Drogengebrauchern sowie die soziale und gesundheitliche Stabilisierung unserer Kinder bestätigen uns darin, dass sich unser Engagement lohnt.

- *Therapien bei HIV/Aids und Hepatitiden:* Als Ende der 90er Jahre die Zahl neuer HIV-Infektionen bei intravenös Drogen gebrauchenden Menschen langsam zurückging, war es für viele Mitglieder unserer Selbsthilfe ein großer Schock, als bekannt wurde, wie weit das Hepatitis-C-Virus (HCV) in dieser Population verbreitet ist. Nun galt es also, sich mit einem weiteren gesundheitlichen Problem auseinander zu setzen und damit, dass HCV-infizierten Drogenkonsumenten und Substituierten eine Hepatistherapie häufig verweigert wurde, u.a. mit dem Hinweis auf ihre mangelnde „Compliance“¹, wie dies zuvor schon bei der HIV-Therapie der Fall war. Wir Eltern und Angehörige haben dazu beigetragen, dass heute auch angeblich „schwierige“ Patienten Zugang zur HIV- und Hepatitis-Therapie haben. Es bleibt aber noch viel zu tun, denn die Behandlung von Drogengebrauchern mit antiretroviralen Medikamenten gehört noch nicht zum Standardangebot aller Ärztinnen und Ärzte.

1 Compliance = Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen

Drogenhilfe und Drogenpolitik

Seit wir erkannt haben, dass unsere Kinder nicht von heute auf morgen aus dem Drogenkonsum aussteigen können und dass das Hauptproblem nicht die Drogen selbst sind, sondern vielmehr die Bedingungen eines Lebens unter dem Vorzeichen der Illegalität, unternehmen wir alles in unseren Kräften Stehende, um diese Bedingungen zu verändern. Wir sind davon überzeugt, dass wir nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht haben, mehr zu tun, als lediglich in unseren Gruppen über unser Leid zu klagen. Wir mischen uns daher in die Drogenpolitik ein, wobei wir die Erfahrung gemacht haben, dass man unsere berechtigten Forderungen umso ernster nimmt, je mehr wir Bereitschaft zu Mitarbeit und Verantwortung zeigen. Vor Ort arbeiten wir mit der Drogenhilfe und anderen Selbsthilfegruppen zusammen und organisieren z.B. gemeinsame Aktionen. Elternvertreter aus unserer Selbsthilfe findet man ebenso in kommunalen Gremien, wo sie sich z.B. für den Auf- und Ausbau von Gesundheitsräumen und deren rechtliche Absicherung einsetzen. Auf Bundesebene engagieren wir uns zusammen mit unseren Bündnispartnern (Deutsche AIDS-Hilfe, akzept Bundesverband, Selbsthilfenetzwerk JES, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin), z.B. für die Spritzenvergabe in allen deutschen Haftanstalten.

Ausblick

Es heißt Abschied zu nehmen von der Vorstellung, Leidensdruck und Abstinenztherapie seien die einzig richtigen Ansätze zur Lösung des Drogenproblems. Nur diese Sichtweise gelten zu lassen, hat in der Vergangenheit mehr Schaden angerichtet als Nutzen gebracht. Wenn unser Leitmotiv „Uns Eltern geht es gut, wenn es auch unseren Kindern gut geht!“ lauten soll, dann sind wir auch verpflichtet, unseren Anliegen in der Öffentlichkeit Gehör zu verschaffen. Nur so können wir etwas dafür tun, dass Diskriminierung und Ausgrenzung verhindert werden, dass Drogenabhängige, die es nicht schaffen, dauerhaft abstinent

zu bleiben, trotzdem ein menschenwürdiges Leben führen können, dass die Bedingungen für ihre soziale und berufliche Integration verbessert werden.

Wie die Gesellschaft mit betroffenen Eltern und Familien umgeht, hängt auch davon ab, welches Bild sie von sich vermitteln. Wir wollen sie deshalb dazu ermutigen, offensiv mit ihren Problemen umzugehen, öffentlich zu ihren Drogen gebrauchenden oder abhängigen Kindern zu stehen und Nachbarn, Freunden, Arbeitskollegen und Verwandten klar zu machen: „Es kann jeden treffen!“

Gewiss, Selbsthilfe kann sich auf abendliche Zusammenkünfte beschränken. Selbsthilfe beinhaltet aber auch die Bereitschaft, Dinge zu verändern. Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass die Erfolge, die wir mit unseren Aktivitäten erzielen, uns auch persönlich weiterhelfen. Wir wollen nicht mehr hilflos zusehen, wie unsere Kinder immer mehr verelenden, und es nicht länger hinnehmen, dass sie sich lebensbedrohliche Infektionen zuziehen und einen frühen Tod finden. Wir sind die Lobby für unsere Kinder. Gemeinsam mit anderen, die unsere Anliegen teilen, werden wir uns weiterhin für eine humane und akzeptierende Drogenpolitik und Drogenhilfe einsetzen, denn *die Würde des Menschen ist unantastbar*.



Sozialrecht

Im Warenschicht ist Taste gesperrt, dann andere Sorte wählen oder Geldrückgabeknopf drücken!

HIV, Hepatitis und Sozialrecht

..... **Gerd Speicher**

Die HIV-Infektion bringt für viele Betroffene soziale und rechtliche Probleme mit sich – dies umso mehr, wenn weitere schwierige Lebensumstände hinzukommen, etwa bei intravenös Drogen gebrauchenden Menschen. Zur Stigmatisierung als HIV-Positiver tritt die Stigmatisierung als Drogenkonsument – häufig verbunden mit gesetzwidrigen Benachteiligungen z. B. bei Behörden. Im Folgenden soll ein Überblick über wichtige soziale und rechtliche Fragen gegeben werden, mit denen (Drogen gebrauchende) Menschen mit HIV/Aids und/oder Hepatitis konfrontiert sind.

Substitution

Eine Behandlung mit Opiatersatzstoffen wird in der Regel von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen; derzeit wird geprüft, ob die Substitution Regelleistung werden soll. Voraussetzung für die Kostenübernahme¹ ist eine ärztliche Indikation, d.h. die Feststellung einer ma-

¹ *Geregelt ist dies in Nr. 2 der Anlage A „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (AUB-Richtlinien) der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (BÜB-Richtlinien) vom 28. Oktober 2002, die zum 1.1. 2003 in Kraft getreten sind (Deutsches Ärzteblatt, 100, Ausgabe 3 vom 17.01. 2003, Seite A-144/B-132/C-128; im Internet z.B. unter <http://www.aerzteblatt.de/u4/archiv/pdf.asp?id=35215>).*

nifesten Drogenabhängigkeit (meist von Heroin), „wenn die Abhängigkeit seit längerer Zeit besteht und wenn Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg erbracht haben und/oder wenn eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann und/oder wenn die substituionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet. [...] Bei einer erst kürzer als zwei Jahre bestehenden Opiatabhängigkeit ist die Substitution in der Regel nur als Übergangsmaßnahme anzusehen („Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“²).

Psychosoziale Behandlung/Betreuung/Begleitung (PSB)³

Nach § 5 Abs. 2 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) „darf der Arzt ein Substitutionsmittel unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes verschreiben, wenn und solange ... 2. die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht“ und „4. die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes keine Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient ... b. nach Nummer 2 erforderliche Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen dauerhaft nicht in Anspruch nimmt“.

Die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ legen dazu Folgendes fest: „Die substituionsgestützte Behandlung ist nur zulässig im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes, das die jeweils erforderlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie psycho-sozialen Betreuungsmaßnahmen begleitend einbezieht. Es ist abzuklären, ob eine Indikation für eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung besteht.“ Die Richtlinien gehen davon aus, dass in der Regel eine psychosoziale Be-

2 in der Fassung vom 22. März 2002; im Internet unter http://www.bundesaerztekammer.de/30/Praevention/20Sucht/69_EuSubst.pdf

3 siehe hierzu auch den Beitrag von Gerlach in diesem Band, S. 310 ff.

treuung erforderlich ist; der behandelnde Arzt muss seiner Dokumentation eine Bescheinigung einer Drogenhilfe beilegen, dass der Patient keine PSB benötigt oder dass PSB durchgeführt wird, und zwar ohne konkrete Angabe des Betreuungsinhalts, -umfangs und -verlaufs.⁴ Nach aktueller Rechtslage entscheidet aber allein der behandelnde Arzt, ob und welche psychosozialen Maßnahmen erforderlich sind.⁵

Laut Präambel dieser Richtlinien besteht „eine Leistungspflicht der Krankenkassen für die begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Betreuung“; und zwar „nur insoweit, als diese zur Krankenbehandlung erforderlich ist. Die nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) vorgesehene psychosoziale Betreuung [hingegen] fällt nicht unter die Leistungspflicht der GKV⁶.“ Dies führt in der Praxis zu großen Problemen, da sich viele Krankenkassen wie auch Kommunen und andere Kostenträger weigern, die Kosten für eine PSB zu übernehmen.

Dokumentation/Schweigepflichtentbindung

Die behandelnden Ärzte haben „Beginn und Beendigung einer Substitution ... unverzüglich der zuständigen KV⁷ und der leistungspflichtigen

4 § 7 „Dokumentation, Anzeigeverfahren“ der Nr. 2 der AUB-Richtlinien regelt: „(1) Bei Einleitung einer Substitution dokumentiert und begründet der Arzt die festgestellte medizinische Indikation und die im Rahmen des umfassenden Therapiekonzepts vorgesehenen weiteren medizinischen Behandlungsmaßnahmen gemäß § 3. Darüber hinaus ist in der Dokumentation anzugeben, durch welche Stelle die begleitende psychosoziale Betreuung durchgeführt wird. Eine aktuelle schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme oder Fortführung einer psychosozialen Betreuung ist der Dokumentation beizufügen. Ist ausnahmsweise keine psychosoziale Betreuung erforderlich, ist dies durch die psychosoziale Beratungsstelle schriftlich zu bestätigen.“

5 vgl. dazu Gerlach, R.: „Konzepte in der psychosozialen Beratung/Betreuung von Substituierten – Denn sie wissen nicht, was sie tun?“ Referat beim Qualitätszirkel Suchttherapie Mannheim, Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis in Mannheim am Dienstag, 28.10. 2003 (im Internet unter www.indro-online.de/dsb.htm)

6 gesetzliche Krankenversicherung

7 Kassenärztliche Vereinigung

Krankenkasse anzuzeigen. Hierzu hat der Arzt zu Beginn der Behandlung eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einzuholen“ (§ 7 Absatz 2 Nr. 2 der AUB-Richtlinien). Laut Abschnitt 4 „Vereinbarungen mit dem Patienten“ der Richtlinien der Bundesärztekammer sollen die Patienten aufgefordert werden, die behandelnden Ärzte gegenüber „anderen beteiligten Institutionen (z.B. Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, psycho-soziale Beratungsstelle)“ von der Schweigepflicht zu entbinden. Geschieht dies nicht, drohen die Kassen mit Leistungsentzug. Die Zulässigkeit der Forderung nach Einverständnis zur Übermittlung personenbezogener Daten – und hierum geht es schließlich – ist aber nicht nur unter Datenschutzbeauftragten sehr umstritten, zumal es bisher keinerlei nachvollziehbare Begründung für die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme gibt.

Schwerbehinderung

Die Regelungen zur Schwerbehinderung finden sich in dem am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB⁸ IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.⁹ Nach § 2 dieses Gesetzes sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“. Als schwerbehindert gelten sie, „wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt“. Zu beachten ist, dass der Grad der Behinderung (GdB) nicht mit dem Grad der Erwerbsminderung im Sinne des Rentenrechts identisch ist, da die Schwerbehinderung nichts über die Fähigkeit zur Ausübung eines Berufs aussagt.

8 Sozialgesetzbuch

9 im Internet z.B. unter http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/SGB09/sgb09xinhalt.htm zu finden

Bei der Feststellung des Grades der Behinderung handelt es sich um eine „offizielle“ medizinische Beurteilung, die vom medizinischen Dienst des örtlichen Gesundheitsamts, vom Amtsarzt der jeweiligen Arbeitsagentur (AA)¹⁰ oder vom Vertrauensarzt des Rentenversicherungsträgers oder der Krankenversicherung durchgeführt wird – je nach Situation des Betroffenen. Eine solche Beurteilung liegt auch Entscheidungen über Rehabilitationsmaßnahmen, Erwerbsminderungsrenten, Anerkennung von Mehrbedarf und Ähnlichem mehr zugrunde, die von den entsprechenden Behörden gefällt werden.

Vergünstigungen/Leistungen/Vorteile

Der Schwerbehindertenausweis wirkt sich auf die verschiedensten Lebensbereiche aus:

1. Zu einer ordentlichen Kündigung eines Schwerbehinderten muss der Arbeitgeber die Zustimmung des Integrationsamtes (früher: Hauptfürsorgestelle) einholen.
2. Schwerbehinderte haben fünf zusätzliche Urlaubstage.
3. Sie kommen unter bestimmten Voraussetzungen wieder in die gesetzliche Krankenversicherung, selbst wenn sie die Voraussetzungen ansonsten nicht erfüllen.
4. Sie genießen Steuerermäßigungen.
5. Sie haben Anspruch auf einen erhöhten Wohngeldfreibetrag.
6. Sie können sich von der Fernseh- und Rundfunkgebühr befreien lassen.
7. Sie haben Anspruch auf Ermäßigungen bei den Telefongebühren.
8. Sie genießen Vergünstigungen bei öffentlichen Verkehrsmitteln.
9. Sie können Mehrbedarf bei der Sozialhilfe geltend machen.
10. Ihnen wird ein höherer Freibetrag für den Hinzuverdienst bei Sozialhilfebezug zugestanden.
11. Sie genießen finanzielle Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung durch die Behindertenhilfe der Arbeitsagentur.

10 Das Arbeitsamt wird seit Anfang 2004 „Arbeitsagentur“ (Abk. AA) genannt.

Wie hoch die Vergünstigungen, Leistungen oder Vorteile jeweils sind, richtet sich nach dem GdB und individuellen Besonderheiten.

Nachteile

Probleme kann ein Schwerbehindertenstatus beim Wechsel des Arbeitsplatzes oder bei der Arbeitssuche bereiten. Eine Schwerbehinderung ist dann im Bewerbungsverfahren anzugeben, wenn sie sich auf die angestrebte Tätigkeit in absehbarer Zeit auswirken kann. Fragt der zukünftige Arbeitgeber ausdrücklich danach, und sei es auch nur in einem Einstellungsfragebogen, muss hierauf wahrheitsgemäß geantwortet werden. Wird die Behinderung verschwiegen, kann dies später zur Anfechtung des Arbeitsvertrags wegen arglistiger Täuschung führen, was weitere Nachteile bei der Arbeitslosenversicherung (z.B. Sperrzeiten) mit sich bringen kann. Schwerbehinderte sind allerdings nicht verpflichtet, einem Arbeitgeber den Grund der Schwerbehinderung anzugeben oder ihm den Schwerbehindertenbescheid zur Kenntnis zu geben.

Gleichstellung

Erlangt man wegen der festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen nicht einen GdB von 50, jedoch von mindestens 30, kann bei der Arbeitsagentur eine Gleichstellung mit Schwerbehinderten beantragt werden. Voraussetzung ist, dass die Betroffenen wegen der Behinderung ohne Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht finden oder nicht behalten können – was bei HIV durchaus der Fall sein kann.

Schwerbehinderung bei HIV-Infektion

Eine HIV-Infektion allein reicht für die Feststellung einer Schwerbehinderung nicht aus. Zu herabgesetzten Immunwerten müssen weitere Beeinträchtigungen wie infektionsbedingte Schwäche oder opportunistische Infektionen hinzukommen, die sich längerfristig auf Funktionen wie Gehen, Stehen, Konzentrationsfähigkeit usw. auswirken kön-

nen. Auch eine Drogenabhängigkeit kann sich auf den GdB auswirken; es ist aber immer zu überlegen, ob man dies wirklich zum Gegenstand eines Verfahrens machen möchte.

Wie die zuständigen Versorgungsämter den GdB bei Menschen mit HIV und Aids festlegen, ist im Bundesgebiet unterschiedlich; generell ist es aber durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten seit Einführung der antiretroviralen Therapie schwieriger für sie geworden, einen Schwerbehindertenstatus zu erlangen. Hinsichtlich der Festsetzung des GdB durch das Versorgungsamt sollte man immer darauf bestehen, dass neben den Folgen der HIV-Infektion oder Aids-erkrankung auch die Nebenwirkungen der Medikamente und psychische Beeinträchtigungen (sofern sie deutlich ausgeprägt sind) berücksichtigt werden, wenngleich es hier oft Schwierigkeiten gibt.

Schwerbehinderung bei chronischer Hepatitis und Leberzirrhose

Die Leistungsfähigkeit von Menschen mit chronischer Lebererkrankung lässt sich nur schwer objektiv messen. Grundlage für die Leistungsbeurteilung ist eine genaue Diagnose mit der Bewertung der aktuellen Leberfunktion. Sorgfältig abzuwägen ist auch, inwieweit die berufliche Tätigkeit den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst oder ob der Krankheitszustand die Leistungsfähigkeit mindert. Die folgende Übersicht bietet einige Orientierungshilfen:

Grade der Behinderung bei Hepatitis und Leberzirrhose

chronische Hepatitis ohne Progression (chronisch-persistierende oder „ruhende“ Hepatitis)	20
chronische Hepatitis mit Progression (chronisch-aktive Hepatitis)	
<i>mit geringer entzündlicher Aktivität</i>	30
<i>mit mäßiger entzündlicher Aktivität</i>	40
<i>mit starker entzündlicher Aktivität</i>	50–70

kompensierte Leberzirrhose mit noch ausreichender Entgiftungsfunktion	
<i>inaktiv</i>	30
<i>gering aktiv</i>	40
<i>stärker aktiv</i>	50
dekompensierte Leberzirrhose mit nicht mehr ausreichender Entgiftungsfunktion (hepatische Enzephalopathie, Blutungsneigung usw.)	60–100

Arbeitslosigkeit

Die HIV-Infektion muss bei der Arbeitsagentur (AA) nicht angegeben werden, und man sollte dies auch besser unterlassen, weil es nämlich sonst erfahrungsgemäß häufig zu Schwierigkeiten kommt (Umschulungsmaßnahmen werden z.B. nicht mehr bewilligt oder die Arbeitsvermittlung selbst wird nur schleppend betrieben). Das Gleiche gilt für die Drogenabhängigkeit; hier ist allerdings zu bedenken, dass es besondere Arbeitsmarktinitiativen für Drogengebraucher gibt.

Ansonsten gelten für Menschen mit HIV und Aids und/oder für Drogengebraucher keine Besonderheiten. Allerdings sind einige Faktoren zu beachten, die bei Krankheit und Arbeitslosigkeit immer eine Rolle spielen:

- Die Arbeitsagenturen verlangen in der Regel, dass Antragsteller persönlich vorstellig werden, was aber bei einer Krankheit nicht immer möglich ist. Im Krankheitsfall können allerdings auch keine Leistungen der AA bezogen werden, da eine Voraussetzung dafür ist, dass der Betreffende der Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht; das aber ist bei Krankheit nicht gegeben.
- Achtung: Eine Meldung bei der AA muss bereits erfolgen, wenn bekannt wird, dass Arbeitslosigkeit droht. Das bedeutet, dass die Meldung drei Monate vor Eintritt der Arbeitslosigkeit erfolgen muss. Bei kürzeren Kündigungsfristen hat die Meldung unverzüglich nach Be-

kanntwerden der Kündigung zu erfolgen. Auch bei befristeten Arbeitsverhältnissen gilt die Dreimonatsfrist. Wer dieser Meldepflicht nicht nachkommt, riskiert eine Sperrzeit.

- Bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit wird zunächst Krankengeld gezahlt, wenn zuvor ein Arbeitsverhältnis bestanden hat. Mit dem ersten Tag der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit muss dann der Antrag auf Leistungen bei der AA gestellt werden. Um lange Bearbeitungszeiten zu vermeiden, kann man in solchen Fällen auch versuchen, die entsprechenden Anträge zunächst schriftlich einzureichen.
- Wer sein Arbeitsverhältnis schuldhaft beendet, riskiert die Verhängung einer Sperrzeit. Eine schuldhafte Beendigung kann neben einer Eigenkündigung oder dem Unterzeichnen eines Auflösungsvertrags auch vorliegen, wenn der Arbeitnehmer eine verhaltensbedingte Kündigung durch den Arbeitgeber provoziert hat, z. B. durch ständiges Zuspätkommen. Eine Sperrzeit kann bis zu zwölf Wochen betragen; in diesem Fall sollte man versuchen, mit Verweis auf die HIV-Infektion oder Aidserkrankung die Härtefallregelung in Anspruch zu nehmen und die Sperrzeit auf sechs Wochen zu reduzieren oder zu erwirken, dass überhaupt keine Sperrzeit verhängt wird (das ist in Einzelfällen durchaus möglich). Ist man mangels eigener finanzieller Mittel in der Sperrzeit auf Leistungen des Sozialamts angewiesen, kann dieses Leistungen kürzen, wenn der Sozialfall selbst verschuldet wurde – was bei einer selbst verschuldeten Arbeitslosigkeit und damit verbundenen Sperrzeit in der Regel angenommen wird. Auch hier sollte man versuchen, Härtefallregelungen zu beanspruchen.
- Mit der Bewilligung von Leistungen der AA wird gleichzeitig eine neue Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (gK) begründet (in der Regel bleibt man in der bisherigen Krankenkasse). Damit der Versicherungsschutz für die Zeit zwischen Antragstellung und Bewilligung sowie für den Fall einer Ablehnung des Antrags gewährleistet ist, sollte man zunächst einen Antrag auf freiwillige Weiterversicherung bei der Krankenkasse stellen. Spätestens einen Monat nach Ende des bisherigen Versicherungsverhältnisses muss man dies tun, da dann der sog. nachgehende Leistungsanspruch er-

lischt. Erlischt der Anspruch auf Arbeitslosengeld, erlischt auch der Krankenversicherungsschutz über die AA. Wer kein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis aufnimmt, kann sich freiwillig weiterversichern lassen. Wer danach auf Leistungen des Sozialamts angewiesen ist, ist inzwischen durch ihren Bezug bei der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert.

- Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld erkrankt, muss sich bei der AA krankmelden. Die Leistungen werden dann für sechs Wochen weiterbezahlt. Bei längerer Krankheit übernimmt die Krankenversicherung die Leistungen in gleicher Höhe in Form von Krankengeld – dabei bleibt der Anspruch auf die in der Krankenversicherung bestehende Höchstdauer von 18 Monaten begrenzt. Ist man danach immer noch arbeitsunfähig und ist ein Rentenverfahren anhängig, muss erneut ein Antrag auf Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe (zukünftig Arbeitslosengeld II) gestellt werden. Dies wird dann bis zum endgültigen Abschluss des Rentenverfahrens gezahlt. Ist der Anspruch auf Arbeitslosengeld erschöpft, wird auf Antrag Arbeitslosenhilfe bzw. Arbeitslosengeld II gezahlt.
- Wer bei laufendem Bezug von Krankengeld arbeitslos wird, erhält zunächst bis zum letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit weiter Krankengeld (auf der Grundlage des früheren Gehalts). Ab dem ersten Tag der Arbeitsfähigkeit erhält man auf Antrag Leistungen der AA. Tritt eine Arbeitsunfähigkeit ein, während Leistungen der Arbeitsagentur bezogen werden, wird Krankengeld in Höhe der bisher bezogenen Leistung der AA gezahlt.

Sozialhilfe

Sozialhilfe und Krankheit

Da Sozialhilfebezieher inzwischen Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (gK) sind, gelten für Erholungskuren zur Vorbeugung von Krankheiten (sog. Vorsorgekuren) die entsprechenden Regelungen der gK.

Drogengebraucher können eine Entzugstherapie beim Träger der Rentenversicherung – in der Regel Landesversicherungsanstalt (LVA) oder Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) – oder beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragen; das Sozialamt erstattet auch die Kosten für eine Substitutionsbehandlung.

Besondere Regeln sieht das Asylbewerberleistungsgesetz vor; die Erstattung von Kosten im Rahmen der Gesundheitsfürsorge ist hier auf das Allernotwendigste beschränkt. Behandelt werden lediglich akute Erkrankungen und Schmerzzustände; eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Chronische Krankheiten – also z. B. die HIV-Erkrankung oder eine chronische Hepatitis – werden nicht behandelt, auch ambulante Pflege oder betreutes Wohnen und Ähnliches werden nicht gewährt.

Mehrbedarf

Liegt der Regelsatz unter dem Bedarf und wird er den besonderen Bedürfnissen nicht gerecht, besteht ein Anspruch auf Mehrbedarfszuschläge. Wofür Mehrbedarfe zu gewähren sind, ist gesetzlich klar definiert. Das kann bei Menschen mit HIV/Aids oder einer chronischen Hepatitis etwa bei erhöhtem Bedarf an kostenaufwändiger Ernährung der Fall sein. Die Sozialämter handhaben dies aber höchst unterschiedlich; so hat etwa der Landschaftsverband Westfalen-Lippe in seinem „Begutachtungsleitfaden für den Mehrbedarf bei krankheitsbedingter kostenaufwändiger Ernährung (Krankenkostzulage)“ festgelegt, dass weder Vollkost noch eiweißreduzierte Ernährung eine Ernährungszulage begründen. Es gibt allerdings Ausnahmen: So kann man z. B. bei nicht ausreichendem Körpergewicht bei chronischer Hepatitis oder bei Appetitmangel/Gewichtsverlust bei einer Interferonbehandlung „Aufbaukost“ beantragen (hier kann mit etwa 25 € Mehrbedarfszuschlag gerechnet werden). Ein anderes Beispiel: Da Menschen mit HIV/Aids häufig an Nachtschweiß oder Pilzbefall und sonstigen Hautbeschwerden leiden, kann hier unter Umständen ein erhöhter Mehrbedarf an Wäsche und Körperpflegemitteln geltend gemacht werden (ebenfalls etwa 25 €). Zahlreiche Sozialämter gewähren solche Mehrbedarfszu-

schläge allerdings generell nicht mehr, da sich die medizinische Situation der Betroffenen verbessert habe.

Verhütungsmittel

Auch die Kosten für Verhütungsmittel (Kondome, Pille) werden vom Sozialamt übernommen, wenn sie ärztlich verordnet sind und man das entsprechende Rezept vorlegt. Wichtig für Menschen mit HIV oder Aids ist, dass man sich den Bedarf an Kondomen ärztlich bestätigen lassen muss. Manche Sozialämter gewähren Hilfe für Kondome auch ohne Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, wenn ihnen die HIV-Infektion des Antragstellers bekannt ist.¹¹

Hilfe in besonderen Lebenslagen

Hilfe in besonderen Lebenssituationen wie Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit wird bei bestimmten sozialen oder gesundheitlichen Notlagen gewährt, und zwar unabhängig davon, ob Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen wird. Hierzu gehören: Gesundheitshilfe, Krankenhilfe, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, Hilfe für Schwangere, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, Eingliederungshilfe und Blindenhilfe.

Blindenhilfe

Blindenhilfe kann für Menschen mit HIV und Aids von Bedeutung sein, wenn bei ihnen wegen einer opportunistischen Infektion (z.B. mit CMV oder dem Toxoplasma-Erreger) die Sehfähigkeit erheblich eingeschränkt oder ganz verloren gegangen ist. Häufig sind diese Krank-

¹¹ Mit der Änderung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) gelten viele regelmäßige Bedarfe aus dem Bereich einmaliger Leistungen (z.B. Bekleidungs-geld) mit einer pauschalen Erhöhung des Regelsatzes als gedeckt. Dies kann für Kondome, Gleitmittel und die Antibabypille nicht gelten, da es sich hier nicht um Bedarfe handelt, die regelmäßig für alle Sozialhilfeempfänger entstehen. Sollte sich ein Sozialamt weigern, die Kosten zu übernehmen, muss der Rechtsweg eingeschlagen werden.

heiten aber vorübergehend, sodass es nicht zu einer Antragstellung kommt. Zu beachten ist auch, dass die Blindenhilfe gekürzt bzw. angerechnet werden kann, wenn Hilfe zur Pflege gewährt wird oder die Betroffenen in einer Einrichtung versorgt werden (siehe hierzu die entsprechenden Landesgesetze oder das BSHG bzw. das SGB XII bei Inkrafttreten).

Hilfe bei besonderen sozialen Schwierigkeiten

Diese Art der Hilfe soll bei besonders schwierigen Lebensbedingungen wie z.B. Obdachlosigkeit, Drogenabhängigkeit, Haftentlassung oder Prostitution (unter Umständen auch HIV-Infektion/Aidserkrankung) die „Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft“ ermöglichen. Die Hilfe wird meist in Form von besonderen Beratungsangeboten, betreutem Wohnen oder ähnlichen sozial stabilisierenden Maßnahmen gewährt.

Eingliederungshilfe

Menschen, die behindert sind oder denen Behinderung droht, soll die Eingliederungshilfe die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen und das Leiden lindern. In Betracht kommen hier neben körperlichen auch geistige oder seelische Behinderungen oder z.B. eine HIV-Infektion/Aidserkrankung. Voraussetzung für diese Art der sozialen Hilfe ist ein entsprechender Bescheid des Versorgungsamtes oder ein fachärztliches Gutachten.

Zu den Maßnahmen der Eingliederungshilfe gehören ambulante und stationäre Versorgung, Erholungsmaßnahmen, wenn diese dazu beitragen, die Behinderung zu beseitigen oder zu mildern, Hilfe bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz, Hilfe zur Beschaffung und Erhaltung der Wohnung, Hilfe zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben (z.B. Finanzierung eines Fernseh- oder Radiogeräts oder eines Fahrdienstes). Die Kosten für Hilfsmittel (Rollstuhl, Hörgerät usw.) trägt die gesetzliche Krankenkasse, bei der Bezieher von Sozialhilfe inzwischen pflichtversichert sind.

Hilfe zur Arbeit

Eine Sonderform der Hilfe zum Lebensunterhalt stellt die Hilfe zur Arbeit dar: Die örtlichen Träger der Sozialhilfe (Landkreise, kreisfreie Städte) sollen arbeitslose Sozialhilfeempfänger zu gemeinnütziger und zusätzlicher Arbeit heranziehen, was vor allem der Selbsthilfebefähigung, aber auch der Einschränkung des Missbrauchs von Sozialhilfe dienen soll. Zur Ausübung der meist niederen Tätigkeiten, für welche die laufenden monatlichen Zahlungen um einen geringen Betrag erhöht werden, ist man aber bei Krankheiten wie einer chronischen Hepatitis oft nicht in der Lage. Der zuständige Sachbearbeiter sollte daher unverzüglich von der Erkrankung informiert werden. Bei Nichterscheinen auf der zugewiesenen Arbeitsstelle ohne einen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch ein ärztliches Attest droht nämlich eine Kürzung der Sozialhilfe.

Soziale Grundsicherung

Seit dem 1.1.2003 gilt das „Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“, auch „Grundsicherungsgesetz“ (GSiG) genannt. Leistungen nach diesem Gesetz können Menschen ab dem 65. Lebensjahr sowie dauerhaft voll Erwerbsunfähige ab 18 Jahren erhalten (hier ist eine amtsärztliche Bescheinigung erforderlich); der Antrag muss bei der Grundsicherungsbehörde gestellt werden. Anspruch auf Grundsicherung haben Bezieher einer unbefristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung, dauerhaft Erwerbsunfähige, die Sozialhilfe beziehen oder ein anderes geringes Einkommen haben, sowie behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten für Behinderte.

Die Leistungen richten sich grundsätzlich nach der Leistungshöhe des Sozialhilferechts, allerdings mit der Besonderheit, dass sich der Regelsatz um 15 Prozent erhöht. Zusätzlich kann ein Mehrbedarf von 20 Prozent geltend gemacht werden, wenn zu den übrigen Voraussetzungen bei der Schwerbehinderung noch das Merkzeichen „G“ (gehbehindert) hinzukommt. Getragen werden auch die angemessenen

tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung sowie Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entsprechend dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Ungeklärt ist allerdings noch das Vorgehen, wenn ein erhöhter Mehrbedarf wegen besonders kostenaufwändiger Ernährung oder wegen sonstiger Gründe besteht, die gesetzlich nicht geregelt sind.

In sehr vielen Fällen wird neben der Grundsicherung auch noch Sozialhilfe bezogen, da die Berechnung nicht alle sozialhilferechtlichen Bedarfe im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt abdeckt. Auch können nach wie vor Leistungen für besondere Lebenslagen beim Sozialamt beantragt werden. Im Einzelfall sollte genau ausgerechnet werden, ob Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz höher oder niedriger ausfallen würden als die Sozialhilfeleistungen. Die Leistungen nach dem GSiG sind jedoch vorrangig vor Leistungen des Sozialamts zu beantragen. Der dann gegebenenfalls noch bestehende Fehlbetrag zum sozialhilferechtlichen Bedarf ist durch das Sozialamt zu decken.

Vorteile der Grundsicherung sind in jedem Fall darin zu sehen, dass der Bewilligungszeitraum ein Jahr beträgt. Außerdem können Verwandte nur dann zu Unterhaltsleistungen herangezogen werden (die Regelungen in Bezug auf Ehegatten, Lebenspartner und Partner, mit denen man einen gemeinsamen Hausstand hat, entsprechen denjenigen für die Sozialhilfe), wenn ihr Jahreseinkommen 100.000 € übersteigt. Nach den gesetzlichen Vorschriften sind die Träger der Rentenversicherung (LVA und BfA) verpflichtet, über Fragen des Grundsicherungsgesetzes zu informieren.

Rehabilitationsmaßnahmen

Die Rentenversicherungsträger arbeiten nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Bei einer chronischen Hepatitis z.B. werden Umschulungen oder berufsfördernde Leistungen sowie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen übernommen – eine „Kur“ im Sinne der Rentenversicherung ist nur als Rehabilitationskur möglich. So genannte Vorsorgekuren sind nur über die Krankenkasse genehmigungsfähig.

Informationen und Beratung bieten die regionalen Büros der gesetzlichen Rentenversicherungsträger – LVA oder BfA – oder eine örtliche Auskunft- und Beratungsstelle. Dort sind Rehabilitationsberater tätig, die auch in schwierigen Fällen Auskunft geben und weiterhelfen können.

Rehabilitationsmaßnahmen und -kuren werden bewilligt, wenn dadurch

- bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine weitere Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann (§ 15 SGB VI),
- bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB VI),
- der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann (§ 10 SGB VI).

Oberstes Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist nicht die Verbesserung des Wohlbefindens des Kranken, sondern die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in die Arbeitswelt.

Berufsfördernde Leistungen/Umschulungen

Unter dem Stichwort „Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation“ gewähren die Rentenversicherungsträger z. B. Beihilfen für Arbeitgeber, um eine Weiterbeschäftigung im Betrieb zu ermöglichen (auf einer anderen Stelle oder in einem anderen Bereich) oder um einen behindertengerechten Arbeitsplatz einzurichten. Hier sind vor allem auch die Integrationsämter in der Pflicht.

Wenn es für Versicherte erforderlich ist, finanziert der Rentenversicherungsträger auch eine Umschulung; dies gilt auch für Empfänger von Arbeitslosengeld. Fahrtkosten, Lern- und Arbeitsmittel bei Umschulungen, Übergangsgeld (ersetzt den Arbeitsverdienst bzw. das Arbeitslosengeld), Sozialversicherungsbeiträge und unter Umständen sogar die Kosten für eine Haushaltshilfe zur Betreuung von Kindern werden für die Dauer der Maßnahme vom Rentenversicherungsträger übernommen.

Ziel all dieser Maßnahmen ist die Wiedereingliederung in ein geordnetes Arbeitsleben – ob allerdings jemand, der jahre- oder jahrzehntelang drogenabhängig war, dazu überhaupt in der Lage ist, muss individuell geklärt werden (anhand von medizinischen Unterlagen, Sozialberichten usw.).

Medizinische Rehabilitation („Kur“)

Die Erfahrung zeigt, dass einem Antrag von Patienten mit chronischer Hepatitis auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation nicht unbedingt entsprochen wird, und zwar auch dann nicht, wenn sich infolge der Behandlung mit Interferon alfa und Ribavirin Nebenwirkungen wie z. B. Depressionen einstellen

Erwerbsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrente

Das Einkommen von abhängig Beschäftigten (Arbeitern und Angestellten) wird bis zu einer bestimmten Höhe mit Sozialversicherungsabgaben belastet (Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung). Können Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung eine Erwerbstätigkeit nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang ausüben, zahlt der Versicherungsträger eine Erwerbsminderungsrente, und zwar unabhängig vom Lebensalter. Die Erwerbsminderungsrente wird in der Regel als Zeitrente geleistet, das heißt für längstens drei Jahre; diese Befristung kann bis zu drei Mal wiederholt werden. Wenn nicht abzusehen ist, dass die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann, wird die Rente unbefristet gewährt. Nach drei Befristungen bzw. einer Gesamtdauer der Befristungen von 9 Jahren ist davon auszugehen, dass die Erwerbsfähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann.

Zum Stichtag 1. Januar 2001 sind die Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt worden. Ist bereits vor diesem Datum ein Anspruch auf Berufs-

oder Erwerbsunfähigkeitsrente entstanden, werden diese auch weiterhin nach dem bis zum 31.12. 2000 geltenden Recht gezahlt. Sind befristete Renten aus der Zeit vor dem 31.12. 2000 neu zu beantragen, erfolgt die Beurteilung weiterhin nach dem altem Recht der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

Voll erwerbsgemindert ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande ist, mindestens drei Stunden täglich in irgendeiner Beschäftigung erwerbstätig zu sein – die seiner Qualifikation und seinem bisherigen beruflichen Werdegang in keiner Weise entsprechen muss. Eine Rente wegen voller Erwerbsminderung wird ähnlich wie eine Altersrente berechnet.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Ist eine Beschäftigung ab drei, aber weniger als sechs Stunden täglich möglich, liegt eine teilweise Erwerbsminderung vor. Das heißt im Klartext: Kann z.B. ein querschnittsgelähmter Maschinenbauingenieur nicht mehr in seinem Beruf arbeiten, aber vier Stunden täglich in einer Pförtnerloge sitzen, bekommt er lediglich eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Kann dem Versicherten jedoch kein entsprechender Teilarbeitsplatz angeboten werden, wird Rente wegen voller Erwerbsminderung gezahlt. Dabei wird für jeden Monat, in dem die Rente vor dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters in Anspruch genommen wird, ein Abschlag von 0,3% erhoben (höchstens aber 10,8%)

Bei einem Leistungsvermögen ab sechs Arbeitsstunden täglich liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des Gesetzes vor.

Bei Menschen, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind, muss sich die Beurteilung des „Restleistungsvermögens“ wie früher bei der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente an ihrer beruflichen Qualifikation orientieren statt an der zuletzt ausgeübten Tätigkeit.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Versicherte erhalten nur dann eine Erwerbsminderungsrente, wenn sie für eine „Wartezeit“ (Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren freiwillige oder Pflichtbeiträge gezahlt und darüber hinaus in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre lang Pflichtbeiträge für eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit entrichtet haben. Dabei muss man weder die fünf noch die drei Jahre an einem Stück zurückgelegt haben: Erforderlich sind 60 bzw. 36 Monate, wobei ein Monat bereits dann gezahlt wird, wenn in ihm nur an einen einzigen Tag Beiträge entrichtet wurden (Beispiel: Wenn man am 30. Juni zu arbeiten begonnen hat, wird auch der Juni auf die drei Jahre [36 Monate] bzw. fünf Jahre [60 Monate] angerechnet). Die versicherungspflichtigen Voraussetzungen werden ausnahmsweise nicht gefordert, wenn die Erwerbsminderung infolge eines Arbeitsunfalls, einer Wehrdienstbeschädigung oder Ähnlichem eingetreten ist.

Da viele Drogengebraucher z. B. aufgrund von gesundheitlichen Problemen oder Inhaftierungen nicht über einen längeren Zeitraum einer Arbeit nachgehen können, sind die Voraussetzungen für die Zahlung einer Erwerbsminderungsrente häufig nicht gegeben, und ist das doch der Fall, ist die Rente meist sehr niedrig. In solchen Fällen können Wohngeld und/oder (statt ergänzender Sozialhilfe) Grundsicherung bei den örtlichen Grundsicherungsämtern beantragt werden.

Da in vielen Fällen das Krankengeld höher ist als die zu erwartende Erwerbsminderungsrente, stellen viele Betroffene erst dann einen Rentenanspruch, wenn die Krankenkasse „nicht mehr mitspielt“. Die Bearbeitung eines Rentenanspruchs kann aber bis zu einem Jahr dauern, da alle Zeiträume überprüft werden müssen, für die kein Beitrag gezahlt wurde. Das ist bei Drogengebrauchern meistens besonders schwierig – der häufige Wechsel von Arbeitsstellen oder Wohnorten, Drogentherapien usw. führen zu ungeklärten Versicherungszeiten. Es empfiehlt sich daher, schon frühzeitig beim Rentenversicherungsträger einen Antrag auf „Kontenklärung“ zu stellen. Wird dann zu einem späteren Zeitpunkt die Rente beantragt, kann diese schneller und einfacher bewilligt werden.

Erwerbsminderungsrente für Empfänger von Arbeitslosengeld

Die Arbeitsagentur trägt neben der monatlichen Zahlung von Arbeitslosengeld alle Sozialversicherungsbeiträge, auch die der gesetzlichen Rentenversicherung. Daher gelten für Arbeitslosengeldempfänger dieselben Anwartschaftsbedingungen für das Antragsverfahren der Erwerbsminderungsrente wie für Arbeitnehmer in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. In der Regel wird man mit Einreichung des Rentenanspruchs jedoch krank geschrieben sein. Denn nicht mehr erwerbsfähig zu sein, zugleich aber der Arbeitsvermittlung zur Verfügung zu stehen, lässt sich nur schwer miteinander vereinbaren. Vermittelbar zu sein ist aber eine Voraussetzung für den Bezug von Leistungen.

Bei einem Wechsel vom Arbeitslosengeld ins Krankengeld ist Letzteres so hoch wie das Arbeitslosengeld. Ein zwischenzeitliches Ende der Bezugszeit des Arbeitslosengeldes hat keinen Einfluss auf die Höhe des Krankengeldes. Würde man kein Krankengeld beziehen, bekäme man nach dem Arbeitslosengeld Arbeitslosenhilfe bzw. ab 2005 Arbeitslosengeld II mit all seinen Nachteilen.

Dauert das Rentenverfahren länger als die maximale Bezugszeit des Krankengeldes, muss man bei der Arbeitsagentur wieder die Zahlung von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe (ab 2005 Arbeitslosengeld II) beantragen. Während der Wartezeit bis zur Bewilligung und Zahlung einer Erwerbsminderungsrente zahlt die Arbeitsagentur normal weiter; diese Leistungen müssen aber bei der später fälligen Rentennachzahlung zurückerstattet werden.

Sobald und solange eine Erwerbsminderungsrente gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Beim Bezug von Teilerwerbsminderungsrente muss man sich aber noch mit seinem „Restleistungsvermögen“ der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen, damit noch ein Teilarbeitsplatz gesucht werden kann. Bis dahin ist unter Umständen auch noch der Bezug von Leistungen der Arbeitsagentur möglich.

Folgen der Gesundheitsreform für Drogengebraucher und Substituierte

..... **Dirk Schäffer**

Mit dem seit dem 1.1.2004 geltenden „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Modernisierungsgesetz/ GMG) ergeben sich für alle Versicherten eine Vielzahl von neuen Regelungen.

Im Folgenden einige Tipps und Informationen, die auch und gerade für Drogengebraucher und Substituierte von Bedeutung sind (Stand: April 2004). Angesichts vieler noch ungeklärter Fälle empfiehlt es sich, sich auf dem Laufenden zu halten (siehe auch die im Anhang präsentierten Internetadressen).

Die wichtigsten Botschaften vorneweg:

- Quittungen über alle Arten der Zuzahlung sammeln!
- Sich bereits zum Jahresbeginn die eigene persönliche Belastungsgrenze (siehe unten) ausrechnen bzw. ausrechnen lassen und möglichst das entsprechende Geld bereit haben, denn es ist damit zu rechnen, dass Patienten, die regelmäßig mehrere Medikamente benötigen und eventuell stationär behandelt werden müssen, bereits im ersten Quartal eines Jahres ihre Belastungsgrenze erreichen werden.
- Sobald die Belastungsgrenze erreicht ist, mit den entsprechenden

Belegen zur Krankenkasse gehen und die Befreiung von Zuzahlungen erwirken (dies ist jedes Jahr neu erforderlich).

Zuzahlungen

In der Regel sind 10 % der Kosten für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel zuzuzahlen, für stationäre Vorsorge, Rehabilitation und Krankenhausaufenthalte 10 Euro pro Tag. Hier einige Beispiele:

Arztbesuch

Beim Arzt *und* beim Zahnarzt wird eine „Praxisgebühr“ von je 10 Euro pro Quartal fällig. Wer im gleichen Quartal noch mal zum gleichen Arzt geht, muss die Praxisgebühr nicht erneut zahlen; wer zu einem anderen Arzt geht, sollte sich vom Arzt, bei dem er bereits 10 Euro entrichtet hat, eine Überweisung ausstellen lassen, denn sonst muss er nochmals die Praxisgebühr zahlen. Für Besuche im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsterminen und Schutzimpfungen ist, wie auch für Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt, keine Praxisgebühr zu zahlen.

Medikamente, Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel

Es ist eine Zuzahlung in Höhe von jeweils 10 % der Kosten zu entrichten (auch für Substitutionsmittel), und zwar mindestens 5 und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten (für ein Medikament, das 4,80 € kostet, sind also auch nur 4,80 € zu bezahlen).

Klärungsbedarf gibt es bei Substituierten, die eine „Take-Home-Verordnung“ erhalten: Da ein Substitut hierbei im Normalfall für maximal sieben Tage verschrieben werden darf und auch das Rezept nur maximal sieben Tage gültig ist, sind Fälle bekannt, in denen Substituierte viermal monatlich eine Zuzahlung zwischen 5 und 10 Euro entrichten müssen. Hier empfiehlt sich bis zu einer endgültigen Regelung, eine individuelle Lösung mit der Krankenkasse auszuhandeln.

Heilmittel und häusliche Krankenpflege

Zuzuzahlen sind 10 % der Kosten des Mittels bzw. des Pflegeeinsatzes plus 10 Euro je Verordnung; bei häuslicher Krankenpflege ist die Zuzahlung auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

Soziotherapie oder Haushaltshilfe

Die Zuzahlung beträgt 10 % der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro, mindestens 5 Euro.

Leistungen der Krankenkasse

Arzneimittel

Die gesetzlichen Krankenversicherungen erstatten nur noch Kosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nur noch in Ausnahmefällen doch übernommen, z. B. wenn sie zum Therapiestandard bei schwerwiegenden Erkrankungen gehören (eine Liste entsprechender Medikamente findet sich unter http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/materialpool/dokumente/ausnahmeliste_otc-prepareate_gba.rtf).

Vor allem chronisch Kranke – darunter viele Menschen mit HIV und/oder chronischer Hepatitis – müssen also Mittel, die für die Behandlung von Symptomen oder von Nebenwirkungen der Therapie erforderlich sind (z. B. zur Senkung des häufig auftretenden Fiebers, gegen Durchfälle oder Übelkeit), aus eigener Tasche bezahlen, obwohl die Behandlung ohne diese Mittel zumeist nicht durchzuhalten ist. Und diese Kosten werden nicht im Rahmen der zwei- bzw. einprozentigen Zuzahlungsregelung angerechnet! Für einen als chronisch krank anerkannten HIV-positiven Sozialhilfeempfänger, der mit circa 300 Euro im Monat auskommen muss, bedeutet das: Er wird zwar nach der monatlichen Zuzahlung von 1 % (= 3 Euro) seiner zum Lebensunterhalt verfügbaren Einkünfte von weiteren Zuzahlungen für seine verschreibungspflichtigen Medikamente befreit, muss aber alle nötigen nicht verschreibungs-

pflichtigen Medikamente aus eigener Tasche bezahlen, was sich schnell auf 30 Euro pro Monat summiert – zehn Prozent des Geldes, das ihm zum Lebensunterhalt bleibt!

Fahrtkosten

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von den Krankenkassen übernommen. Das führt insbesondere bei Substituierten zu Härtefällen. Allerdings kann die Krankenkasse in besonderen Ausnahmefällen (die vom Gemeinsamen Bundesausschuss¹ festgelegt werden) eine Genehmigung erteilen und die Fahrtkosten übernehmen. Um eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder das Sozialamt zu erwirken (die Praxis zeigt, dass dies zumindest möglich ist), muss der behandelnde Arzt eine detaillierte Begründung verfassen, aus der hervorgeht, dass die Behandlung ein mehrmaliges bzw. tägliches Erscheinen in der Praxis erforderlich macht.

Chronikerregelung

Nach der seit dem 1. Januar 2004 gültigen so genannten Chronikerregelung gilt als schwerwiegend chronisch krank, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal) *und* außerdem (mindestens) eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XI vor.
oder
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 Bundesverwaltungs-gesetz (BVG) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (Mde) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
oder
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versor-

1 im Internet unter <http://www.g-ba.de>

gung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Menschen mit medikamentös behandelter chronischer Virushepatitis und/oder HIV-Erkrankung bzw. mit dem Vollbild Aids sowie Substituierte erfüllen das Kriterium der ärztlichen Dauerbehandlung sowie die letzte „Oder-Bedingung“, d.h. ohne kontinuierliche medizinische Versorgung ist eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten.

Besonders für Substituierte ist es wichtig, den substituierenden Arzt darauf hinzuweisen, der Krankenkasse eine Bestätigung über das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung zuzusenden (womit die Belastungsgrenze bei 1% und nicht, wie bei anderen Versicherten, bei 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt liegt).

Belastungsgrenzen

Für schwerwiegend chronisch Kranke (siehe oben) gilt eine Belastungsgrenze für Zuzahlungen in Höhe von 1% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, bei allen anderen Personen liegt diese Grenze bei 2%. Zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt gehören nahezu alle Einkünfte, gleich ob beitrags- bzw. steuerpflichtig oder nicht. Es gibt nur wenige Ausnahmen, etwa zweckgebundene Gelder (z.B. Zuwendungen von der Deutschen Aids-Stiftung). Ausführliche Beispiele zur Berechnung der Belastungsgrenze bietet der FAX-Report zu HIV und Aids der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in den Ausgaben Nr. 16/2003 vom 27.11.2003 und 01/2004 vom 27.02.2004; im Internet zu finden unter <http://www.aidshilfe.de/dah/frameset.html?tipps/medizin/index.php>.

Der Unterschied zu der bisherigen Regelung liegt ferner darin, dass jedes Jahr aufs Neue Zuzahlungen bis zur persönlichen Belastungsgrenze zu zahlen sind.

Substitution

Stress
entgegen!

Nahrungstil

100-1000

Wichtigste 20%

Stil

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

Handwritten text on a vertical strip on the left side of the image.

Large handwritten scribbles in the center of the image, possibly obscuring or interacting with the printed text.

Psychosoziale Begleitung/ Betreuung – ein Hindernis für die Substitution?¹

..... **Ralf Gerlach**

Die Substitutionsbehandlung ist heute ein eigenständiger und weithin akzeptierter Baustein im Drogenhilfesystem, mit hohen Erreichungs- und Haltequoten und Erfolgen in der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung und damit letztendlich auch mit präventiver Wirkung.

Der Weg dahin war steinig, die Debatten glichen zeitweilig einem Glaubenskrieg. Ein Vorwurf der Substitutionsgegner aus den Reihen der Drogenhilfe lautete, man wolle ein soziales Problem medizinisch lösen und ebne so den Weg für die Rückkehr und Dominanz der Ärzteschaft, und der „Dealer in Weiß“ wurde zur Schreckensfigur einer auf Abstinenz ausgerichteten psychosozialen Therapiekette hochstilisiert. Die Substitutionsbehandlung erhielt daher von Beginn an eine psychosoziale Komponente in Form der so genannten psychosozialen Betreuung bzw. Begleitung (kurz PSB), um so auch ein Dreieck Arzt – Patient – Drogenhilfe herzustellen. Organisiert wurde PSB dann entweder als freiwillig zu nutzendes Angebot (z. B. in Bremen) oder als obligater Teil

¹ Der Beitrag basiert in weiten Teilen auf dem Referat „Konzepte in der psychosozialen Beratung/Betreuung von Substituierten – Denn sie wissen nicht, was sie tun?“ beim Qualitätszirkel Suchttherapie (Mannheim, Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis) in Mannheim am Dienstag, 28.10.2003; im Internet zu finden unter <http://www.indro-online.de/psb.pfd>.

einer Substitutionsbehandlung (z. B. in Berlin). Auseinandersetzungen über die rechtliche Verbindlichkeit von PSB im Rahmen der Substitution haben bis heute nicht nachgelassen: Die Positionen reichen vom „Junktim“ (nur wenn PSB, dann auch das Substitutionsmittel) bis hin zu einem unverbindlichen Angebotscharakter. Geblieben sind über die Jahre auch uneinheitliche, teils ungeklärte Finanzierungswege der PSB sowie eine Vielzahl an Definitionsversuchen (was ist PSB?) und – daraus folgend – eine höchst uneinheitliche, teils nebulöse Umsetzung in die Praxis. Und so muss gefragt werden: Was leistet die PSB, wie verpflichtend ist sie oder sollte sie sein, und kann sie nicht auch ein Hindernis für die Substitutionsbehandlung sein?

Was ist PSB?

Die „Professionellen“ in Drogenhilfe und Drogenpolitik verwenden seit Jahren den Begriff PSB und meinen auch zu wissen, was sich dahinter verbirgt. Doch schon die angewandte Terminologie ist uneinheitlich: Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung² etwa spricht von „psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen“, in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituti- onsgestützten Behandlung Opiatabhängiger³ ist von „psychosozialer Betreuung“, „psychosozialer Begleitung“ und „psychosozialer Begleit- betreuung“ die Rede, in den BUB-Richtlinien⁴ von „psychosozialen Be- treuungsmaßnahmen“. Finanzierung, Umfang, Inhalt und Qualität sol- cher Angebote und Maßnahmen fallen je nach Bundesland, Kommune und Drogenhilfeeinrichtung sehr verschieden aus – je nach profes- sions- und disziplinspezifischem, fachlichem, institutionellem (trä- gerspezifischem), politischem, kostenträgerspezifischem, leitlinienge-

2 Fassung der Bekanntmachung vom 16.9.1993 (BGBl. I S. 1637), zuletzt geändert durch das 15. BtMÄndG vom 19.1.2001

3 Stand: 22. März 2002; im Internet unter <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Richtlidx/RIsubstitution.pdf>

4 Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien), vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in seiner Sitzung am 28. Oktober 2002 beschlossen

prägem und persönlichem theoretischen, moralischen oder religiösen Hintergrund sowie unterschiedlichen Einstellungen (Akzeptanz oder Nichtakzeptanz von Drogen, Drogenkonsum, Drogengebrauchern, Substitution, Drogenpolitik usw.).

PSB ist ein Sammelbegriff für Unterstützungsangebote, die u. a. Krisenintervention, Schuldner- und Rechtsberatung, Hilfe bei der Arbeitsplatz- und Wohnraumbeschaffung, Hilfestellung bei der Aufnahme schulischer und beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen, Safer-Use-, Safer-Sex- und Ernährungsberatung oder auch therapeutische Gruppenarbeit umfassen können. Je nach angebotener Unterstützung kann das „B“ in „PSB“ in der Praxis also für „Begleitung“ (kurz-, mittel- oder längerfristig und unter eher „lockeren“, d. h. wenig verbindlichen Rahmenbedingungen), „Betreuung“ (mittel- bis langfristig verbindlich im reglementierten Setting) oder „Beratung“ (ein oder mehrmalig) stehen, nicht aber für Behandlung (die leisten nur Angehörige der Heilberufe, z. B. Ärzte, Psychiater oder Psychotherapeuten). Ich halte es daher für eindeutiger und angemessener, als Oberbegriff für die Vielzahl möglicher Maßnahmen „Entwicklungsbegleitende psychosoziale Unterstützung“ (kurz EPU) zu verwenden.

Was bringt PSB?

Besonders zu Behandlungsbeginn befinden sich viele Substitutionspatienten in prekären Lebenssituationen und sind u. a. von Isolation und materiellen, psychosozialen sowie gesundheitlichen Folgeschäden eines langjährigen compulsiven⁵ Drogengebrauchs betroffen. Alle bisher durchgeführten Forschungsarbeiten und Praxiserfahrungen zeigen, dass psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen einen positiven Einfluss auf den Verlauf einer Substitutionsbehandlung und den Entwicklungsprozess eines Patienten ausüben können; allerdings darf nicht pauschal unterstellt werden, dass prinzipiell jeder Patient psychosoziale Unterstützung benötigt. Darüber hinaus muss auch die „Tabufrage“ gestattet sein, ob PSB nicht auch negative Einflüsse ausüben kann.

5 *compulsiv* = *nötigend, zwingend (hier: abhängiger Drogengebrauch)*

So wies etwa Bschor bereits 1990 darauf hin, dass „eine psychosoziale Überbetreuung durchaus auch schädlich sein kann, weil sie nämlich den Entwicklungsprozess hin zur Selbstverantwortung für die Lebensführung stören könnte“.⁶ Klientelisierung und eine übersteigerte Verantwortungsübernahme bzw. „therapeutischer“ Überaktionismus seitens der Drogenhilfe können also durchaus Empowermentbestrebungen blockieren. Nebenbei gefragt: Warum sollten die Patienten sich denn auch „verändern“, wenn ihnen alles abgenommen wird?

Leider ist es so, dass Substituierte, die von psychosozialen Angeboten nicht profitieren können oder wollen, von Drogenberatern immer noch allzu leichtfertig und ohne selbstkritische Reflexion als „PSB-resistent“ etikettiert werden, was unter den aktuellen Rahmenbedingungen kassenfinanzierter Substitution Behandlungsabbrüche zur Folge haben kann. Die eigene Helferkompetenz und das zugrunde liegende Konzept werden dabei in der Regel nicht in Frage gestellt. Sobald Patienten eigene Vorstellungen und Wünsche artikulieren, die nicht in das Konzept der Hilfeeinrichtung oder des Beraters passen, werden diese häufig als „unrealistisch“ oder „überzogen“ gewertet. Dahinter verbirgt sich auch heute noch oft die Einstellung des Helfers, er wisse am besten, was für den Patienten gut ist (meist verbunden mit moralischem Druck à la „Ich würde mich wesentlich besser fühlen, wenn es dir besser ginge“, also „Du musst dich verändern, damit ich mich gut fühle“).

Vor dem Hintergrund einer sich seit Ende der 90er Jahre wieder verstärkenden Tendenz der Psychopathologisierung von Drogen gebrauchenden Menschen (gekennzeichnet durch die Renaissance eines reichhaltigen Problemzuschreibungsrepertoires, das etwa Ko- und Multimorbidität, primäre und sekundäre Depression, Über-Ich-Pathologien, Borderline, allgemeine Persönlichkeitsstörungen enthält) und eines sich abzeichnenden Stellenabbaus im Drogenhilfesektor wird verständlicher, warum es neben der Kassenärztlichen Bundesvereini-

6 Bschor, F.: Gutachten. Zu Fragen der Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger erstattet in der Verwaltungsstreitsache Dr. Fritz Güllich, Dr. Bleck und Dr. Vuceljic ./ Bundesrepublik Deutschland wegen Substitutionsbehandlung (Levomethadon) vor dem Verwaltungsgericht Berlin am 28.06.1990 durch Prof. Dr. med. Friedrich Bschor. Berlin 1990, S. 7

gung vor allem die Drogenhilfeeinrichtungen selbst sind, die vehement die PSB als verpflichtenden Bestandteil von Substitutionsbehandlungen fordern. Doch wird damit nicht eine „Fachlichkeit“ geschaffen, die nicht bezahlbar ist – oder für die nur wenige Patienten in Frage kommen? Wird „niedrigschwellige“, akzeptanzorientierte Substitutionsbehandlung in Zukunft überhaupt noch möglich sein?

Wird PSB zum Zwang, werden viele Drogengebraucher, die eine Substitutionsbehandlung wünschen, einfach den Weg des geringsten Widerstandes gehen (darin haben sie Übung durch jahrelange Erfahrung mit Sozialarbeitern und Therapeuten und häufig mehrere erfolgreiche Durchgänge in stationären Therapien) und den Professionellen genau das erzählen, was diese hören wollen. Damit übernehmen sie die (ihnen zugedachte) „Opferrolle“ und schmeicheln auch der Eitelkeit der Helfer. Die Bereitschaft, offen und ehrlich über sich und seine Probleme zu reden, tendiert dabei allerdings gegen Null – ganz anders ist das aller Erfahrung nach, wenn Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden, weil die Patienten es selbst wollen. Darüber hinaus können sich die Zuschreibungen der professionellen Helfer im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung bei den Patienten derart verfestigen, dass sich diese tatsächlich als defizitär, krank, gestört und betreuungsbedürftig empfinden oder definieren, wodurch sie in ihren Möglichkeiten zur Entwicklung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung für die eigene Lebensführung stark behindert werden.

PSB – verpflichtend für alle Substituierten?

Die seit dem 1.1.2003 gültigen BUB-Richtlinien schreiben vor, dass der Patient eine Bescheinigung von der Drogenhilfe benötigt, aus der entweder hervorgeht, dass er keine PSB benötigt oder dass eine PSB durchgeführt wird (und zwar ohne konkrete Angabe des Betreuungsinhaltes, -umfangs und -verlaufs; weitere Details der PSB können nach Zustimmung durch und mit Beteiligung des Patienten zwischen Arzt und PSB-Stelle besprochen werden und gehen weder die Kassenärztliche Vereinigung [KV] noch sonst jemanden etwas an!). Und selbst diese Regelung lässt sich hinterfragen: In Münster beispielsweise stimmen

weder INDRO e.V.⁷ noch die Städtische Drogenhilfe einer Weiterleitung der PSB-Bescheinigung an die KV zu. In einer Stellungnahme vom 5. August 2003 bekräftigen beide, „dass die aktuelle Gesetzeslage in Bezug auf die Substitutionstherapie keine verpflichtenden Vorgaben für die Drogenhilfe beinhaltet [und] dass ferner die BUB-Richtlinien für die Drogenhilfe formalrechtlich keine Relevanz besitzen“; ferner sei es weder zu Absprachen, geschweige denn zu Verträgen zwischen Drogenhilfe und KV gekommen. Um Kostenzusage-Blockaden der KV/Krankenkassen zu vermeiden, fügen die Ärzte bei Übersendungen von Dokumentationen an die KV Westfalen-Lippe (KVWL) folgende Mitteilung bei: „Für Patient X liegt mir/uns eine Bescheinigung der betreuenden PSB-Einrichtung Y vor. Da mir/uns die PSB-Stelle die Weiterleitung dieser Bescheinigung an die KVWL untersagt hat, dürfen wir sie nicht der Dokumentation beifügen. Wir bitten die KVWL deshalb, sich im Bedarfsfall mit der Leitung der zuständigen PSB-Stelle in Verbindung zu setzen.“ Dieses Verfahren läuft bisher (noch) ohne Komplikationen.

PSB muss nur dann durchgeführt werden, wenn sie erforderlich ist. Nach aktueller Rechtslage entscheidet darüber der behandelnde Arzt (diese Überprüfung ist nach der Richtlinie der Bundesärztekammer verpflichtend), der für alle die Substitution betreffenden Maßnahmen verantwortlich ist und der allein das juristische und existenzielle Risiko trägt. Das Junktim „Substitution darf nur bei Teilnahme an der PSB durchgeführt werden“ dagegen findet sich weder in den gesetzlichen noch in den kassenrechtlichen Rahmenbedingungen. Außerdem unterliegt die Drogenhilfe nicht dem Kassenarztrecht, also den BUB-Richtlinien, zumal die Kostenträgerschaft dort völlig ausgeklammert wird. Wenn jetzt, wie dies einige Drogenhilfen oder PSB-„Stelleninhaber“ offenbar tun, PSB zur Verpflichtung gemacht wird, dann handelt es sich dabei um eine (bewusste?) Fehlinterpretation der Richtlinien und um eine eindeutige Kompetenzanmaßung und -überschreitung – ganz zu schweigen von der ungelösten Frage, wie die PSB etwa in (abgelegenen) ländlichen Regionen organisiert werden soll. Der Verdacht

7 Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e.V.

liegt nahe, dass es dabei in erster Linie um den Erhalt bzw. die Neueinrichtung von Arbeitsplätzen in der Drogenhilfe geht und weniger um das Ziel der Überlebenssicherung.

PSB – ein Hindernis für die Substitution?

Ein Problem der als „verpflichtend“ aufgefassten PSB tritt immer deutlicher zutage: Zahlreiche Drogengebraucher haben mittlerweile Schwierigkeiten, in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden, weil kein „PSB-Platz“ frei ist – damit wird die PSB, die doch (und zwar nur im Bedarfsfall) die Substitutionstherapie als Mittel der Überlebenssicherung sowie der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung und (Re-)Integration unterstützen sollte, zum Hindernis für Gesundheitsförderung und Prävention. Dazu trägt nicht unerheblich bei, dass der für einen PSB-Nutzer erforderliche „Betreuungsaufwand“ in der Regel viel zu hoch angesetzt wird: Im Rahmen des wissenschaftlich begleiteten PSB-Projekts im Saarland z. B. ging man mit Blick auf die finanzielle Förderung von einem Kontingent von 1,2 bis 1,5 Stunden pro Patient und Woche aus, wobei man die PSB für etwa 30 bis 50 % der Substituierten für angezeigt hielt. Das Ergebnis nach zwei Jahren: Die PSB wurde lediglich eine halbe Stunde pro Patient und Woche genutzt, allerdings von etwa 70 % der Substituierten (der tatsächliche Anteil der Nutzer war wohl nicht zuletzt deshalb so hoch, weil die Nutzung des Angebots freiwillig war). Gestaltet man die PSB als freiwillig in Anspruch zu nehmende Maßnahme und organisiert sie innerhalb der anbietenden Einrichtung flexibel (siehe unten), braucht niemand auf einen „PSB-Platz“ zu warten.

PSB – ein „neuer“ Dienst der Drogenhilfe?

Angesichts der steigenden Zahl von Leitlinien, Konzepten, Arbeitspapieren, (Qualitäts-)Standards, Positionspapieren, Forderungen, Modellen usw. zur PSB stellt sich die Frage: Was ist so neu daran? Was ist PSB denn anderes als originäre Aufgabe der Sozialarbeit und der Drogenhilfe, gleich ob für Substituierte oder Nichtsubstituierte? Zu wie vielen

Nichtsubstituierten hat die Drogenhilfe noch Kontakt, wo „Substitutionsaspekte“ wie Beigebrauch, Arztsuche, Vermittlungsbemühungen zwischen Arzt und Patient, Arbeit/Beschäftigung, Qualifizierung usw. nicht auch Thema wären? PSB ist nichts „Besonderes“ (mehr), und sie darf auch nicht als „substitutionspezifisch“, sondern muss als integraler Bestandteil der Drogenhilfe begriffen werden. Substituierte wie auch Nichtsubstituierte mit ihren individuellen Hilfebedarfen müssen mit den nötigen und verfügbaren Hilferessourcen zusammengebracht werden, und zwar sowohl in Form von Kollektivangeboten (z. B. Kontaktläden) als auch in Form individueller Beratungs- und Unterstützungsarbeit (Case-Management, Krisenintervention, individuell abgestimmte Begleitungs- und Betreuungsaktivitäten, ambulante Therapie, Vermittlung in weiterführende Angebote der Regelversorgung). Hilfreich und angesichts der massiven Mittelkürzungen im Drogen- und Suchtbereich auch erforderlich ist hier eine flexible Organisation dieser Aufgaben: Bei INDRO e.V. z. B. ist nicht nur der offizielle Stelleninhaber des Landesförderprojektes Ansprechperson für Substituierte und deren Ärzte; auch fast alle anderen Mitarbeiter der Einrichtung sind rotierend und flexibel im Rahmen der PSB tätig (was nicht heißt, dass Substituierte keinen festen Ansprechpartner haben). Das ermöglicht eine offene Gestaltung von PSB ohne Terminabsprache während der Öffnungszeiten des Drogenhilfezentrums, wodurch Wartezeiten entfallen (nicht nur in Krisensituationen); Einzelfälle und teaminterne Probleme werden je nach Bedarf direkt besprochen (Praktizierung bedarfsorientierter und situationsbedingter interner Qualitätssicherung [EPQ]).⁸ Dieses flexible und nutzerorientierte Modell spart Kosten, fördert die Qualität (und macht so einen „Qualitätsbeauftragten“ überflüssig), erhöht die Mitarbeiterzufriedenheit und senkt so die Fluktuation.

8 Vgl. dazu „Entwicklungsbegleitende und praxisintegrative Qualitätssicherung (EPQ): Ein handlungsorientiertes, internes Evaluationsmodell für den integrativen Arbeitszusammenhang Niedrigschwelligkeit/Drogentherapeutische Ambulanz/Drogenkonsumraum. Konzeptuelle Grundlagen und Umsetzungsstrategien“, im Internet unter www.indro-online.de/epq.htm zu finden

Methadon und wichtige Begleitmedikationen: Wechselwirkungen und Empfehlungen zur Dosisanpassung

..... **Jörg Gölz**

Drogenkonsumenten bedürfen wegen somatischer und psychiatrischer Multimorbidität im Verlauf der Substitution lang dauernder – z.T. lebenslang anhaltender – medikamentöser Therapien. Viele der dabei benötigten Substanzklassen interagieren in unterschiedlichem Ausmaß mit dem Substitutionsmittel.

Im Folgenden eine Übersicht zur Auswirkung verschiedener Medikamente auf den Methadonabbau im Körper sowie eine Tabelle mit Empfehlungen zur Anpassung der Methadondosis (bei den HIV-Medikamenten wurde auch der Handelsname angegeben):

Auswirkungen ausgewählter Medikamente auf den Methadonabbau im Körper¹

Beschleunigter Methadonabbau	Verzögerter Methadonabbau
Phenytoin	Chinidin
Carbamazepin	Betablocker
Phenobarbital	Antidepressiva (SRTI)
Rifampicin	Antiarrhythmika

1 Ausführlichere Liste unter <http://www.indro-online.de/interaktionen.htm>

Beschleunigter Methadonabbau	Verzögerter Methadonabbau
Rifabutin	Kontrazeptiva
Dexamethason	Ketoconazol
Spironolacton	Itraconazol
Nevirapine (Viramune®)	Fluconazol
Efavirenz (Sustiva®)	Delavirdine (Rescriptor®)
Nelfinavir (Viracept®)	Erythromycin
Amprenavir (Agenerase®)	Clarithromycin
Ritonavir (Norvir®)	Cimetidin
Lopinavir (in Kaletra®)	
Abacavir (Ziagen®)	

Empfehlungen zur Anpassung der Methadondosis		
Erkrankung	Medikament	Dosisanpassung Methadon (Prozent der Ausgangsdosis)
Tuberkulose	Rifampicin	+ 10–150 %
Atypische Mykobakteriose	Rifabutin	+ 20–30 %
Krampfleiden	Antiepileptika	+ 10–40 %
	Barbiturate	+ 20–50 %
HIV	Nelfinavir (Viracept®)	+ 30–40 %
	Nevirapine (Viramune®)	+ 20–30 %
	Efavirenz (Sustiva®)	+ 20–30 %
	Ritonavir (Norvir®)	+ 20–30 %
	Delavirdine (Rescriptor®)	– 10–20 %
	Abacavir (Ziagen®)	+ 10–20 %
	Amprenavir (Agenerase®)	+ 15–25 %
Lopinavir (in Kaletra®)	+ 10–20 %	
Systemmykose	Antimykotika	– 10–30 %
Depression	SSRI	– 10–30 %

Substitution und Reisen¹

..... **Dirk Schäffer**

Rechtslage

Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) ermöglicht es Substituierten, sowohl im Inland als auch ins Ausland zu reisen. Dabei gilt die Take-Home-Verschreibung für maximal sieben Tage grundsätzlich weiter. Für die Versorgung im Ausland wurde der Verschreibungszeitraum auf maximal 30 Tage verlängert, allerdings mit der Auflage, einen solchen Fall der für die verschreibende Praxis/Ambulanz zuständigen Landesbehörde anzuzeigen.

Wer darf reisen?

Grundsätzlich darf jeder Substituierte reisen und die gesetzlich erlaubte Anzahl von Mitgaben erhalten. Sollten Mitgaben nicht möglich sein

¹ *Zusammengestellt nach „Substitutionspatienten auf Reisen – was gilt es zu beachten? Ein Wegweiser für Patienten, Eltern, Ärzte und Beratungsstellen“ von Ralf Gerlach und Hans-Günter Meyer-Thompson (im Auftrag der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten); im Internet zu finden unter <http://www.indro-online.de/empfehlungen.htm>. Weitere Links zum Thema Reisen unter <http://www.indro-online.de/reiselinks.htm>.*

(z. B. wegen Beikonsums oder zu kurzer Behandlungsdauer), kann man die Behandlung in einer auswärtigen Praxis oder Ambulanz am Urlaubsort zeitweilig weiterführen (manchmal nutzen Patienten Reisen, um fern der heimatlichen Szene vom Beikonsum zu entziehen). Da die Vorbereitung für Mitgaben bzw. Überweisungen nicht selten mehrere Tage in Anspruch nehmen, sollten Patienten den substituierenden Arzt nach Möglichkeit mindestens zwei Wochen vor Reiseantritt über die geplante Reise informieren.

Substitutionsmittel

Alle verschreibungsfähigen Substanzen zur Substitution dürfen auch mitgegeben werden.

Je nach Reiseziel und Jahreszeit (besonders bei Reisen in sehr warme Länder) ist eine Umstellung auf Methadict® zu prüfen, da dieses Substitut in Tablettenform nicht schlecht werden kann und einfacher zu transportieren ist als flüssiges Methadon oder Polamidon. Ist eine Umstellung nicht angezeigt, muss die Haltbarkeit gewährleistet werden.

Flugreisende sollten ihr Ersatzmittel und die nötigen Dokumente (Arztbrief, „Schengenformular“ usw.) unbedingt im Handgepäck mitführen, um bei fehlgeleitetem oder verloren gegangenen Gepäck nicht ohne Substitut dazustehen.

Substitution im Inland

Substitutionsbescheinigung

Voraussetzung für eine zeitweilig vertretende Substitution ist die auf einem Betäubungsmittelrezept auszustellende so genannte Substitutionsbescheinigung. Sie umfasst

- Name, Vorname und Anschrift des Patienten
- Ausstellungsdatum

- das verschriebene Substitutionsmittel und die Tagesdosis
- Beginn des Verschreibens/der Abgabe
- Gültigkeit: von/bis
- Name des ausstellenden Arztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift einschließlich Telefonnummer
- Unterschrift des behandelnden Arztes.

Die Bescheinigung ist mit dem Vermerk „Nur zur Vorlage beim Arzt“ zu kennzeichnen. Teil I der Substitutionsbescheinigung erhält der Patient, Teil II und III verbleiben beim ausstellenden Arzt. Nach Vorlage des Teils I beim vertretenden Arzt und Überprüfung der Angaben zur Person durch Vergleich mit dem Personalausweis oder Reisepass des Patienten kann der vertretende Arzt das Verschreiben des Substitutionsmittels fortsetzen.

Wie finde ich einen substituierenden Arzt an meinem Reiseziel im Inland?

Die am Reiseziel zuständige KV (Kassenärztliche Vereinigung) vermittelt Adressen von Substitutionspraxen oder Ambulanzen (ein Verzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigungen findet man im Internet unter http://www.kbv-it.de/wir_ueber_uns/adressliste.htm). Auch Drogenberatungsstellen, Aids-hilfen oder JES-Gruppen sind gerne bei der Suche nach einem vertretenden Arzt behilflich.



Foto: C. Jamiesch

Substitution im Ausland

Rechtsbestimmungen

Nach § 5 der BtMVV darf ein substituierender Arzt seinem Patienten „in begründeten Ausnahmefällen“ das Substitut für Auslandsreisen für maximal 30 Tage innerhalb von 12 Monaten verschreiben bzw. mitgeben, wobei im Falle von flüssigem Methadon jede einzelne Tagesdosis in einem etikettierten, kindersicheren Fläschchen abgegeben und mitgeführt werden muss (hiervon unberührt sind nationale Regelungen, die die Einfuhr der verordneten Substanzen einschränken oder verbieten). Werden innerhalb von 12 Monaten 30 Urlaubstage im Ausland überschritten, muss am Aufenthaltsort des Patienten eine Weiterbehandlung eingeleitet werden.

Adressen von substituierenden Ärzten in verschiedenen Ländern findet man z. B. auf der Internetseite <http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm>. Die nationalen Bestimmungen von 192 Ländern zur Einfuhr von Substituten sowie Hinweise zur Weiterbehandlung sind zu finden unter <http://www.indro-online.de/laender.htm>.

Reisen in Unterzeichnerstaaten des Schengener Abkommens

Das Schengener Abkommen zwischen Frankreich, Belgien, den Niederlanden, Luxemburg, Deutschland, Spanien, Italien, Portugal, Österreich, Griechenland, Dänemark, Finnland, Schweden, Norwegen und Island bezieht auch den grenzüberschreitenden Verkehr mit verordneten Betäubungsmitteln ein.

Bei Reisen in eines dieser Länder muss statt einer formlosen ärztlichen Bescheinigung das so genannte Schengen-Formular verwendet werden (im Internet z. B. unter <http://www.indro-online.de/schengen.pdf> zu finden). Es wird vom verordnenden Arzt ausgefüllt und vom Patienten der zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörde vorgelegt, wobei die erforderliche Beglaubigung meist durch die Gesundheitsämter und dort von Amtsärzten oder Amtsapothekern erfolgt (Adressen unter http://www.bfarm.de/de/btm/bekanntm/oberste_Landesg.pdf).

Reisen in Staaten außerhalb des Geltungsbereichs des Schengener Abkommens

Hierfür sind ärztliche Bescheinigungen erforderlich, die sich inhaltlich am Schengen-Formular orientieren können; sie sollten in der jeweiligen Landessprache oder – je nach Zielland – zumindest in Englisch, Französisch, Russisch oder Spanisch ausgestellt werden. Kann dies nicht selbst geleistet werden, empfiehlt es sich, eine Übersetzung anfertigen und von der Botschaft oder einem Konsulat des Ziellandes beglaubigen und abstempeln zu lassen. Die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten stellt bisher unter <http://www.indro-online.de/formulare.htm> Musterformulare in englischer, türkischer, russischer und spanischer Sprache zum Download bereit. Zu beachten ist aber, dass häufig ein mitgeführter Arztbrief allein nicht zur legalen Einfuhr des Medikaments ausreicht. So wird z. B. für Reisen nach Brasilien u. a. ein notariell oder vom Amtsarzt auf gesondertem Schreiben beglaubigtes Rezept auf Englisch benötigt, das wiederum von der Legalisierungsstelle der Botschaft gegen Gebühr beglaubigt werden muss.

Angaben zur Methadondosierung auf ärztlichen Bescheinigungen für Auslandsreisen

Da im Ausland die hierzulande üblichen Dosierungsangaben in Milliliter und Prozent nicht gebräuchlich sind, müssen die Methadonmengen in mg (Milligramm) angegeben werden (international gebräuchlich sind Angaben in Milligramm d,l-Methadon = Methadon-Razemat). Hier eine vereinfachte „Kurzanleitung“ zur Umrechnung:

1 ml Methadon HCl = 5 mg d,l-Methadon
0,5%-Lösung (Umrechnungsfaktor = 5)

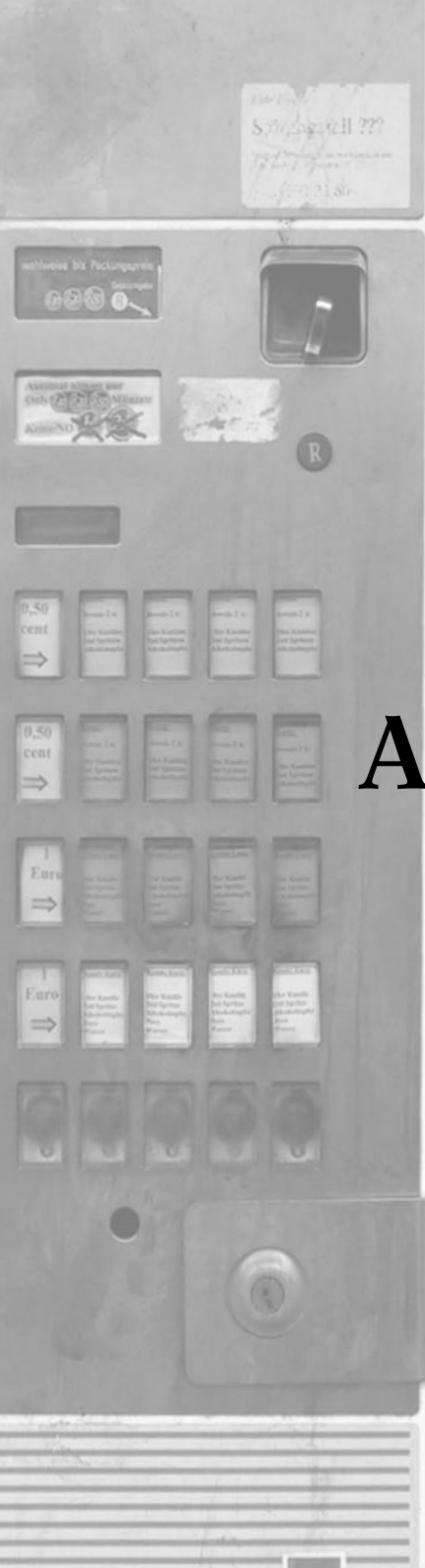
1 ml Methadon HCl = 10 mg d,l-Methadon
1,0%-Lösung (Umrechnungsfaktor = 10)

1 ml L-Polamidon ~ 10 mg d,l-Methadon
(Umrechnungsfaktor ~ 10)

Quelle: Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Methadonpatienten

Drogenambulanzen in Europa, Australien und den USA haben darüber hinaus einen internationalen Arztbrief entwickelt (ein Muster in englischer Sprache findet sich unter <http://www.q4q.nl/methwork/doctors-letter.htm>), der die wichtigsten Angaben zum Patienten, seine Diagnosen, die Medikation, die tägliche Dosis, Reiseziel und -dauer sowie die empfohlene Mitgaberegulation am Urlaubsort enthält, die sich am Take-Home-Status zu Hause orientiert. Besonders wichtig ist der Hinweis, dass das Medikament dem Patienten legal im Rahmen einer ärztlichen Behandlung verordnet wurde und eine Beschlagnahme oder die Nichteinnahme zu lebensbedrohlichen Zuständen führt.

Der internationale Arztbrief allein ist aber aus Sicht der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten nicht generell als Dokument zur Vorlage bei Einreisebehörden tauglich. Auch die Angabe einer Diagnose geht die Grenz- und Polizeibehörden nichts an, zumal „Drogenabhängige“ in einigen Staaten nicht willkommen sind und Probleme bei der Einreise bekommen könnten; eine genaue Angabe der Diagnose sollte deshalb möglichst vermieden werden.



Anhang



Internetadressen (Auswahl)

Politik/Verbände/Organisationen/Einrichtungen

www.bzga.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

www.akzept.org

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V.

www.aidshilfe.de

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

www.bmgs.bund.de

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
(Informationen über Gesetze, Substanzinformationen, Drogenpolitik)

www.indro-online.de

Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e.V.

(detaillierte Informationen zu akzeptierender Drogenarbeit und -politik, Substitution und Gesetzgebung; auch wegen einer umfangreichen Linksammlung sehr empfehlenswert)

www.drogenpolitik.de

Infos zu drogenpolitischen Positionen der verschiedenen Parteien, Links zu Drogen, Safer Use, Literatur

www.drogenpolitik.org

Verein für Drogenpolitik e.V.

www.dhs.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

www.fdr-online.info

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.

www.fixpunkt.org

Infos zum Thema Safer Use, Prävention und vieles mehr

www.dgsuchtmedizin.de (vormals www.dgds.de)

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

www.bundesaerztekammer.de

Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärzte und Ärztinnen

www.suchthilfe.de

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe

HIV/Aids

www.aidsfinder.org

Deutschsprachige und internationale Informationen zu HIV und Aids

www.hiv.net

Informationen zur Therapie, zu Medikamenten, zu Kliniken usw.

www.hivag.de

Hessische Arbeitsgemeinschaft der HIV-Versorger; eine Seite für Mediziner

www.aidsaufklaerung.de

Infos über HIV/Aids

www.unaids.org

Seiten von UNAIDS, der Aidsorganisation der Vereinten Nationen

Hepatitis

www.hepatitis-c.de

Ausführliche Informationen, Links und Literatur zu Hepatitis C

www.hepfinder.com

Deutsche und internationale Informationen zum Thema Hepatitis

www.hepatitis-care.de

Informationen zu Diagnostik und Therapie der Hepatitis C

Substanzinformationen

www.drogenwissen.de

Substanzen und ihre Wirkungsweisen; Links zu Institutionen, Vereinen, Projekten, Therapiehilfen

www.drogeninfo.de

Umfangreichste deutschsprachige Seite zum Thema Drogen

www.drogenaufklaerung.de

Substanzinformationen und weitere Infos rund um das Thema Drogen

www.alice-project.de

Informationen zum bewussten und risikominimierten Umgang mit Drogen

Partydrogen

www.drogenkult.net

Informationen zu Drogenkultur und Drogengenuss

www.eve-rave.net

Informationen zu Drogen und zur Technoszene; Links zu diversen Themen wie Substanzinformationen, Gesetze, Prävention u.a.

www.eclipse-online.de

Informationen zu Partydrogen, Pillenwarnung usw.; Links zu Drogeninformationen, Drugchecking, Wissenschaft, Drogenpolitik und anderem

www.drugscouts.de

Infos zu Partydrogen sowie zu den Themen Drogen, Wissenschaft, Gesundheit

www.checkyourdrugs.at

Umfangreiche Informationen über Partydrogen, Gesundheitstipps und Verhalten bei Überdosierung

Cannabis

www.acmed.org

Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin

www.cannabislegal.de

Grundlegende Informationen zur Cannabispolitik und Hinweise zu realisierbaren Schritten Richtung Legalisierung und Drogenmündigkeit

www.cannabis-archiv.de

Das Cannabisarchiv

Substitution

<http://medizin/freenet.de/methadon/>

Infos zur Substitution in Deutschland

www.methadon.net

Informationen über Methadon in deutscher und englischer Sprache

www.initiativkreis-drogensubstitution.de

Informationsnetzwerk zur Substitutionsbehandlung

www.jugend-hilft-jugend.de

„Suchtinfoserver“ mit Wissenswertem zur Substitutionsbehandlung

Selbsthilfe

<http://jes.aidshilfe.de>

Bundesweites Netzwerk der Junkies, Ehemaligen und Substituierten

www.trio-media.de/jesjournal

Sehr aktuelle JES-Internetseite mit vielfältigen Infos rund um Drogengebrauch, Prävention und Selbsthilfe

www.junkienetz.de

Internetseiten von JES Bielefeld e.V.

www.junkiebund.de

Junkiebund Köln e.V.

www.akzeptierende-eltern.de

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

Internationales

www.angeldeclaration.com

Englischsprachige Unterschriftenkampagne zur weltweiten Reform des Drogenrechts

www.ac-company.org

Europäisches Netzwerk für die Zielgruppe mobiler Drogengebraucher

www.lindesmith.com

Drug Policy Alliance; sehr gute englischsprachige Seite zum Thema Drogenpolitik

www.exchangesupplies.org

Englischsprachige Seiten zum Thema Safer Use und Überdosierung

www.libertylife.at

Informationen zu Themen wie HIV/Aids-Behandlung, Safer Sex, Frauen und Aids, Prostitution

Verschiedenes

www.rki.de

Robert Koch-Institut, u.a. Informationen zum Thema Epidemiologie (z. B. zu HIV/Hepatitis)

www.gbe-bund.de

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

www.drogenelend.de

Kritische Auseinandersetzung mit Drogenpolitik und Drogenhilfe, daneben Informationen zur Prävention und Links zu deutschen, europäischen und internationalen Organisationen

www.kbv-it.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

www.medknowledge.de

Medizinische Suchmaschine; hier finden sich viele Informationen zu HIV/Aids, Hepatitis und anderen Krankheiten

www.archido.de

Archiv und Dokumentationszentrum für Drogenliteratur

www.bisdro.uni-bremen.de

Bremer Institut für Drogenforschung

www.heroinstudie.de

Aktuelles zum Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“

www.partyrack.de

Ein Projekt der Drogenhilfe Köln; hier gibt es vieles zum Thema Drogen, Strafrecht, Beratung und Substanzen

Autorinnen und Autoren

Gundula Barsch

Jahrgang 1958, Dr. habil., Professorin für Soziologie, forschte mehrere Jahre u.a. zu Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, illegalisiertem Drogenkonsum und Substitution, war von 1994 bis 1999 Leiterin des Referats „Drogen und Menschen in Haft“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. und ist seit 1999 an der Fachhochschule Merseburg im Gebiet Sucht und soziale Arbeit tätig

Ralf Gerlach

geb. 1957, Diplompädagoge, stellvertretender Leiter des Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik (INDRO) e.V. in Münster: Mitarbeit in Forschung und Praxis; Leiter der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten
Kontaktadresse: INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster,
Fon: 0251-60123, Fax: 0251-666580, Email: INDROeV@t-online.de,
Internet: www.indro-online.de

Jörg Gölz

Dr. med., Arzt für Allgemeinmedizin mit HIV-, Hepatitis- und Sucht-Schwerpunktpraxis in Berlin, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), Vorstandsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (DAGNÄ)

Karin Graefe

ehemalige Geschäftsführerin der Hannöverschen AIDS-Hilfe e.V.

Franjo Grotenhermen

Jahrgang 1957, Dr. med., Initiator und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin (ACM) sowie Initiator und Geschäftsführer der International Association for Cannabis as Medicine (IACM)

Christine Heinrichs

Jahrgang 1959, nach Ausbildung und 7-jähriger Berufstätigkeit in einem Chemiekonzern Studium der Sozialpädagogik, seit 1986 in der Drogenhilfe tätig, seit 1989 Leiterin der Frauenberatungsstelle in Frankfurt/Main

Jürgen Heimchen

Jahrgang 1942, Beamter, Vater eines drogenabhängigen Sohnes (verst. 1992), seit 1993 Sprecher der Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Wuppertal und seit 1998 Vorsitzender des Bundesverbandes der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

Axel Hentschel

Jahrgang 1963, Diplom-Pädagoge und -Sozialpädagoge, verschiedene Tätigkeiten im Arbeitsfeld Drogen und Aids, Mitbegründer von akzept NRW e.V., eve & rave NRW e.V. und Sonics Cybertribe Netzwerk für Rhythmus und Veränderung

Jan-Hendrik Heudtlass

Dipl.-Sozialarbeiter, ehemaliger therapeutischer Leiter der Drogenentzugstation CLEANOK; Email: j-h.heudtlass@lwl.org

Günter Hosbach

Jahrgang 1951, Psychologie/Pädagogik M.A., seit 1991 hauptamtlicher Mitarbeiter der Hannöverschen AIDS-Hilfe e.V., Arbeitsschwerpunkte Drogen und Strafvollzug, Sprecher des Arbeitskreises „Drogen und Strafvollzug“ im Landesverband der Niedersächsischen AIDS-Hilfen
Kontaktadresse: c/o Hannöversche AIDS-Hilfe e.V., Lange Laube 14, 30159 Hannover, Tel.: 0511/360696-21,
Email: g.hosbach@hannover.aidshilfe.de

Astrid Leicht

Jahrgang 1964, Diplom-Pädagogin, Mitbegründerin von Fixpunkt e.V. (Verein für suchtbegleitende Hilfen) in Berlin, seit 1990 als Projektleiterin bei Fixpunkt e.V. und seit 2001 bei Fixpunkt gGmbH als Geschäftsführerin tätig; seit 1993 Mitglied im Vorstand von LaBAS e.V. Landesverband der Berliner Aids-Selbsthilfe), seit 2003 Mitglied im Akzept-Beirat, Zwillingsschwester von:

Kristine Leicht

Jahrgang 1964, Diplom-Pädagogin, seit 1992 bei ZIK gGmbH in der Projektleitung tätig, seit 1991 Mitglied im Vorstand von Fixpunkt e.V. (Verein für suchtbegleitende Hilfen)

Jürgen Klee

Jahrgang 1958, Diplom-Politologe, seit 1990 Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Frankfurt am Main, Leiter des Projekts „La Strada – Drogenhilfe und Prävention“

Bärbel Knorr

Jahrgang 1965, Diplom-Sozialarbeiterin und -Sozialpädagogin, Gesundheits- und Sozialökonomin, Mitarbeit in den Modellprojekten „AIDS und Kinder“, „AIDS und Frauen“ sowie „Kiezorientierte Gewalt- und Kriminalitätsprävention“, von 1991 bis 1997 in der Berliner Drogenberatung Fixpunkt e.V. tätig und seit 1998 für den Bereich „Menschen in Haft“ in der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. zuständig

Ulrich Marcus

Jahrgang 1958, Dr. med., seit 1984 wissenschaftlicher Angestellter am Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin: zunächst in der Retrovirusdiagnostik, dann in der Dokumentation, Forschungsförderung und Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Aids, zurzeit stellvertretender Leiter des Fachgebiets HIV, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden in der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI

Claudia Plöttner

Jahrgang 1972, seit Mitte der 90er Jahre in der Drogenarbeit tätig: zunächst als Sozialarbeiterin in der Erfurter Aids- und Drogenhilfe und seit 2001 bei der Suchthilfe in Thüringen, engagiert sich zurzeit für das Drogenkontakt-café mit integrierter Notschlafstelle in Erfurt

Ramazan Salman

Jahrgang 1960, Diplom-Sozialwissenschaftler und Medizinsoziologe, 1966 mit seinen Eltern aus der Türkei nach Deutschland eingewandert, Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover, erster Vorsitzender des Instituts für transkulturelle Betreuung e.V. in Hannover, Mitglied des klinischen Ethikkomitees der Medizinischen Hochschule Hannover, Mit-herausgeber der wissenschaftlichen Fachbuchreihe „Forum Migration, Gesundheit, Integration“

Dirk Schäffer

Jahrgang 1967, Referent für Drogen gebrauchende Menschen und Menschen in Haft der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., langjährige Mitarbeit im bundesweiten JES-Netzwerk, bis zum Jahr 2001 Bundeskoordinator von JES

Stephanie Schmidt

Jahrgang 1965, Ausbildung zur Bürokauffrau, Krankenschwesternhelferin und Suchtberaterin, seit 1993 für JES Braunschweiger Land e.V. tätig und seit 2000 Mitarbeiterin der Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V., von 1998–2002 Mitglied im bundesweiten JES-Sprecherrat, Mitglied im Delegiertenrat der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Gerd Speicher

ehemaliger Mitarbeiter einer gesetzlichen Krankenkasse und seit über 12 Jahren im Selbsthilfebereich aktiv, insbesondere in der Einzelfallhilfe zum Thema Sozialrecht

Heino Stöver

Jahrgang 1956, Privatdozent, Dr. rer. pol., Diplom-Sozialwissenschaftler an der Universität Bremen, Bremer Institut für Drogenforschung; Forschung und Projektmanagement im Gesundheitsbereich, Leiter des Archivs und Dokumentationszentrums für Drogenliteratur (ARCHIDO)

Caren Weilandt

Jahrgang 1960, Dr. phil., Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin, stellvertretende Geschäftsführerin des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V., langjährige Forschungstätigkeit im Bereich HIV-Prävention sowie Migration und Gesundheit, Leiterin verschiedener internationaler Netzwerke im Bereich Public Health

**Drogengebraucher/innen
besitzen ebenso wie alle
anderen Menschen ein Recht
auf Menschenwürde.**

**Sie brauchen es sich nicht erst
durch angepasstes und
abstinentes Verhalten erwerben**