

# AIDS-FORUM D.A.H.

SONDERBAND

Aspekte der AIDS-Diskussion  
auf internationalen Kongressen 1989:

**MONTREAL –  
WIEN – NEW YORK**



AIDS-FORUM D.A.H.

**Sonderband**

Aspekte der AIDS-Diskussion  
auf internationalen Kongressen 1989:

**MONTREAL –  
WIEN – NEW YORK**

# INHALT

AIDS-FORUM D.A.H. Sonderband, 1990  
© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.  
Nestorstraße 8-9  
1000 Berlin 31  
März 1990

Redaktion: Klaus-Dieter Beißwenger  
Gestaltung: Detlev Pusch  
Satz: EinSatz Ahmed Kusserow  
Druck: Oktoberdruck  
alle Berlin

ISSN 0937-194X

Spendenkonten:  
Deutsche Apotheker- und Ärzte-Bank, Berlin  
Konto 000 3500 500 (BLZ 100 906 03)  
Postgiroamt Berlin West  
Konto 179 00-105 (BLZ 100 100 10)

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

Vorwort	5
<b>V. Internationale Konferenz über AIDS vom 5.-9. Juni 1989 in Montréal</b>	
Übersicht über den Wissensstand im Bereich Epidemiologie Uli Markus	7
Internationale Zusammenhänge: AIDS in der „Dritten Welt“ Petra Narimani	11
Einige Anmerkungen zu Montréal Norbert Specht	29
Spritzenaustausch- und Methadonprogramme für intravenös Drogengebrauchende (i.v. DUs) als Instrumente der AIDS-Prävention Ingo Michels	33
Interview zu Montréal Gespräch zwischen Hans Hengelein, dem D.A.H.-Referenten für Menschen mit HIV/AIDS und Wieland Speck, dem Regisseur des Safer-Sex-Pornos („Porno '90“) und der Porno-Spots der D.A.H.	77
<b>Kongreß „What Works: An International Perspective On Drug Abuse Treatment And Prevention Research“, 23.-25. Oktober 1989 in New York</b>	
Bericht über den Kongreß I Christine Höpfner	87
Bericht über den Kongreß II Ingo Michels	105
<b>Dokumentation: Treffen nichtstaatlicher Organisationen</b>	
Erste Internationale Zusammenkunft von AIDS-Hilfe-Organisationen Wien, 28. Februar - 3. März 1989 Gemeinsame Erklärung zur Rolle von nichtstaatlichen AIDS-Hilfe- Organisationen bei der Prävention von HIV-Infektionen und der Fürsorge und Unterstützung von Personen mit AIDS und HIV- assoziierten Erkrankungen	113

Zweiundvierzigste Weltgesundheitsversammlung WHA42.34 19. Mai 1989, Tagesordnungspunkt 19 Nichtstaatliche Organisationen und die globale AIDS-Strategie	117
Das Manifest von Montréal Erklärung der allgemeinen Rechte und Bedürfnisse HIV-betroffener Menschen	119
Konferenz von Montréal Plenumsresolution wie verabschiedet am 4. Juni 1989	123
Erster Regionalworkshop für AIDS-Hilfe-Organisationen über Zusammenarbeit und Netzwerk-Aktivitäten Wien, Österreich, 12.-15. Oktober 1989 Die Einrichtung eines ASO-Zentrums in Europa Arbeitspapier von K. Krickler, Österreichische AIDS-Hilfe, Wien	125
Erster Regionalworkshop für AIDS-Hilfe-Organisationen über Zusammenarbeit und Netzwerk-Aktivitäten Wien, Österreich, 12.-15. Oktober 1989 Planungen für die 90er Jahre: Kurzfristiges, professionelles, regionales Programm gegen AIDS Arbeitspapier von M. Mikkelsen, Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa, Kopenhagen, Dänemark	127
Erster Regionalworkshop für AIDS-Hilfe-Organisationen über Zusammenarbeit und Netzwerk-Aktivitäten Wien, Österreich, 12.-15. Oktober 1989 Nationale Repräsentation bei regionalen ASO-Treffen Arbeitspapier von K. Krickler, Österreichische AIDS-Hilfe, Wien	131
Erster Regionalworkshop für AIDS-Hilfe-Organisationen über Zusammenarbeit und Netzwerk-Aktivitäten Wien, Österreich, 12.-15. Oktober 1989 Zusammenarbeit und Vernetzungsaktivitäten von AIDS-Hilfe-Organisationen in Europa Arbeitspapier von Bernd Marin, Europäisches Zentrum, Wien	133
Autorinnen	136

## VORWORT

In diesem Band sind Beiträge zu einigen internationalen Kongressen und Tagungen zusammengestellt, an denen die Deutsche AIDS-Hilfe im Jahr 1989 teilgenommen hat: Das sind die V. Internationale Konferenz über AIDS vom 5.-9. Juni in Montréal, der Drogen-Kongreß „What Works: An International Perspective On Drug Abuse Treatment And Prevention Research“ vom 23.-25. Oktober in New York und eine Reihe von Treffen von AIDS-Selbsthilfegruppen (ASOs = AIDS-Service-Organisations, NGOs = Non-Governmental Organisations).

Das Hauptaugenmerk bei der Auswahl der Themen wird in diesem Band auf die – global gesehen – epidemiologisch am stärksten anwachsenden und bisher am meisten vernachlässigten „AIDS-Schauplätze“ gelegt: HIV und AIDS in der „Dritten Welt“ und HIV und AIDS bei DrogengebraucherInnen.

Beide Schauplätze sind gleichsam kolonialisiert – und das in mehrfacher Hinsicht. Die internationale Wissenschaftsgemeinde ist auf die westlichen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften fixiert. Dort sind die finanziellen Mittel für Forschung und Gesundheitswesen am leichtesten aufzubringen, dort winken den Beteiligten Ruhm, Ehre und Geld. Woher sollte deshalb ein Interesse für die „Entwicklungs-“ und „Schwellenländer“ herrühren? Diese selbst haben nicht die nötigen ökonomischen Ressourcen für Forschung, es fehlt an den Infrastrukturen und der Basisversorgung im Gesundheits- und Sozialsystem und im Kommunikationswesen. Und AIDS ist dabei „nur“ eine weitere Krankheit, die zu einer Reihe ungelöster Gesundheits- und Sozialprobleme hinzutritt.

In der „Ersten Welt“ sind die von AIDS am meisten getroffenen Gruppen die schwulen Männer und die i.v. DrogengebraucherInnen. Ihr gesellschaftlich marginaler Status behindert bis in die letzte Zeit hinein das Interesse und den Einsatz von Politik und Wissenschaft für eine erfolgreiche Strategie gegen AIDS und für die Betroffenen – dies gilt für DrogengebraucherInnen in noch größerem Ausmaß als für Schwule. Denn letztere verfügen über eine ausgebaute Infrastruktur, über eine vielfältige Selbstorganisation; sie haben gelernt, selbstbewußt ihre Rechte einzufordern, für sie zu kämpfen. DrogengebraucherInnen stehen erst am Anfang eines solchen Prozesses der Selbstorganisation, und eine Lobby haben sie auch nicht. Sie sind am meisten von Kriminalisierung, sozialem und ökonomischem Druck bedroht. Selbstbewußtsein und eine Verbesserung der Lebensumstände aber sind die besten Voraussetzungen für ein individuelles wie kollektives Überleben in der AIDS-Krise.

Die Dokumentation der Treffen der ASOs/NGOs in diesem Band zeugt vom wachsenden Selbstbewußtsein der Menschen mit HIV/AIDS über Ländergrenzen hinweg. Einer Bedrohung, die keine Grenzen kennt, kann – bei aller Differenzierung – auch nur grenzenlos begegnet werden.

Klaus-Dieter Beißwenger, D.A.H.



## V. INTERNATIONALE KONFERENZ ÜBER AIDS VOM 5. - 9. JUNI 1989 IN MONTREAL

### ÜBERSICHT ÜBER DEN WISSENSSTAND IM BEREICH EPIDEMIOLOGIE

Uli Markus

Die Epidemiologie der HIV-Infektion wird zunehmend vor dem Hintergrund der sich weltweit ändernden Verbreitungsmuster sexuell übertragbarer Krankheiten gesehen.

HIV-Infektion und AIDS werden damit sowohl im nationalen wie im internationalen Rahmen immer mehr zu einem Problem, das eng mit Armut, Unterentwicklung, Arbeitslosigkeit und dem Gebrauch von Drogen verknüpft ist.

Die deutlichen Unterschiede zwischen Städten und ländlichen Regionen finden sich praktisch überall auf der Welt. Besonders betroffen sind die Bevölkerungsschichten mit niedrigem Einkommen und Bildungsniveau, junge Menschen, die ihre Partner häufiger wechseln und ethnische Minderheiten, ein Problem, das in den USA besonders kraß ausgeprägt ist.

Die drei Hauptausbreitungsmuster von HIV lassen sich folgendermaßen beschreiben: Muster I findet sich hauptsächlich in Nordamerika, Europa und Australien. Die meisten AIDS-Fälle gibt es hier bei homosexuellen Männern und Drogenbenutzern. Die Zuwachsraten bei homosexuellen Männern flachen ab, während bei Drogenbenutzern die Fallzahlen unvermindert ansteigen. In New York City stellen Drogengebraucher heute schon mehr als die Hälfte der neu diagnostizierten AIDS-Fälle, für Europa wird dies für 1990 erwartet.

Bei meist sehr hohen Prävalenzraten in den großstädtischen Schwulenszenen (jedoch zwischen 0% jährlich Inzidenz in San Francisco und 4% in Vancouver/Kanada) bahnt sich ein Übergang von einer epidemischen in eine endemische Situation in dieser Gruppe an. Ein kritischer Punkt dabei bleibt die Frage, ob die stattgefundenen Verhaltensänderungen zeitstabil sind. Daß davon nicht ohne weiteres ausgegangen werden kann, zeigen Befragungen, die in San Francisco und New York City durchgeführt wurden. Aus einer Gruppe homosexueller Männer in San Francisco gaben 16% der Befragten an, daß sie im Laufe der Zeit risikoreiche Verhaltensweisen wiederaufgenommen hätten. In einer ähnlichen Befragung von Drogenbenutzern aus New York City lag der Anteil bei 36%. Verhaltensänderungen bei Drogenbenutzern beschränken sich zudem meist auf den direkt mit dem Drogenkonsum zusammenhängenden Bereich (Rückgang des needle-sharing), während sich im sexuellen Bereich das Verhalten nur sehr langsam zu ändern beginnt. Vor allem in den USA wird das Problem zunehmend durch Crack, eine auf Kokain basierende, hauptsächlich gerauchte Droge, kompliziert. Obwohl hier beim Drogenkonsum selbst kein Übertragungsrisiko besteht, begünstigt der hohe Geldbedarf die Beschaffungsprostitution und in dem entsprechenden Milieu finden sich deutliche Steigerungsraten bei den sexuell übertragbaren Krankheiten. Zudem gibt es keine Möglich-

keit der Substitutionstherapie wie bei der Heroinabhängigkeit. Angesichts der steigenden Zahl meist junger und sexuell aktiver Drogenabhängiger mit HIV nimmt daher auch das Ausmaß der heterosexuellen Übertragung und der Übertragung von Müttern auf das ungeborene Kind in den industrialisierten Ländern langsam zu. Die Prävalenzschätzungen werden durch die große Zahl der durchgeführten Einzeluntersuchungen immer sicherer und die Zahl der Menschen mit HIV wird in den USA derzeit auf 1 - 1,5 Millionen geschätzt. Die jährliche Inzidenz (Neuinfektionsrate) bei US-amerikanischen Soldaten liegt zwischen 1985 und 1988 konstant bei 0,6 - 0,9%.

Möglicherweise wird die epidemiologische Entwicklung zu erneuten Diskussionen über die notwendigen Präventionsstrategien und die „Testpolitik“ führen. Der Zwangstest vor der Eheschließung, der im US-Bundesstaat Illinois eingeführt worden war, wird wieder abgeschafft. Ein Vertreter der New Yorker Gesundheitsbehörden kündigte an, daß man in Zukunft mehr Gewicht auf „confidential-testing“ und „contact-tracing“ legen werde.

Muster II findet man überwiegend in Schwarzafrika und zunehmend auch in anderen Teilen der Welt, vor allem in der Karibik und ansatzweise in Brasilien. Hier infizieren sich die meisten Personen über heterosexuelle Kontakte. Zwar wurden aus Afrika bisher lediglich 25.000 AIDS-Fälle gemeldet, aber die tatsächliche Zahl übersteigt inzwischen wahrscheinlich 150.000. Die erste landesweite Erhebung über die HIV-Verbreitung in der Welt, durchgeführt im zentralafrikanischen Rwanda, enthüllte eine ernüchternde und erschreckende Bilanz: im Jahre 1987 waren über 20% der erwachsenen städtischen Bevölkerung HIV-positiv – mit einem Prävalenzgipfel bei Frauen im Alter zwischen 26 und 40 Jahren. Die Zahlen zeigen aber auch die weitaus niedrigeren Infektionsraten von ca. 2% in der ländlichen Bevölkerung. Der Umstand, daß sich Afrika in einem Prozeß rasch wachsender Urbanisierung befindet, wird nicht gerade zur Verlangsamung der HIV-Ausbreitung beitragen. Schon jetzt sind in den hauptsächlich betroffenen Städten Zentralafrikas 20 - 50% der Krankenhausbetten mit AIDS-Patienten belegt – eine Situation, die den Kollaps der in diesen Ländern ohnehin schon bis an die Grenze belasteten Gesundheitsversorgung befürchten läßt. Bezüglich der Präventionsmöglichkeiten bei Sexualkontakten sollte nicht unerwähnt bleiben, daß der Schutz vor einer HIV-Übertragung durch alleinige intravaginale Applikation von Nonoxynol-9 in einer Studie bei Prostituierten in Nairobi nicht belegt werden konnte. Im Gegenteil hatten die Frauen, die Nonoxynol-9 benutzten, deutlich häufiger genitale Ulzerationen, was eine HIV-Übertragung eher begünstigt.

Schließlich gibt es noch ein drittes Muster – in Asien, der arabischen Welt und den Ländern Osteuropas –, das durch ein erst kürzlich erfolgtes Auftreten von HIV charakterisiert ist. Auch dort kann sich HIV aber, besonders in stark gefährdeten Gruppen, mit großer Geschwindigkeit ausbreiten, wenn der Prävention nicht rechtzeitig höchste Priorität eingeräumt wird. So hat sich unter den Drogengebrauchern in Bangkok/Thailand der Prozentsatz der HIV-Positiven innerhalb eines Jahres von 14% auf über 40% erhöht. Aus der Sowjetunion wurde über den Ausbruch einer kleinen Epidemie in der Kalmückischen Sowjetrepublik berichtet, über den vor einiger Zeit auch in den Zeitungen berichtet wurde. In einem Kinderkrankenhaus, in dem vorwiegend chronisch kranke Kinder behandelt werden, kam es dabei durch die ungenügende Sterilisation von In-

jektionsnadeln sukzessiv zur Infektion von 40 Kleinkindern, ausgehend von einem Kind, dessen Vater sich vermutlich Anfang der 80er Jahre in Afrika infiziert hatte. Acht der Mütter der auf diesem Wege infizierten Kinder steckten sich ebenfalls an, beim Stillen oder – wahrscheinlicher – ebenfalls durch unsterile Spritzen.

### **Blut und Blutprodukte**

Für Empfänger von Gerinnungsfaktor-Konzentraten, Blutprodukten und Blutkonserven ist die Gefahr einer Infektion inzwischen praktisch fast ausgeschlossen, wenngleich ein geringes Restrisiko bestehen bleibt. Für Länder der „Dritten Welt“ gilt dies nicht in vollem Umfang, obwohl auch hier sich die Situation erheblich verbessert hat. Der Gesundheitsminister von Zaire, Bosenge, berichtete, daß inzwischen in seinem Land ca. 50% aller Blutspenden untersucht werden, in den großen Städten, wo auch die Infektionsrate am höchsten ist, sind es 90 - 95%. Auch in Lateinamerika können Blutspenden nicht überall untersucht werden, da diesen Ländern zum Teil, auf Grund ihrer schlechten ökonomischen Situation, die notwendigen Devisen zum Kauf der Testkits fehlen. In den industrialisierten Ländern ist die HIV-Prävalenz bei Blutspendern im Verlauf der letzten Jahre auf Werte zwischen 0,1 und 0,01% zurückgegangen. Daher dürften auch die in mehreren Studien mit Hilfe der äußerst sensitiven, aber auch störanfälligen PCR(Polymerase Chain Reaction)-Technik, zum Teil durch Virusanzucht bestätigten seronegativen HIV-Infektionen bei ausgewählten Personen mit besonders hohem Infektionsrisiko für die Sicherheit der Blutversorgung praktisch keine Rolle spielen. Dies wird auch durch einige Längsschnittuntersuchungen bei Transfusionsempfängern belegt, bei denen derartige Übertragungen von HIV durch Langzeit-seronegative Spender nicht beobachtet wurden. Die Bedeutung dieser Befunde dürfte eher auf dem Gebiet der Pathogenese liegen.

### **Inkubationszeit**

Die Berechnung der mittleren Inkubationszeit, d.h. der Zeit zwischen Infektion und dem Auftreten von Erkrankungssymptomen, stabilisiert sich im Bereich von 8 - 10 Jahren, innerhalb derer etwa 50% der Menschen mit HIV manifest erkranken. Für durch Bluttransfusionen angesteckte Personen wurde in einer mathematischen Modellrechnung eine kürzere mittlere Inkubationszeit von 5 - 7 Jahren ermittelt. Eine Sonderstellung nehmen die prä-/perinatalen Infektionen (Infektionen bei Neugeborenen) ein.

### **Prä-/perinatale Infektionen**

Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung von einer Mutter mit HIV auf das Kind wird heute mit 30 - 50% angegeben. Eine Abhängigkeit vom Gesundheitszustand der Mutter ist wahrscheinlich. Die Infektion der Feten kann schon in der Frühphase der Schwangerschaft erfolgen, was durch die Untersuchung von 16 - 22 Wochen alten Feten nachgewiesen wurde. Die sogenannten Hofbauer-Zellen der Plazenta können mit HIV infiziert sein, und es besteht eine Korrelation zwischen dem Nachweis solcher infizierter Zellen und der Infektion

der Feten. Eine in Montréal vorgestellte Untersuchung legt nahe, daß bei Vorliegen mütterlicher Antikörper gegen den sog. hypervariablen Loop des Hüllenproteins gp 120 die Kinder vor einer Infektion geschützt sind (Abstract Nummer Th.A.P. 113). Ein Einfluß der Schwangerschaft auf die Krankheitsprogression bei der Mutter wird, entgegen früheren Vermutungen, in den meisten Studien nicht beobachtet. In Afrika droht inzwischen die HIV-bedingte höhere Säuglingssterblichkeit – in Kampala 20% der Todesfälle bei Kleinkindern -, den in den letzten Jahren erreichten Rückgang der Kindersterblichkeit zunichte zu machen. Im Gegensatz zu den Beobachtungen in der Bundesrepublik und Berlin (West), wo ein großer Teil der Schwangeren mit HIV sich zu einer Abtreibung entschließt, ist dort auch, auf Grund der unterschiedlichen kulturellen Bedingungen, der Wunsch nach Kindern bei Frauen mit HIV ist ungebrochen.

Die Stimulation der HIV-Vermehrung durch UV-Licht bleibt zunächst eine Beobachtung unter Laborbedingungen. Ob dies bei HIV-infizierten Langerhans-Zellen der Haut tatsächlich eine klinisch relevante Rolle spielt, bedarf weiterer Untersuchungen. Mit der Verbesserung der Therapiemöglichkeiten und angesichts der individuell sehr unterschiedlichen Verläufe gewinnen Verlaufsparemeter der Erkrankung zunehmend an Bedeutung. Auf diesem Gebiet gibt es keine wirklich neuen Erkenntnisse. T-Helferzellzahl, Neopterin im Serum oder Urin,  $\beta$ 2-Mikroglobulin und der Nachweis von p-24-Antigen (Viruskernpartikel) im Serum werden, meist in Kombination, als Progressionsmarker bestimmt. Es muß aber festgehalten werden, daß es sich hierbei lediglich um Marker und nicht unbedingt um Determinanten handelt. Die Aussagekraft dieser Parameter ist eine statistische in größeren Gruppen und muß nicht im Einzelfall auch für das Individuum gelten.

#### Berufliche Risiken

Die Ansteckungswahrscheinlichkeit für medizinisches Personal bei Nadelstichverletzungen oder Verletzungen mit anderen HIV-kontaminierten Gegenständen liegt deutlich unter 1%. Die Befolgung der notwendigen Vorsichtsmaßnahmen ist in vielen Fällen immer noch mangelhaft. Hier könnte durch geeignete Maßnahmen das Risiko beruflich bedingter Infektionen weiter reduziert werden.

## INTERNATIONALE ZUSAMMENHÄNGE: AIDS IN DER »DRITTEN WELT«

Petra Narimani

„The best way to stop it is through the open sharing of experience.“  
(Jonathan Mann, WHO's global programme on AIDS).

„AIDS is not just a doctor's business.“

„Different peoples, different messages.“

Seit etwa vier Jahren bestehen vielfältige Kontakte der Deutschen AIDS-Hilfe zu ausländischen AIDS-Hilfe-Organisationen. Der gegenseitige Erfahrungsaustausch wird zunehmend wichtiger. Der Kongreß in Montréal bot mit den Themenbereichen „AIDS, Society and Behaviour, Lessons from Developing Countries“, „International Issues“ und regionalen Workshops über AIDS in der Karibik, in Lateinamerika sowie in Ost- und West-Afrika eine ungeheure Fülle von Informationen, aus denen sich erst bei der Auswertung ein Gesamtbild herauskristallisiert. Bevor die Informationen nach Ländern in den vier vorgenannten Regionen gegliedert dargestellt werden, soll zunächst die allgemeine Situation in Ländern der „Dritten Welt“ zusammengefaßt werden.

Die Todesrate bei AIDS ist in den sog. „Entwicklungsländern“ gegenüber der anderer Krankheiten immer noch gering; dies mag sich aber in den kommenden Jahren drastisch ändern. Besonders deutlich ist das Ansteigen der heterosexuellen Übertragung, die aber sicherlich auch künftig auf einige afrikanische und südamerikanische bzw. karibische Länder beschränkt bleiben wird. Erschwert wird die AIDS-Aufklärung in vielen Ländern auch dadurch, daß die Auswirkungen möglicherweise erst in einigen Jahren oder Jahrzehnten sichtbar sind, und sich somit Erfolge erst nach langen Zeitabschnitten zeigen.

Die allgemeine Bedeutung der „Dritten Welt“ in der AIDS-Frage und damit auch ihre Bedeutung für den Kongreß wurde deutlich am Vortrag von Martin Foreman, einem der Direktoren des PANOS-Institutes in London, der auf dem Treffen der „Non-governmental Organizations“ (NGOs) u.a. eine neue PANOS-Publikation vorstellte. PANOS, ein „Institut für Internationale Information und politische Studien“, hat Büros in London, Paris und Washington, D.C. Es wurde 1986 von der Gruppe Earthscan gegründet, die sich vorher mit ähnlichen Themen beschäftigte. Schwerpunktthema ist AIDS und hier wiederum die „Dritte Welt“. Finanzielle Unterstützung erhält PANOS vom Norwegischen Roten Kreuz und vom Norwegischen Entwicklungsministerium. Eine erste Publikation erschien 1986, vorwiegend über Afrika, da bis dahin wenig über andere Regionen der „Dritten Welt“ bekannt war. Inzwischen ist AIDS bis in die letzten Winkel vorgedrungen. Ein zweites Buch erschien 1987 und dessen Überarbei-

tung im Jahre 1988 mußte bereits zu 80% verändert werden, da die Entwicklung derart rasant voranschritt. Das PANOS-Institut ist zwar oft – und sicher auch zu Recht – kritisiert worden (u.a. wegen seiner düsteren Vorhersagen in Bezug auf eine weltweite Verbreitung von HIV), auf der anderen Seite hat PANOS aber eine bisher in dieser Form nicht existierende, umfassende und gründliche Gesamtinformation der internationalen Lage und der Zusammenhänge geliefert, die Beachtung verdient. Neben einer Fülle von Daten und Fakten beschäftigen sich die PANOS-Publikationen vor allem auch mit denjenigen moralischen und ethischen Aspekten der Krankheit, die weltweit oft die Strategien der öffentlichen Gesundheitspolitik „behindern“. In einem der Bände sind Diskriminierungsfälle gesammelt, wobei Art und Ausbreitung von Diskriminierung sehr schwer zu messen sind. Allein das Wort „Diskriminierung“ bereitet in vielen Ländern schon Probleme, es gibt keine Übersetzung dafür. Eigentlich müsse es – so liest man – „deeper cultural questions“ heißen. Künftig sollen mehr Gelder beschafft werden, um so die weitere Arbeit von NGOs zu unterstützen. PANOS will sich dabei eher zurückhalten, sich sozusagen beobachtend in den hinteren Reihen bewegen; dabei sollen jedoch weiterhin Informationen gesammelt werden.

Nach den von PANOS zusammengetragenen Informationen sind Asien, der Mittlere Osten und Ost-Europa bisher nur wenig von AIDS betroffen, während die Situation in Lateinamerika oft als ähnlich gravierend oder sogar als schlimmer bezeichnet werden kann als in den USA oder in Westeuropa. Islamische und asiatische Länder waren auf dem Kongreß nur sehr spärlich vertreten. Bei der Themenfülle und den verschiedenen Schwerpunkten (denkt man allein an die verschiedenen Probleme islamischer Länder) erscheint es auch sinnvoll, eher einen regionalen Austausch zu fördern. So findet vom 02. - 06.03.1990 in Cairo die „Second Arabian International Conference on AIDS“ statt und ebenfalls im März 1990 in Bombay eine Veranstaltung der indischen Gesundheitsbehörde „WORLD CONGRESS ON AIDS“, die sich besonders an Entwicklungsländer richtet.

Anders als in Nordamerika oder in Europa fand in Afrika von Anfang an eine HIV-Übertragung eher auf heterosexuellem Wege statt. Die vorgestellten Studien zeigten, daß eine Verlagerung in diese Richtung auch in Südamerika und der Karibik immer deutlicher wird. Da viele Frauen in einem Alter HIV-positiv werden, in dem sie normalerweise auch Kinder bekommen (in der „Dritten Welt“ mehr und sehr viel früher als in westlichen Ländern), werden immer mehr Babies mit HIV geboren. Die meisten dieser Kinder sterben vor ihrem zweiten Lebensjahr.

Nach Aussagen der WHO haben die Staaten weltweit auf AIDS reagiert. So haben sich 176 Staaten dem „WHO reporting network“ angeschlossen, die meisten haben bisher über ihre AIDS-Fälle berichtet, 151 haben nationale AIDS-Komitees gegründet.

AIDS zeigt sich immer mehr auch als Krankheit der Armen und Benachteiligten; dies in vielfacher Hinsicht. Deutlich machen das Statistiken aus den USA, die jetzt auch ethnologische, rassistische und geographische Gesichtspunkte berücksichtigen. Das Virus trifft hier immer häufiger auf eine Bevölkerungsschicht, die ohnehin unzureichend informiert ist (dies auch wiederum aus verschiedenen Gründen), deren Gesundheitszustand allgemein schlecht ist und

deren Hygienemöglichkeiten absolut begrenzt oder vielleicht gar nicht vorhanden sind. US-Statistiken und auch die anderer Länder machen deutlich, daß vermehrt Farbige von AIDS betroffen sind. Die politische Bedeutung dieser Tatsache ist auf lange Sicht nicht zu unterschätzen.

In den USA hat die Zahl der Drogengebraucher mit AIDS in den großen Städten die der homo- und bisexuellen Männer mit AIDS inzwischen überholt. Dabei sind vornehmlich Schwarze und Latinos betroffen. Das Verhältnis Weiß : Schwarz bzw. Latino beträgt eins zu vier.

Pro Mio. Einwohner	Weiß	189 Fälle
pro Mio. Einwohner	Schwarze	587 Fälle
pro Mio. Einwohner	Latinos	564 Fälle

Die Wahrscheinlichkeit, an AIDS zu erkranken, ist bei einer schwarzen Frau 13mal höher als bei einer Weißen (damit liegt die Wahrscheinlichkeit der heterosexuellen Übertragung bei Schwarzen also höher). Ein ähnliches Bild der HIV-Betroffenheit zwischen Schwarz und Weiß zeigt sich auch in der Armee. Hier werden die sozialökonomischen Nachteile und die damit zwangsläufig verbundene geringe Aufklärung deutlich.

Die früheren Theorien über den Ursprung und die Herkunftsregion des Virus (z.B. Haiti) haben sich inzwischen als unbegründet erwiesen, den „beschuldigten“ Ländern aber z.T. großen wirtschaftlichen Schaden zugefügt (dazu später im einzelnen mehr). In verschiedenen Vorträgen und Workshops des Kongresses konnte man miterleben, daß sich die afrikanischen Staaten gegenseitig die Schuld in die Schuhe schieben. Hier vor allem Senegal, das behauptet, alle senegalesischen positiven Prostituierten hätten das Virus von der Elfenbeinküste mitgebracht. Es gebe, so das PANOS-Institut, „a tendency to blame others“. Dazu ist auch ein Buch erschienen (BLAMING OTHERS, Prejudice, Race and Worldwide AIDS, herausgegeben von Renée Sabatier, Norwegian Red Cross und PANOS). Diese Haltung, andere für die Verbreitung von HIV verantwortlich zu machen, führt wiederum zu Diskriminierung, Stigmatisierung, Kriminalisierung usw.

Sehr wenige Staatsoberhäupter der „Dritten Welt“ haben sich bisher öffentlich zu AIDS geäußert. Eine Ausnahme sind hier Kenneth Kaunda aus Zambia, dessen Sohn vor einiger Zeit an AIDS gestorben ist und der die Eröffnungsrede des Kongresses hielt, sowie Yoweri Museveni aus Uganda. Beide hatten entscheidenden Einfluß auf andere afrikanische Staaten.

Die Deutsche AIDS-Hilfe steht mit ihrer differenzierten Test-Position allein auf weiter Flur. Der Test wird nirgendwo auch nur in Frage gestellt. Versucht man, unsere Test-Position zu erklären, stößt man meist auf absolute Verblüfung. Man muß jedoch die oft völlig anderen Voraussetzungen in Betracht ziehen und kann die Position der D.A.H. zum Test nicht ohne weiteres auf andere Länder übertragen. In vielen afrikanischen Ländern wird getestet, wessen man habhaft werden kann. Daher liegen aus Afrika eine Fülle von Zahlen vor. PANOS, das auch hier alle Zahlen gesammelt hat, weist jedoch immer wieder darauf hin, daß diese aus vielen Gründen mit Vorsicht zu genießen sind. Sie sind jedoch vielfach Grundlage wissenschaftlicher Studien. Die aus Afrika vorgelegten Zahlen sind teilweise erschreckend: In größeren Städten Zentralafrikas sol-



len bis zu 25% der 20- bis 40-Jährigen und bis zu 90% der Prostituierten positiv sein. HIV II taucht meist in West-Afrika auf, wobei Cape Verde, Guinea Bissau und Senegal zuerst betroffen waren, später auch die Elfenbeinküste, Angola, Burkina Faso, Kamerun, die Zentralafrikanische Republik, Gambia, Guinea und Mozambique.

10 - 15% der Bevölkerung von Lusaka, Zambia (600.000 Einwohner) sind bereits positiv, mindestens 25% in Kinshasa (Zaire) und Kampala (Uganda). In Kampala werden inzwischen täglich bis zu 50 Bluttests vorgenommen (10.000 bisher). Jeder 5. Befund ist positiv. In ländlichen, meist auch konservativen Gebieten sind die Zahlen natürlich deutlich geringer. Prostituierte aus Nairobi, die mit Fernfahrern bis Mombasa und Uganda und wieder zurück fahren, waren 1980 noch nicht positiv (die Herkunft dieser Angaben ist unklar), 1983 aber bereits zu 53% und 1987 zu 80%. Zwar benutzen inzwischen viele Prostituierte Kondome, die Bedingungen der Prostitution in der „Dritten Welt“ sind jedoch denkbar ungünstig. In Malawi beträgt der Anteil der Prostituierten unter den gemeldeten HIV-Fällen 56%. In Kamerun sind 55% der an AIDS-Erkrankten Frauen. In Dar-es-Salam (Tanzania) sind 35% der in Bars arbeitenden Frauen positiv, in Süd-West-Uganda sogar 68%. Das Verhältnis männlich : weiblich bei der HIV-Infektionsrate beträgt 1 : 1,2.

Während in den USA AIDS-Kranke häufig an Lungenentzündung sterben, ist die Todesursache in Afrika meist der Durchfall („slim disease“). Dies unterscheidet Afrika u.a. auch von anderen Ländern der „Dritten Welt“. Die Gefahr einer HIV-Übertragung beim Analverkehr ist klar, in Afrika kommen jedoch eine Menge unbehandelte sexuell übertragbarer Krankheiten und ihre Folgen hinzu, die offenbar eine Übertragung erleichtern (Syphilis, Herpes). Da die westliche Medizin bisher keine Hilfe gebracht hat, haben die traditionellen Heiler ein Comeback. Die meisten dieser Heiler wissen, daß AIDS nicht heilbar ist, sie sind aber oft in der Lage, schlimme Durchfälle zu lindern. Möglicherweise sind die hier angewandten traditionellen Methoden sogar besser als manch neue Behandlungsart. Einige Regierungen nehmen für ihre AIDS-Programme die Hilfe der Heiler in Anspruch, da diese überall ein hohes Ansehen genießen und als Träger von Präventionsbotschaften unersetzlich sind. Die meisten Afrikaner sprachen während des Kongresses mit großem Respekt von ihren traditionellen Heilern.

Weitere Fakten, die eine Übertragung in afrikanischen Ländern erleichtern, sind zum Beispiel die rituellen Tätowierungen, die zelebriert werden. Unter den 73 Stämmen Zambias ist es üblich, die Haut mit kleinen Schnitten zu ritzen und schmutzige Messer, so die afrikanischen Wissenschaftler, dürften dasselbe HIV-Übertragungsrisiko darstellen wie unsteriles Spritzbesteck. Ein weiteres Problem sehen die Wissenschaftler in bestimmten traditionellen medizinischen Vorgehensweisen, die mit Hautschnitten oder ähnlichem verbunden sind.

Bei einer Anzahl von 73 Stämmen in einem einzigen Land und der damit verbundenen Sprachvielfalt sowie verschiedener Lebensweisen und Traditionen ist eine allgemeine AIDS-Aufklärung schlicht nicht durchführbar. Man müßte völlig neue Strategien entwickeln, um alle Teile der Bevölkerung zu erreichen. Hohe Alphabetenraten, fehlende Infrastruktur usw. kommen erschwerend hinzu.

Bei einigen Stämmen verlangt der Brauch, daß die Witwe eines verstorbenen Mannes mit dessen Bruder schlafen muß, um sich von der Seele des Verstorbenen zu „reinigen“. Ist der Ehemann an AIDS gestorben, kann dies fatale Folgen haben. Einige Afrikaner berichteten besorgt über derartige Fälle einer HIV-Übertragung. Viele Heiler raten inzwischen den Paaren zu anderen Arten der „Seelenreinigung“.

Die gesundheitliche Versorgung ist, wie überall in der „Dritten Welt“, völlig unzureichend. Die Krankenhäuser können die vielen AIDS-Kranken nicht aufnehmen und schicken sie zur Pflege zu ihren Familien nach Hause. So wird ein Bewußtsein für die Krankheit und möglicherweise auch ihre Übertragungswege geschaffen. Auch wird so der Gefahr einer Ausgrenzung entgegengewirkt.

Gelder für Gesundheitsausgaben sind in der „Dritten Welt“ ebenfalls sehr knapp, die Forschungsmöglichkeiten demzufolge gering. In vielen afrikanischen Ländern ist das jährliche Pro-Kopf-Einkommen, verglichen mit den Kosten für einen Bluttest, verschwindend gering. Daß AZT oder andere Medikamente kein Thema sind, versteht sich von selbst. Überhaupt spielt der Kostenfaktor eine große Rolle. In verschiedenen Wirtschaftszweigen Afrikas gibt es bereits große Verluste an Arbeitskräften. Dies trifft u.a. auf die Kupferminen in Zambia zu, wo 20% des Nationaleinkommens produziert werden. Ein anderer Fall ist das plötzliche Absinken des Tourismus etwa am Beispiel Haitis: Kurz nach Bekanntwerden von Studien über vermehrte AIDS-Fälle sank die Zahl der Touristen von 70.000 auf 10.000 im Jahr. Der Tourismus war bis dahin zweitgrößte Einnahmequelle des Landes und die damit zwangsläufig verbundene Schließung von Hotels und der Verlust der wenigen lebensnotwendigen Jobs ist für ein Land, das zu den ärmsten der Welt zählt, eine Katastrophe. Von einer kanadischen AIDS-Hilfe-Organisation stammt der Satz: „AIDS does not jump out of trees at visiting tourists. It is transmitted exactly the same ways in the Third World as anywhere else“. Leider hilft das den betroffenen Ländern wenig. Zudem sind viele „Dritte-Welt“-Länder nicht nur von Tourismus, sondern speziell auch vom Sex-Tourismus abhängig.

Die Übertragungen durch Bluttransfusionen nehmen weltweit ab. Das Regionalbüro der WHO PAHO (PAN AMERICAN HEALTH ORGANISATION) hat sich zum Ziel gesetzt, bis 1989 alle öffentlichen und privaten Blutbanken zu kontrollieren. Die mexikanische Regierung hat private Blutbanken sogar verboten. Diese Maßnahmen treffen die armen Länder jedoch wieder auf andere Weise. Der Verkauf von Blut ist eine bedeutende Einnahmequelle für die Ärmsten des Landes.

Die Selbsthilfegruppen (non-governmental organizations, NGOs) sind im Prinzip in allen Staaten wesentlich erfolgreicher als die Regierungen selbst. Ihre Bedeutung wird von der WHO anerkannt. Die Arbeit mit Kranken und deren Familien sowie die Aufklärungsarbeit in bestimmten Gruppen ist von keiner Regierung leistbar. Auch spielen die NGOs in der Arbeit gegen Diskriminierung, Isolation usw. eine Rolle, die nicht hoch genug geschätzt werden kann. Ein hohes Maß an Aufklärung durch Selbsthilfegruppen ist vor allem unter Schwulen zu finden.

Zwei Vertreter von non-governmental organizations haben mit ihren Vorträgen besonders beeindruckt, weil sie deutlich machten, unter welchen Bedin-

gungen die Arbeit in den allermeisten Fällen geleistet werden muß. Der eine war Alfred Machela aus Soweto, Rand Gay Organization S.A., Südafrika, der andere Manuel Velandia von der Grupo de ayuda e informacion, G.A.I., aus Bogota, Kolumbien.

### Südafrika

Die Situation in Südafrika unterscheidet sich scheinbar grundlegend von der in anderen west- und ostafrikanischen Staaten. Von den bis Mitte 1988 offiziell gemeldeten 76 AIDS-Fällen sind 85,5% weiße Homosexuelle. Wie es sich für Südafrika gehört, unterscheidet man zwischen Weißen mit HIV und Schwarzen mit HIV. Als man 1986 feststellte, daß mehr als 1.000 Minenarbeiter aus Malawi und Botswana positiv waren, reagierte die Presse darauf mit der Bezeichnung „African AIDS“. Weiße erkranken schlicht an AIDS. Viele Prostituierte, die Kontakte zu den Minenarbeitern hatten, waren ebenfalls positiv. Inzwischen besteht die südafrikanische Regierung darauf, daß die Arbeiter zunächst in ihrem eigenen Land getestet werden. Sind sie positiv, erhalten sie keine Einreiseerlaubnis.

Alfred Machela, der einer Gruppe von schwulen Schwarzen angehört, berichtete über die Situation in Soweto. Durch ihre Arbeit in den townships sind viele Männer fast ständig von ihren Familien in den homelands getrennt. Über die Hälfte der Kinder unter 5 Jahren ist unterernährt. Erwachsene haben Tuberkulose, Virus- und Parasiten-Erkrankungen, sexuell übertragbare Krankheiten und mentale Krankheiten, die oft im Selbstmord enden. Das State Health Department interessiert sich kaum für die townships und somit auch nicht für die AIDS-Frage unter der schwarzen Bevölkerung. Die von der Gay Community geforderten Aufklärungsmaßnahmen wurden vom zuständigen Ministerium abgelehnt.

Unter der schwarzen Bevölkerung scheint die Verteilung der HIV-Infektionen völlig anders auszusehen als bei den Weißen. Von 6.000 getesteten Schwangeren im township waren 350 positiv. Auch nach Vorlage dieser Zahlen reagierten die staatlichen Behörden nicht. So wurde 1987 die Rand Gay Organization S.A. als township-Projekt gegründet. Freiwillige Helfer besuchen Haushalte, bieten Hilfe an, klären auf. Die meisten Menschen haben keine Häuser, leben in Hütten und vom Abfall. In diesen Gegenden gibt es die meisten AIDS-Fälle. Auf Plakaten ist zu lesen „Homelessness creates AIDS“. Dies ist wohl eher eine Botschaft an die Regierung, die Menschen im township können damit sicherlich wenig anfangen. Viele Männer, die getrennt von ihren Familien leben, haben Kontakte zu Prostituierten und bringen so AIDS auch in ihre Dörfer. Die Selbsthilfegruppe nennt die Prostitution „ladies service“, um so einer Diskriminierung entgegenzuwirken. Unermüdlich sind die Freiwilligen unterwegs, befragen die Leute nach ihren Gewohnheiten, klären auf, verteilen Broschüren. Dies alles geschieht in ihrer Freizeit, denn alle haben einen festen Job mit normalerweise 40 Stunden pro Woche. Eine Bezahlung erhält niemand, Treffpunkt und Arbeitsplatz sind die Wohnungen von Freunden.

Kondome sind, wie überall in Afrika, unbeliebt. Viele Afrikaner glauben sogar, daß Kondome die Promiskuität fördern. Die Mitglieder der Gruppe wollen

einen Kondomgebrauch nicht erzwingen und beschränken sich zunächst auf Aufklärung.

Es ist beeindruckend, unter welchen Bedingungen und mit wieviel persönlichem Engagement eine Selbsthilfegruppe hier arbeitet. Und das in einem Umfeld absoluter Hoffnungslosigkeit, in der AIDS nur ein weiteres Problem von vielen anderen ist.

In Afrika, besonders in Südafrika, wird AIDS-Aufklärung erschwert auch durch die vielen verschiedenen Sprachen. Darüber hinaus haben die meisten Menschen weder Fernsehgerät noch Radio. Neben einigen Gruppen, die mit sog. „street dramas“ durch die Dörfer ziehen, ist die Idee eines Puppenspiels bemerkenswert. Hierzu wurde in einer der Video-Vorstellungen des Kongresses der Film „Puppets against AIDS“ gezeigt. Das Puppenspiel über AIDS soll als sog. „eye catcher“ oder „eye opener“ dienen und setzt sich über Sprachbarrieren leicht hinweg. Gary Friedman, ein Puppenspieler aus Kapstadt, hat die überlebensgroßen Puppen gefertigt, die Spieler steigen in die Puppen hinein. Sie sind dann ca. 2 m groß und auch von weitem gut sichtbar. Begleitet wird das Ganze von einer Band, die Live-Musik spielt. Der Sprecher (unverkleidet, nur im weißen Kittel) ist ein Schwarzafrikaner, Dr. Mike Mavelase, der den Spielverlauf in Englisch und Zulu erklärt. Er demonstriert u.a. die Anwendung von Kondomen und verteilt diese auch an Interessierte. Gespielt wird die Geschichte von Joe, der Sex mit verschiedenen Frauen hat. Am Ende ist er AIDS-krank. Während des Spielverlaufs werden alle notwendigen Informationen gegeben. Um die Handlung zu verstehen, muß man nicht unbedingt die Sprache beherrschen. Die Ursachen und der Verlauf der Krankheit werden mit Handfingerpuppen dargestellt, die Viren sind dabei grausig aussehende Wesen. Das Puppenspiel ist Teil des sog. African Research and Educational Programme. Das Geld kommt u.a. von der Muppet Show, Elisabeth Taylor usw. Friedman hat zu diesem Zweck verschiedene Stellen in den USA angesprochen. Er will weitere 500.000 US Dollar sammeln, um eine Tour durch Süd- und Zentralafrika zu starten. Finanzielle Unterstützung der südafrikanischen Regierung erhalten die Spieler nicht. Das würde Friedman auch nicht akzeptieren. „We are NGOs“, sagt er. Bisher hat man nur in der Gegend um Johannesburg (TRANSVAAL) gespielt, auf Straßen, in Krankenhäusern und in Supermärkten. Der Erfolg ist jedesmal unglaublich.

### Kolumbien

Unter schwierigen Bedingungen arbeiten auch die Gruppen in Lateinamerika. Manuel Velandia berichtete über die Erfahrungen in Bogota/Kolumbien. Er hielt seinen Vortrag in Spanisch, was einen kleinen Zwischenfall heraufbeschwor. Der Vorsitzende – ausgerechnet Martin Foreman vom PANOS-Institut – wies darauf hin, daß dies ein internationaler wissenschaftlicher Kongreß sei und die Kongreßsprache damit leider nun mal Englisch. Er wisse nicht, ob alle Anwesenden einen spanischen Vortrag akzeptieren würden. Nach kurzem Tumult im Saal und dem Hinweis der Dolmetscherin, sie übersetze selbstverständlich, konnte es dann losgehen. Später machten noch einige Südamerikaner ihrem Unmut über den Vorfall Luft. Die meisten Menschen, so Manuel

Velandia, die in Südamerika in sozialen Bereichen arbeiten, tun dies freiwillig und sind keine Wissenschaftler.

Zunächst kurz etwas zur allgemeinen Situation in Lateinamerika, Mexico eingeschlossen: In Lateinamerika kann man davon ausgehen, daß alle verheirateten Männer auch eine oder mehrere Freundinnen haben. Haben sie keine, dann haben sie Beziehungen zu anderen Männern. Bisexualität war und ist die Regel. Dies trifft auch auf die meisten karibischen Länder zu. Der Anteil der Bisexuellen an der Bevölkerung beträgt z.B. in Ecuador ca. 40%, in Brasilien und Mexico ca. 23%. Dadurch ist natürlich zu erklären, warum mehr und mehr Frauen HIV haben. Dr. Jean-William Pape, AIDS-Experte aus Port-au-Prince (Haïti) berichtet beispielsweise, daß Männer, die aus Geldnot homosexuelle Beziehungen zu nordamerikanischen Touristen hatten, gleich danach zu Prostituierten gingen, um sich zu „reinigen“. Obwohl Südamerika – und hier besonders Kolumbien – Hauptschlagplatz des Drogenhandels (Kokain) ist, ist intravenöser Drogengebrauch so gut wie nicht verbreitet. Allerdings scheint sich dies langsam zu ändern. Da Kokain bisher jedoch hauptsächlich geschnupft wird, scheidet dieser Übertragungsweg zunächst einmal aus.

Die ersten AIDS-Fälle wurden bei Homosexuellen und bei Empfängern von Blutprodukten verzeichnet. Bisher sind diese Gruppen immer noch die am stärksten betroffenen, ein Umschwung auf die heterosexuelle Bevölkerung ist aber bereits zu erkennen. Länder mit einem hohen Anteil von Frauen mit HIV/AIDS sind mit 35% Französisch Guyana (ohnehin das Land mit den meisten AIDS-Fällen weltweit – immer gemessen an der Einwohnerzahl) und Honduras mit 38%.

Als weitere HIV-Überträger werden für Brasilien die vielen Transvestiten genannt, die sich mit weiblichen Hormonen behandeln lassen und die auf dem Straßenstrich der großen Städte der Prostitution nachgehen.

Verglichen mit Afrika und vielen Ländern Asiens ist die medizinische Versorgung in Latein- und Zentralamerika relativ gut. Vieles ist allerdings in privater Hand. Wie bereits vorher erwähnt, geraten private Blutbanken und Privatpersonen, die Spritzen verabreichen, mehr und mehr unter Beschuß. Ein in europäischen Augen bestehendes Problem ist das absolute Fehlen von Datenschutz. Es wurde von einem Arzt aus Peru berichtet, der sich sachkundig und mit großem Einfühlungsvermögen um AIDS-Patienten kümmert, der allerdings sämtliche Patientendaten und den entsprechenden Krankheitsverlauf bis ins Detail in ein großes Buch einträgt, das jedem zugänglich ist. In Europa würde man aufschreien. Hier aber heißt es, sich mit den Gegebenheiten zu arrangieren und sich, soweit wie möglich, der bestehenden Situation anzupassen. Auch die schon früh gegründeten Schwulengruppen in Kolumbien erhielten keine finanzielle Unterstützung von staatlicher Seite. Eine offizielle Reaktion erfolgte erst zwei Jahre nach der Gründung. Die Gruppen begannen mit der Beratung und Unterstützung von Schwulen, kümmern sich aber inzwischen auch um Gefangene, Prostituierte, Militärangehörige (was in Lateinamerika sicherlich noch einmal eine ganz besondere Sache ist). Die „Grupo de ayuda e informacion, G.A.I.“, gegründet 1985, besteht aus z.Zt. 18 Mitgliedern, von denen nicht alle schwul sind. Mitglieder aus unterschiedlichen Berufen (Ärzte, Rechtsanwälte etc.) stellen hier ihre Freizeit zur Verfügung. Auch sie beraten, betreuen, vermitteln, machen streetwork in Bars und Saunen. Bis heute erhalten sie kei-

nerlei Gelder, nicht vom Staat und auch nicht von anderen ausländischen Organisationen. Trotzdem ist die Gruppe Teil der staatlichen Aufklärungsmaßnahmen. Viele Menschen in Kolumbien haben bis heute noch nichts von SIDA (AIDS) gehört, Kondome werden so gut wie gar nicht benutzt. Vernünftige Kondome findet man ohnehin nicht und schon gar kein Gleitmittel. „No tenemos dinero“ sagt Manuel. Auf die Frage eines Zuhörers, woher die Kondome in Kolumbien stammen, erhält er die Antwort „aus den USA“. Die Qualität sei miserabel. Auch Prostituierte benutzen kaum Kondome. Wie überall bieten die Freier viel Geld, wenn die Prostituierten es „ohne“ machen. Die Situation der Prostituierten in Lateinamerika ist oft erbärmlich.

Kondombenutzung ist aber nur eines von vielen Themen. Konzepte werden in Gruppen erarbeitet, verschiedene Seminare angeboten. Auch Drogenbenutzer werden inzwischen miteinbezogen, da es – wie bereits erwähnt – in Kolumbien offensichtlich mehr und mehr in Mode kommt, Kokain zu spritzen, anstatt zu schnupfen. Mit sog. „programas amplias“ werden oft bis zu 500 Menschen gleichzeitig erreicht. So lassen z.B. Freiwillige in Bars und Diskotheken die Musik für einige Minuten leiser stellen und sprechen kurz über die Übertragungswege von HIV. Man geht auf die Anwendung von Kondomen ein und verteilt dabei Broschüren. Diese sind etwas größer als eine Scheckkarte, damit man sie leichter in den Taschen verschwinden lassen kann. In Kolumbien denkt man, AIDS sei lediglich ein Problem der Schwulen, darum schämen sich die meisten, überhaupt mit dem Thema in Verbindung gebracht zu werden. Eine Wiederauflage von Broschüren ist nicht möglich, da keine Gelder vorhanden sind. Es gebe – so Manuel – auch eine Hot-Line, seine eigene Telefonnummer. Da auch er tagsüber arbeitet, leistet ein Anrufbeantworter gute Dienste und jeder Anrufer kann sicher sein, daß er auch zurückgerufen wird. In Bogota gebe es nach inoffiziellen Angaben 276 AIDS-Fälle. Die Organisation vermittelt bei Bedarf die notwendigen ärztlichen Kontakte. Die vermittelten Ärzte genießen das Vertrauen der Gruppe.

Selbsthilfegruppen in der „Dritten Welt“ haben mit zusätzlichen Problemen zu kämpfen, über die wir uns keine Vorstellungen machen: schlechte oder auch gar nicht vorhandene medizinische Versorgung, unzureichende Bedingungen, unter denen aufgeklärt werden muß, der ständige Geldmangel oder das völlige Fehlen von finanziellen Mitteln, eine teilweise hohe Analphabetenrate, oft schwerste Diskriminierungen verschiedener Gruppen in der Gesellschaft, Traditionen, Auseinandersetzungen mit vielfach uneinsichtigen Regierungen usw. Von einer am Kongreß teilnehmenden brasilianischen Gruppe wurde bekannt, daß alle Mitglieder die Reise zum Kongreß aus eigener Tasche gezahlt hatten! Unter diesen Umständen ist die Situation der Deutschen AIDS-Hilfe und der ihr angeschlossenen regionalen Gruppen wohl einmalig.

Ein weiterer, sich von der großen Mehrzahl abhebender Vortrag (sehr viele bestanden einfach nur aus Zahlen und wunderbaren Statistiken aller Art) kam von Patrick A. Twumasi von der University of Ghana, Department of Sociology. Der Titel: Poverty, Woman and AIDS.

## Ghana

Ghana hatte in den 70er und Anfang der 80er Jahre mit schweren wirtschaftlichen Problemen zu kämpfen. Viele Menschen gingen ins Ausland, d.h. in benachbarte afrikanische Länder und Frauen, die keine Arbeit fanden, arbeiteten als Prostituierte an der Elfenbeinküste. 1986 gab es erste Fälle von AIDS unter Prostituierten. Sehr viele Frauen gaben das Virus an ihre Kinder weiter, leugneten zwar die Prostitution, hatten aber zuvor an der Elfenbeinküste gelebt. Diese Kinder erkrankten bald, oft schon 6 bis 8 Monate nach der Geburt und starben nach spätestens einem Jahr. Patrick Twumasi sagte, Frauen seien in jeder Hinsicht die größten Leidtragenden der Krankheit. Von den 402 bekannten AIDS-Fällen seien 80% Frauen, davon wiederum die meisten Prostituierte. Betroffen sei meist nur die arme Bevölkerung, Schuld seien Einwanderer aus anderen afrikanischen Ländern. Die Bevölkerung wisse nicht, wie HIV übertragen werde. In Afrika gebe es eine „institutional discrimination“ von Frauen. Sie seien die ersten, die morgens aufstehen und die letzten, die abends schlafen gingen. Ist das Familieneinkommen gering, sind es die Frauen, die als erste die Schule verlassen müssen. Es sei daher für die AIDS-Aufklärung zunächst vorrangig, daß alte und verkrustete Traditionen und Regeln aufgebrochen würden, die traditionellen Nebenfrauen abgeschafft werden müßten. Der Bedarf an Schulbildung müsse gedeckt und Beratung und Aufklärung gewährleistet werden. Für all diese Prozesse sollten in jedem Fall die traditionellen Heiler gewonnen werden, denn nur auf diesem Wege sei ein Umdenken möglich. Eine Aufklärung der Frauen sei darüber hinaus zwingend notwendig. Von der Regierung unterbunden werden müsse auch der Mädchenhandel zur Elfenbeinküste. Dies alles von einem afrikanischen Mann zu hören, schien allein schon bemerkenswert. Eine sich zu Wort meldende Afrikanerin meinte allerdings: „Toll, was Sie da sagen. Aber warum müssen die Frauen aufgeklärt werden. Wie wäre es denn mal mit den Männern?“ – Großer Beifall.

## Elfenbeinküste

Beim ersten Auftreten von AIDS nannte man die Krankheit hier „Syndrome imaginaire pour décourager les amoureux“ (Imaginary syndrome for discouraging lovers). Die Verbreitung von HIV in Abidjan scheint inzwischen die Ausmaße von Kinshasa/Zaire angenommen zu haben, einer der am stärksten betroffenen Städte Zentralafrikas. Zweimal pro Woche gibt es Radiosendungen zu AIDS in nationalen Sprachen, Zeitschriften werben für Kondome. Mehr als 6 Mio. US Dollar sind für ein Kurzzeitprogramm (1989 - 90) zur Verfügung gestellt worden.

## Senegal

Moussa Seck aus Senegal wies endlich einmal darauf hin, daß die Kunden von Prostituierten ein mindestens so großes Übertragungspotential darstellen wie die Prostituierten selbst. HIV-II-Infektionen im Süden steigen enorm an und

sind jetzt bereits viermal häufiger als HIV I. Ein hoher Anstieg von Tuberkulose seit dem Auftreten von AIDS ist ebenfalls zu verzeichnen.

In Dakar unterscheidet man zwischen „street“ und „hotel prostitution“. Kondome werden so gut wie gar nicht benutzt. Da die Prostitution für die meisten Frauen das Überleben bedeutet, sei es sinnlos, sie davon abbringen zu wollen. Man müsse die Arbeit dann eben „safer“ machen. Die Tatsache, daß so viele Touristen in den Bars von Dakar verkehren und daß die Frauen dort am ehesten positiv würden, zeige deutlich, daß „AIDS never originated from Africa“, sondern daß es von außerhalb (woher auch immer) gekommen sei. Auf die Frage, warum HIV besonders unter Prostituierten zu finden sei, antwortete Moussa Seck, dafür habe er eigentlich keine Erklärung. Er vermute aber, daß es an den vielen Sexualpartnern liege. Als besonders gefährdete Gruppen für Senegal wurden genannt: Prostituierte, Menschen mit Blutübertragungen, Hämophile und i.v. Drogengebraucher. Ein Risiko seien weiterhin: die traditionellen Tätowierungen und die überlieferten Heilmethoden, bei denen Hautschnitte eine Rolle spielen. Auch hier wurden Fälle genannt, bei denen Frauen den Bruder des an AIDS verstorbenen Mannes heiraten mußten.

Geneviève Darbre, eine französische Ärztin, die lange in West-Afrika, in Senegal und an der Elfenbeinküste, gelebt und gearbeitet hat, berichtete im Vieraugengespräch, die Vortragenden würden z.T. über Dinge reden, die in der Realität so niemals zu finden seien. Über die Ursachen von AIDS dürfe – zumindest in West-Afrika – nicht öffentlich gesprochen werden. Von Regierungsseite komme da nichts und die Bevölkerung sei absolut nicht aufgeklärt. Die Vortragenden seien einzelne, deren Argumente und Meinungen nicht sehr weit reichen würden. Man spreche nicht darüber, daß kleine Mädchen in Touristenhotels verkehren und Frauen aus anderen afrikanischen Ländern täglich von Haus zu Haus gingen, dann alle 9 Monate schwanger würden usw. Diese Tatsachen seien aber für die Regierung ein Tabu.

## Zaire

In Kinshasa sind die Frauen deutlich stärker betroffen als die Männer, und zwar in einem Verhältnis 4,0 zu 2,3. Bila Kapita vom Hospital Mama Yemo in Kinshasa (auch hier wirken, wie so oft, Amerikaner im Hintergrund) sagte, der Hauptübertragungsweg sei, im Gegensatz zu Europa und den USA, ganz klar der heterosexuelle Sexualverkehr. Obwohl in Zaire Prostituierte oft kriminalisiert werden, haben verheiratete wie unverheiratete Männer sexuellen Kontakt zu Prostituierten und tragen so das Virus in ihre Familien und aufs Land.

## Uganda

Joseph K. Konde-Lule von der Makerere Universität in Kampala sprach darüber, daß oft bis zu 50% der Krankenhausbetten mit AIDS-Patienten belegt seien („AIDS in Rural Uganda“). Die Aufklärung über Übertragungswege sei weitaus wichtiger als die Aufklärung über Symptome etc. Auf dem Lande spielen dabei Hexenglauben und der Glauben an die traditionellen Heilmethoden eine wich-



tige Rolle. Der Glaube an eine Übertragung durch Mücken sei, wie in vielen anderen afrikanischen Ländern, immer noch weit verbreitet. Die Regierungsstrategie in Uganda wird gekennzeichnet durch Sprüche wie „One sexual partner or no sex“. Befragt, wie die Situation bei den Homosexuellen sei, antwortete Konde-Lule, in Uganda gebe es keine Homosexuellen. Am Tag zuvor war dies schon einmal von Jonathan K. Gaifuba vom Gesundheitsministerium zu hören gewesen: „We do not have this problem“. Ein Satz, der, wenn auch nur wenig Empörung, zumindest aber doch Verwunderung bei den Zuhörern auslöste. Präsident Yoweri Museveni rät vor allem zur Heirat und dies unbedingt, bevor man sexuelle Erfahrungen mache. Heirat könne die Ausbreitung von HIV einschränken. Er weist darauf hin, daß das übliche Brautgeld in Form von Kühen, Ziegen o.ä. Gütern nicht verlangt werden solle, weil es möglicherweise Heiraten verhindern könne. Dieser Brauch entmutige die jungen Männer. Außerdem soll ein Gesetz erlassen werden, das sexuelle Beziehungen zu Kindern und Jugendlichen unter 14 Jahren unter Strafe stellt. Vor allem die sog. „sugar daddies“, die sehr junge Mädchen zur Freundin nehmen, weil sie sich so u.a. vor einer HIV-Infektion sicher fühlen, sollen damit getroffen werden.

Peter Ssebjenjae von TASO in Kampala, einer der ersten Selbsthilfegruppen in Afrika überhaupt, berichtete: TASO betreut Menschen mit HIV und AIDS sowie deren Familien und sorgt für medizinische Versorgung. Die ersten Fälle wurden 1982 verzeichnet. Die meisten seien auf heterosexuelle Übertragung zurückzuführen. Gegründet wurde TASO von 16 Personen, von denen einige Betroffene in der Familie oder Freunde mit AIDS hatten, andere wollten gegen eine Ausgrenzung von Menschen protestieren. 1987 konnte ein Büro in einem Krankenhaus eröffnet werden. Dort führt man auch den Test durch. Die Getesteten können so direkt beraten und evtl. versorgt werden. Auch hier, wie überall, wird der Test nicht in Frage gestellt. Die Ziele der TASO sind: Beratung und Betreuung für Familien, in denen Angehörige mit HIV oder AIDS leben; Durchführung von Trainings-/Schulungsprogrammen; Bereitstellung von Materialien, Kleidung, Essen (food funding); z.Zt. wird das Programm ausgedehnt auf Heimbetreuung von AIDS-Kranken; Betreuung von Waisen, die aufgrund von verstorbenen AIDS-Patienten alleine stehen.

TASO ist inzwischen sehr bekannt geworden und wird zu den meisten internationalen AIDS-Konferenzen eingeladen.

Bekannt sind die vielen und schrecklichen Autounfälle in Zambia; Hinweise der Regierung auf einem Straßenschild: „Avoid AIDS and accidents – both kill“.

## Mexiko

Eine Gefährdung durch HIV konzentriert sich vor allem auf die drei größten Städte des Landes: Mexico City, Guadalajara und Monterrey. Nur 1,1% der bekannten AIDS-Fälle sind Drogengebraucher, ansonsten homo- und bisexuelle Männer. Nur wenige weibliche Prostituierte sind positiv, dagegen sehr viel mehr männliche. Eine sehr hohe Rate ergibt sich bei den Hämophilen, eine nur geringe bei Bluttransfusionen. Die Bisexualität trägt auch hier dazu bei, daß inzwischen mehr Frauen betroffen sind. Seit über einem Jahr bestehen Kontakte zum Colectivo Sol, einer schwulen Selbsthilfegruppe, die bereits 1981 gegrün-

det worden ist und die eng mit dem staatlichen Präventionskomitee CONASIDA (Comite Nacional de Prevencion des SIDA) zusammenarbeitet. Colectivo Sol gibt die inoffizielle Zahl der AIDS-Fälle mit mehr als 3.000 an. Am 1. 5. 1989 betrug die dem Gesundheitsamt offiziell gemeldeten Fallzahlen 2.468. Neben CONASIDA gibt es von staatlicher Seite noch CRIDIS, ein Informations- und Dokumentationszentrum zu AIDS.

CONASIDA wurde 1986 mit dem Ziel gegründet, durch Aufklärung und Information einer Ausbreitung von HIV entgegenzuwirken. Die Aufklärung erfolgt durch Broschüren, Radio-Spots und Multiplikatoren. Die Gruppe setzt sich aus Personen mit verschiedenen Berufen zusammen. Man berät, teilt Testergebnisse mit und unterstützt während der 15tägigen Wartezeit auf das Testergebnis. Auch hier wird die Frage „Test ja oder nein“ nicht gestellt. Rosalina Plascencia von CONASIDA berichtet, daß Schwule nach wie vor einer großen Diskriminierung ausgesetzt sind. Sind sie positiv, haben sie große Angst, als Schwule identifiziert zu werden. Bisexuelle verzichten aus dem gleichen Grund oft auf den Gebrauch von Kondomen. Hier müßten, so Rosalina, in erster Linie Schuldgefühle abgebaut werden. Die Schaffung eines neuen Bewußtseins in der Gesellschaft sei vorrangig.

Ein hervorragendes Video für die mexikanische Bevölkerung (vorwiegend mexikanische Immigranten) wurde vom Instituto de la Raza in San Francisco/California gezeigt. Das ungefähr 60 Minuten lange Video ist in Form der in Lateinamerika sehr beliebten „Telenovelas“ gedreht und läßt nichts aus: angesprochen wird Homo- und Bisexualität, Prostitution, Drogengebrauch, Heterosexualität sowie die Probleme, die die Gesellschaft im allgemeinen damit hat. Die Handlung ist – wie üblicherweise bei den Novelas – hochdramatisch, jedoch nie belehrend. Einziges Ziel ist die Aufklärung. Man kann sich leicht vorstellen, daß ein solcher Film bei sehr vielen Zuschauern „greift“. Die Telenovela ist auch als Heft (Fotos mit Text) erhältlich.

## Brasilien

Durch die Größe des Landes und dessen wirtschaftliche Schwierigkeiten sind die nicht-staatlichen Organisationen weitaus erfolgreicher als die offiziellen. Oft behindern jedoch Staat und Kirche deren Arbeit. Fernsehspots werden zensiert, die Kirche wehrt sich gegen Kondome. Bemerkenswert ist allerdings die Idee der Regierung, AIDS-Aufklärung zusammen mit der monatlichen Strom- oder Wasserrechnung zu verschicken (wobei aber gleich wieder anzumerken ist, daß die Armenviertel weder Strom- noch Wasseranschlüsse haben).

Ein Vortrag von Flavio Braune Wiik bezog sich auf „Street Teenagers and an AIDS Prevention Programme in Brazil“. Flavio ist Sozialarbeiter und „street kids educator“ in Rio de Janeiro. Überall in Zentral- oder Lateinamerika leben Kinder und Jugendliche auf der Straße – und von der Prostitution.

Auch in Brasilien gibt es einen plötzlichen Umschwung der HIV-Verbreitung auf Frauen, was mit der extrem hohen Rate von Drogengebern erklärt wird. Die Arbeit mit den Straßenkindern – hier vor allem sehr jungen Mädchen zwischen 12 und 14 Jahren – gestaltet sich extrem schwierig. Oft würden diese Mädchen schwanger, würden dann auch Mutter und wüßten nicht einmal, wie

das überhaupt passiert sei. Aufgeklärt wird hier mit Comics in der Sprache der Straßenkinder. Die AIDS-Aufklärung ist hier also nur ein ganz kleiner Teil der Arbeit. Flavio betonte, es sei sehr wichtig zu wissen, ob man positiv sei oder nicht. Um sich ein Urteil über Sinn oder Unsinn einer solchen Aussage zu bilden, müßte man die dortigen Bedingungen sehr viel besser kennen.

### **Ecuador**

Wieder einmal war der Vortragende ein Amerikaner, Roy A. Ringenberg, der das Gesundheitsministerium und das Ecuadorianische Rote Kreuz vertrat. Seine Landes- und Sachkenntnisse waren jedoch ausgezeichnet.

In Ecuador gibt es wenig Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko. Das größte Problem ist nach wie vor „sicheres“ Blut. Wie in allen lateinamerikanischen Ländern gibt es kleine sog. „Gesundheitsstationen“, wo relativ unausgebildete Leute gegen Bezahlung Injektionen verabreichen. Die hygienischen Bedingungen, unter denen das geschieht, sind für europäische Verhältnisse oft erschreckend. Häufig finden Blutübertragungen sogar von Person zu Person statt. Unterschieden wird zwischen den „deutlich erkennbaren“ (woran auch immer) Schwulen und den vielen Bisexuellen, die sich als solche nicht zu erkennen geben. Es hat Fälle gegeben, bei denen bisexuelle Männer ihre Bisexualität bis zum Tod durch AIDS geleugnet haben. Drogen werden kaum injiziert, positive Hämophile scheint es nicht zu geben, bisher auch keine positiven Prostituierten. Bekannt ist ein positiver Gefangener, der allerdings vorher in den USA lebte. Die Infektionsrate in Quito (Hochland) ist deutlich höher als die in Guayaquil (Hafenstadt).

1988 betrug die Zahl der gemeldeten AIDS-Fälle 45. Seit Ende 1987 wird Blut in den Blutbanken des Roten Kreuzes in Guayaquil und Quito auf HIV-Antikörper getestet.

### **Karibik**

Die meisten Karibikinseln sind zu klein, um ein unabhängiges Gesundheitssystem zu haben. Nahezu alle gehören zum Caribbean Epidemiology Center (CAREC), das 1975 gegründet worden ist. Guayana, Surinam und Belize sind als südamerikanische Länder ebenfalls angeschlossen. Kontakte zu CAREC konnten auf dem Kongreß geknüpft werden.

Erste AIDS-Fälle wurden 1983 aus Trinidad gemeldet. Wie aus der „Weltrangliste“ ersichtlich, ist die Karibik extrem von AIDS betroffen, besonders hohe Raten zeigen Bermuda und die Bahamas. Es trifft besonders die junge heterosexuelle Bevölkerung. 1986 war das Verhältnis männlich : weiblich noch 6 : 1, inzwischen liegt es bei 2,6 : 1. CAREC bietet Labortests, Aufklärungsmaterialien und u.a. auch Handschuhe an. Inseln, die über keine eigene Testmöglichkeit verfügen, können Tests auch bei CAREC durchführen lassen. CAREC funktioniert außerdem als Koordinator der WHO (WHO's international programme on AIDS). Besonders auf den zu Frankreich gehörenden Inseln Martinique, Guadeloupe und in Französisch Guyana weitet sich die heterosexuelle Übertragung

zunehmend aus. Die ersten Fälle fand man bei Schwulen in Haiti, der Dominikanischen Republik und auf Puerto Rico, wohl dadurch, daß die Länder beliebte Urlaubsziele schwuler Männer aus den USA waren. In der Dominikanischen Republik und in Honduras sind bereits ca. 30% der Betroffenen Frauen. Es handelt sich dabei nicht um Drogengebraucherinnen.

### **Haiti**

Dadurch, daß Anfang der 80er Jahre Haitianer zur „Risikogruppe“ erklärt wurden (dies widerlegt eine Studie haitianischer Ärzte von 1983), litten die Haitianer im Ausland unter großer Isolation. Allein in New York City gibt es mehr als 300.000 haitianische Immigranten. Der Tourismus, die zweite Haupteinnahmequelle des Landes, ging dramatisch zurück; wie schon erwähnt, eine Katastrophe für eines der ärmsten Länder der Welt.

Normalerweise wird – zumindest in den westeuropäischen Ländern und den USA – die Präventionsbotschaft u.a. per Postwurfsendung verteilt. In Haiti, wo die Menschen – außer vielleicht in den beiden Städten Port-au-Prince und Cape Haitien – in notdürftigen Wellblechverschlägen oder Hütten aus Karton leben, wo die Menschen in Schichten schlafen müssen, ist dies schon schwieriger. Als eines der am meisten von AIDS betroffenen Länder ist Haiti auch eines mit dem geringsten Pro-Kopf-Einkommen (ca. 33 US-Dollar pro Jahr). In Port-au-Prince kommt ein Arzt auf 5.000 Einwohner, auf dem Land, wo immerhin 2/3 der Einwohner leben, ein Arzt auf 40.000. Man nimmt an, daß jeder 10. Einwohner von Port-au-Prince HIV hat. Virusinfektionen und Parasitenerkrankungen sind an der Tagesordnung. Spritzen werden, wie in Südamerika, oft von Leuten verabreicht, die keine medizinische Ausbildung haben. Noch 1982 waren nur 12% der an AIDS Erkrankten Frauen, 1986 waren es bereits 40%.

Kultur und Tradition Haitis, tiefverwurzelt und allgegenwärtig, müssen in die AIDS-Aufklärung mit einfließen. Die unter haitianischen Immigranten in New York und Kanada verteilten Aufklärungsbroschüren wurden zwar in Französisch und Creole herausgegeben, von den Haitianern jedoch in dieser Form nicht akzeptiert. Sie richteten sich in der Hauptsache an Schwule und Drogengebraucher, womit sich die Haitianer nicht angesprochen fühlten.

### **Dominikanische Republik**

Die Dominikanische Republik, die zusammen mit Haiti die Insel Hispaniola bildet, hat eine Einwohnerzahl von 6,5 Mio. Menschen. 250.000 haitianische Migranten, aufs äußerste verachtet, helfen jährlich bei der Zuckerrohrernte und erhalten dafür einen Hungerlohn, um den sie oft auch noch betrogen werden. Sie leben in eigenen Camps und hausen in menschenunwürdigen Unterkünften.

Die Dominikanische Republik war durch Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums in Santo Domingo beim Kongreß vertreten. Unter dem Titel „The Wave-Like Progression in the Dominican Republic“ sprach Dr. Antonio de Mayo über das beunruhigende Ansteigen von Fällen heterosexueller Übertragung. 1983

gab es erste Fälle bei Homosexuellen, 1985 erste Fälle bei Frauen. Inzwischen machen schwule Männer nur noch 25% der Fälle aus. Drogenkonsum ist auch hier kein Thema, Erfahrungen mit Kindern hat man bisher noch nicht gemacht.

Viele Dominikaner leben in New York City, viele Frauen arbeiten als Prostituierte im Ausland.

Ein interessantes Projekt stellte Ernesto Guerrero vor: „AIDS in Prostitutes, A Dominican Experience“. Die durchschnittliche Prostituierte in Santo Domingo ist sehr jung, Durchschnittsalter etwa 24 Jahre, normalerweise hat sie zwei Kinder. Das Gesundheitsministerium hat 300 Prostituierte ausgebildet, die Informationsbroschüren verteilen und ihre Kolleginnen aufklären. Die Frauen werden von ausgebildeten Sozialarbeiterinnen, Psychologen usw. unterstützt. Alternativenprogramme für Prostituierte werden angeboten. Dies geschieht oft in Zusammenarbeit mit kirchlichen Organisationen, die bekannterweise in Südamerika sehr rege sind und in den meisten Fällen zweifellos gute Arbeit leisten. Seit März 1983 gibt es eine mobile klinische Versorgung für Frauen. Jede (erreichbare) Prostituierte erhält monatlich kostenlos 50 Kondome. Die meisten Frauen arbeiten weiterhin „ohne“, um ihre Kunden nicht zu verlieren. Der Erfolg solcher Programme ist in der Praxis eher zweifelhaft, besonders in „Dritte-Welt“-Ländern, wo sehr viele andere und ineinandergreifende Probleme eine entscheidende Rolle spielen. Der Projektansatz ist aber zweifellos erfolgversprechend.

Schwulengruppen klären in Discos und Bars auf, inzwischen gibt es sogar eine erste Schwulenzeitschrift. In Gefängnissen werden – nach Auskunft der Regierungsvertreter – Kondome frei verteilt.

Einen beeindruckenden Vortrag hielt außerdem Nelson Didiez, ebenfalls vom Gesundheitsministerium, zum Thema „The Gaga Baptism of the Condom, Folklore and Religion as Adjuncts of AIDS Prevalence among Haitian Migrant Agricultural Workers in the Dominican Republic“. Er berichtete, mit welchen Mitteln Aufklärung unter den haitianischen Migranten betrieben wird. Dominikanische Gesundheitsarbeiter besuchen die Lager und verteilen Broschüren in Französisch und Creole. Das gesamte Material ist auf den haitianischen Kulturkreis zugeschnitten. Bei diesem Vortrag waren sehr viele Haitianer anwesend, die anschließend aber leider sehr schnell gingen, so daß sie nicht mehr nach ihrer Meinung befragt werden konnten. Das Einbinden von AIDS-Aufklärung in die Karnevalsfeiern oder die Umzüge in der Karwoche (ra ra) klingt theoretisch zwar genial und sehr sachkundig, in der Praxis sind jedoch Zweifel angebracht, ob die dominikanische Regierung das auch tatsächlich leistet. Kennt man die Situation der haitianischen Arbeiter, glaubt man daran jedenfalls nicht. Angeblich erhalten positive Haitianer freie Kondome. Bedenkt man, daß sie oft nicht einmal ihren Lohn erhalten, muß man auch hier zumindest zweifeln. In den Lagern der Haitianer gibt es Lebensmittelläden, in denen sich die „Congos“ genannten Haitianer nach altbewährtem südamerikanischen Prinzip verschulden müssen. Die freie Kondomvergabe paßt daher nicht so recht ins Bild. Man muß eher vermuten, daß die positiven Haitianer schlichtweg abgeschoben werden.

## Trinidad

Godfrey Sealey, ein Stückeschreiber aus Trinidad, der sich mit seiner Gruppe während der Mittagspause im Teil „Music, Performance and Social Changes“, AIDS Education From Various Parts of the World, vorstellte, führt „street dramas“ zur AIDS-Aufklärung auf. Sein Stück „One of Our Sons is Missing“ soll die Furcht vor AIDS nehmen und den Menschen die wirklichen Probleme zeigen. Stücke dieser Art, die an Schulen und auf öffentlichen Plätzen gezeigt werden, bieten nicht nur gute Aufklärungsmöglichkeiten, sondern fördern auch die Verhaltensänderung, so Sealey. Die notwendigen Gelder stammen z.T. vom Norwegischen Roten Kreuz. Ein solches Stück bringe die Leute dazu, sich um Menschen mit AIDS zu kümmern, anstatt Botschaften von Angst und Tod zu verbreiten. Besonders während des Karnevals werden die entsprechenden symbolhaften Puppen eingesetzt. Die Truppe zeigt sich in bunten, traditionellen Kostümen, und eine der Puppen, die im Karneval nicht fehlen darf, ist als Symbol besonders schön: „She's not a woman or a man. She's just there.“

## EINIGE ANMERKUNGEN ZU MONTREAL

Norbert Specht

Der V. Internationale AIDS-Kongreß in Montréal Anfang Juni 1989 sollte einen Überblick geben über die weltweiten Anstrengungen, die sich durch die Herausforderungen der AIDS-Epidemie in wissenschaftlicher, therapeutischer, politischer und sozialer Hinsicht ergeben. Für jeden Teilnehmer, der versucht hat, sich in dem großen Angebot von Vorträgen und Diskussionen zurechtzufinden, war es offensichtlich, daß dieser Kongreß überladen war, überladen an Themen und an Teilnehmern. Ursprünglich für 7.000 Teilnehmer geplant, wurden knapp 12.000 Teilnehmer aus 130 Ländern zugelassen. Über 200 Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen standen auf der Tagesordnung; mehr als 1.000 Redner stellten ihre Beiträge vor, zusätzlich wurden 3.600 Poster präsentiert. Dazu kam ein ganzes Heer von Presseleuten.

Aus medizinischer Sicht war die Konferenz ziemlich enttäuschend. Wohl niemand hat den großen Durchbruch erwartet. Daß die Teilnehmer aber mit so vielen uninteressanten Publikationen und Vorträgen gelangweilt wurden, war schon sehr erstaunlich. Viele Vorträge waren von rein akademischem Interesse. Andere hingegen waren zwar vom Thema her interessant, jedoch wegen kurzer Dauer der vorgestellten Studien oder kleiner Teilnehmerzahl an den Studien noch nicht publikationswürdig. Dies wird wahrscheinlich zur Folge haben, daß die Themenauswahl der Referate und Poster für die nächste Konferenz wesentlich strenger, sprich wissenschaftlicher, geführt werden wird.

Im Gegensatz zu den bisherigen internationalen AIDS-Kongressen war diesmal der psychosoziale Aspekt sehr stark vertreten. Endlich gewinnen die sich durch HIV ergebenden individuell psychologischen wie auch gesamtgesellschaftlichen politischen und wirtschaftlichen Probleme immer mehr an Interesse. Allerdings muß auch hier, wie bei dem vorher genannten Themenbereich, nach Effizienz und Sinn vieler Veröffentlichungen und Studien gefragt werden.

Ein sehr stark vertretener Aspekt drehte sich um die Konsequenzen der HIV-Epidemie in Ländern der „Dritten Welt“. In diesem Zusammenhang ist besonders die Tatsache problematisch, daß dort Untersuchungen und Studien durchgeführt werden, die man eindeutig als unethisch oder ethisch zweifelhaft bezeichnen könnte. Zum Wohle rein wissenschaftlicher Erkenntnis und persönlicher Ruhmesehre wurden sie aber trotzdem durchgeführt. Daneben muß allerdings auch angemerkt werden, daß es eine ganze Reihe von Selbstdarstellungen der erstarkenden Betroffenenorganisationen in diesen Ländern gab.

Eine Reihe von Betroffenengruppen und -organisationen nutzten den V. Internationalen AIDS-Kongreß als Forum, um ihre Belange vorzubringen und ihr



Mitspracherecht einzuklagen. Dies führte häufig zu Konfrontationen zwischen Wissenschaftlern und somit vor allem der Medizin auf der einen Seite und den Forderungen der Betroffenen auf der anderen Seite. Leider eskalierten solche Treffen häufiger bis hin zu der Konsequenz eines Hinauswurfs. Einige Wissenschaftler, z.B. Gallo, weigerten sich aufzutreten, um von vornherein solchen Konfrontationen aus dem Weg zu gehen. Meiner Einschätzung nach haben sich diese Organisationen durch solches Verhalten teilweise selbst ein Bein gestellt. Wie aus Gesprächen mit den Organisatoren der nächsten Konferenz bekannt wurde, wird man versuchen, solche Treffen zu unterbinden. Aufgrund der gemachten Erfahrungen, zum einen solche Konfrontationen und zum anderen die Überladung des Kongresses mit uninteressanten Veröffentlichungen betreffend, wird man auf der nächsten Konferenz den Versuch machen, nur noch medizinisch hochqualifizierte Vorträge zuzulassen. Dazu gehört auch, daß die Mediziner und Wissenschaftler unter sich bleiben und keine Diskussion mit Betroffenen und Betroffenenorganisationen wünschen. Gerade eine solche Konferenz bietet aber ungeahnte Möglichkeiten, endlich die Kluft zwischen Wissenschaft auf der einen Seite und Betroffenen auf der anderen Seite zu verringern, indem sie das Forum schafft für den notwendigen Dialog. Um die dafür nötigen Strukturen zu schaffen, sollten sich alle Beteiligten beizeiten zusammensetzen.

#### Überblick über die Therapieansätze

Die meisten Fortschritte bei HIV-Infektion und AIDS hat die Medizin in den letzten ein bis zwei Jahren auf dem Gebiet der Therapie opportunistischer Infektionen erzielt. Hier liegt auch für die nächste Zukunft der Schwerpunkt. Am bekanntesten dürfte das Medikament Pentamidin in Aerosol-Gebrauch sein, was mit sehr großer Effizienz einen Ausbruch der *Pneumocystis carinii* Pneumonie (PCP) verhindern kann.

In Bezug auf antivirale Medikamente, bei denen momentan das AZT (Zidovudin, „Retrovir“) als einziges regulär zugelassen ist, wird versucht, weniger toxische Substanzen zu entwickeln. Auf diesem Gebiet gibt es eine Reihe von hoffnungsvollen Ansätzen, wie z.B. die Therapie mit CD4-Rezeptoren oder DDI.

Eine Verringerung toxischer Nebenwirkungen bei antiviralen Therapien versucht man auch durch die Kombination von AZT mit einigen der oben beschriebenen Medikamente zu erreichen. Allerdings muß gesagt werden, daß alle bisherigen Ergebnisse nur auf zeitlich sehr begrenzten Studien beruhen.

Großes Aufsehen in Montréal hat die sogenannte Intervalltherapie mit AZT erregt. Nach mehrwöchiger AZT-Therapie mit steigender Dosierung wird für ca. 4 Wochen eine Einnahmepause eingelegt, um dem Körper die Möglichkeit zu geben, die durch das Medikament hervorgerufenen Nebenwirkungen wieder auszugleichen.

Neben diesen Therapiemöglichkeiten gibt es eine Reihe von sogenannten Impfstoffen unterschiedlicher Ansätze, die eine HIV-Infektion verhindern sollen. Hier ist eine Einschätzung wesentlich schwerer zu treffen, da es z.B. an wirklich geeigneten Studien fehlt. Allerdings versprechen sich von diesem Forschungsbereich viele Wissenschaftler einen effizienten Durchbruch bei der Bekämpfung der HIV-Epidemie.

#### Ethische Standards von HIV-Studien

Durch die Bedrohung mit HIV sehen sich viele Menschen und letzten Endes auch ganze Gesellschaften und Staaten einer längst totgesagten Gefahr ausgesetzt: einer Epidemie. AIDS kam, als die Menschheit sich vor großen Epidemien sicher fühlte. Die damit erneut aufgekommenen zentralen gesellschaftlichen Probleme treffen momentan im Kern leider auf die gleichen Grundmuster von individueller und gesellschaftlicher Abwehr, wie es bei historischen Epidemien war. Diese Abwehrmuster sind nicht neu und nicht AIDS-spezifisch, neu hingegen sind die Verteidigungsmuster und die Kraft der Betroffenen. Unendlich viel Arbeit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene hat dazu geführt, daß langsam aber sicher ethische Standards bei der Frage von Studien mehr und mehr in das Problembewußtsein der Durchführenden gerät. Auf einer Vorkonferenz des V. Internationalen AIDS-Kongresses in Montréal, die ebendort stattfand und die von sogenannten Non-governmental-organisations durchgeführt wurde, sowie in einigen Beiträgen auf dem Kongreß selbst, wurde eine ganze Palette von ethischen Richtlinien zur Durchführung von Studien im HIV/AIDS-Bereich aufgeführt. Zusammenfassend sieht das sogenannte Ethische Protokoll wie folgt aus: Zunächst einmal muß es allen Beteiligten klar sein, daß es sich um eine Studie handelt. Dies bedeutet, daß der Arzt, die Ärzte, das Krankenhaus oder wer auch immer eine Studie durchführt, dem Teilnehmer klar und deutlich machen, daß er Teilnehmer ist. Jede Teilnahme darf nur freiwillig erfolgen. Die Abwägung, ob jemand sich zu diesem Schritt entschließt, muß zur Voraussetzung haben, daß Informationen über alle Risiken und Auswirkungen dieser Studie bekanntgegeben werden. Dies beinhaltet auch politische und soziale Folgen, die sich unter Umständen aus einer Studienteilnahme ergeben (z.B. durch Datenerhebung). Dazu gehört auch, daß keine unrealistischen Hoffnungen und Erwartungen bei den Teilnehmern erweckt werden. Da Studien in partnerschaftlichem Arzt-Patient-Verhältnis durchgeführt werden sollten, muß das Studiendesign sowohl im Vorfeld als auch während und nach der Durchführung mit den Teilnehmern diskutiert werden. Dabei muß das Studienprotokoll so flexibel gehalten werden, daß neue Erkenntnisse und Erfahrungen adaptiert und in das Design mit eingearbeitet werden können. Zwingende Voraussetzung für Studien ist die absolute Anonymität der Studienteilnehmer sowie deren Einbeziehung nur nach expliziter Zustimmung zum Studienprotokoll. Die Studienbetreiber müßten den Teilnehmern garantieren, daß diese das Medikament auch nach Auslaufen der Studie weiter erhalten können, wenn es ihnen nützt. Die Studienbetreiber müssen sich darüber im klaren sein, daß viele Teilnehmer neben der eigentlichen Medikation im Rahmen der Studie auch das Bedürfnis haben werden, z.B. Prophylaxe zu betreiben oder andere Medikamente, von denen sie glauben, daß sie ihnen helfen, einzunehmen. Insofern ist es besonders wichtig, daß sich beide Seiten genau über das Studienprotokoll unterhalten und darüber im klaren sind, daß hier keine Reagenzglasforschung betrieben wird. Den meist ohnehin schon wirtschaftlich sehr geschädigten Studienteilnehmern dürfen durch die anfallenden Untersuchungen keinerlei Kosten entstehen. Außerdem muß dafür gesorgt werden, daß zugelassene Medikamente zu einem für alle bezahlbaren Preis angeboten werden. Hier darf keine Zwei-Klassen-Medizin entstehen. Um unnötige und überflüssige Studien

zu vermeiden, sollten die Wissenschaftler dafür sorgen, daß es ein allen zugängliches internationales Register für klinische Studien gibt. Nur so kann man Doppelstudien vermeiden, und nur so kann von bisher gemachten Erfahrungen profitiert werden. Individuelles Karrierestreben sollte hier zum Wohle der Betroffenen absolut zurückstehen. Die sogenannten „Effizienzkriterien“ der Studien müssen neu und anders definiert werden. In vielen, z.B. AZT-Studien, wird als Effizienzkriterium der Tod bzw. besser gesagt der Nicht-Tod des Patienten angesehen. Als Effizienzmaßstab von Medikamentengabe und Studiendesign sollte hier die Frage von Lebensqualität, die sehr häufig nur individuell beantwortet werden kann, mit in das Kalkül einbezogen werden.

## SPRITZENAUSTAUSCH- UND METHADON- PROGRAMME FÜR INTRAVENÖS DROGENGEBRAUCHENDE (I.V. DU'S) ALS INSTRUMENTE DER AIDS-PRÄVENTION

Ingo Michels

Inhaltsverzeichnis dieses Kapitels

---

<b>1.</b>	<b>Epidemiologie von i.v. Drogenkonsum und HIV/AIDS</b>	<b>35</b>
1.1	HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in den USA	35
1.2	AIDS- und HIV-Prävalenz unter i.v. Drogenkonsumenten in New York City	37
1.3	HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in Europa	40
1.3.1	HIV-Prävalenz unter i.v. DUs in Stockholm (Schweden)	40
1.3.2	HIV-Prävalenz unter i.v. DUs in Oslo (Norwegen)	42
1.3.3	Jährliche HIV-Prävalenz unter i.v. DUs in Amsterdam (Niederlande)	42
1.3.4	HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in Süd-London (England) im Vergleich zu Edinburgh (Schottland)	43
1.3.5	Ein vergleichendes Monitoring der HIV-Ausbreitung unter i.v. DUs in Hamburg und Berlin (Bundesrepublik Deutschland)	43
1.3.6	HIV-Infektionen unter i.v. DUs in Polen	45
1.3.7	HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in Italien	45
1.3.8	Einige Notizen zur HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in Bangkok (Thailand), Buenos Aires (Argentinien) und Hongkong	47
1.3.9	Drogenkonsum und Frauen	49
<b>2.</b>	<b>HIV-Prävalenz bei Frauen und Kindern im Kontext von AIDS</b>	<b>51</b>
2.1	HIV-Prävalenz unter Frauen im Frankfurter Raum	51
2.2	HIV-Seroprävalenz unter Frauen in den USA	51
2.3	HIV-Infektionen unter Frauen in Kopenhagen/Dänemark	53
<b>3.</b>	<b>HIV-Infektionen und Prävention in Gefängnissen</b>	<b>54</b>
3.1	AIDS-Prävention im Gefängnis in New York City, USA	54
3.2	HIV-Prävalenz in norditalienischen Gefängnissen	55
3.3	HIV-Prävalenz in einem Gefängnis in Madrid, Spanien	55
3.4	Inhaftierte als peer-group zur AIDS-Prävention in Australien	56
3.5	Gefängnisprojekt zur AIDS-Prävention in Oslo, Norwegen	56
3.6	HIV im Gefängnis: Ein Testfall für Menschenrechte	57
<b>4.</b>	<b>Spritzenaustauschprogramme und Verhaltensänderungen</b>	<b>57</b>
4.1	Spritzenaustauschprogramme in den USA	57
4.1.1	Needle-Sharing Erfahrungen in San Francisco, USA	60

4.2	Der Einfluß von Politik und Gesetzgebung auf Spritzenaustauschprogramme in Canada	61
4.3	Der Effekt eines Spritzenaustauschprogrammes nahe einer Methadonbehandlung in Sydney, Australien	61
4.4	Ein HIV-Präventions-Spritzenaustauschprogramm in Lund, Schweden	61
4.5	Spritzenaustausch in Zentral-London, Großbritannien	62
4.6	Verhaltensänderungen bei französischen i.v. DrogengebraucherInnen	62
<b>5.</b>	<b>AIDS-präventive Wirkungen der Vergabe von Methadon</b>	<b>63</b>
5.1	HIV-Seroprävalenz und -Serokonversionen in US-amerikanischen Methadon-Behandlungsprogrammen	63
5.2	Medizinische und psychologische Effekte einer Methadon-Behandlung auf HIV-positive i.v. Drogengebraucher in Münster, Bundesrepublik Deutschland	65
5.3	Auswirkungen einer Methadon-Behandlung in Wien, Österreich	66
<b>6.</b>	<b>Kokain/Crack-Konsum und HIV/AIDS-Prävention</b>	<b>66</b>
<b>7.</b>	<b>Drogenkonsum, Sexualverhalten und HIV/AIDS-Prävention</b>	<b>67</b>
<b>8.</b>	<b>Klinische Symptome bei AIDS-erkrankten i.v. DrogengebraucherInnen</b>	<b>69</b>
<b>9.</b>	<b>Mortalität und AIDS</b>	<b>70</b>
	Resumée	70

Obwohl nach wie vor i.v. DrogengebraucherInnen zu den am stärksten von AIDS bedrohten und betroffenen Menschen gehören und zumindest in den USA und Europa die zweitgrößte (regional z.T. die größte) „Hauptbetroffenen-gruppe“ unter den AIDS-Vollbilderkranken darstellen, widmeten sich keineswegs genügend Beiträge in Montréal dieser Problematik: nur rund 200 der 7000 Präsentationen oder Poster (also nur ca. 3%). Folgender Faktor spielt hierbei eine ‚negative Rolle‘: nennen wir ihn den ‚kolonialistischen Forschungsstandpunkt‘. Gemeint ist der Umstand, daß i.v. DrogengebraucherInnen als kriminalisierte und ausgegrenzte Gruppe innerhalb der Gesellschaft auch als ‚Objekte‘ von Forschung ihrer Selbstbestimmung weitgehend beraubt sind. Sie verfügen auch nicht – anders als die in Montréal offensiv auftretende Gruppe von PWAs (People with AIDS) und ‚act up‘-Aktivisten aus hauptsächlich politisch aktiven VertreterInnen von Schwulen-, Lesben- und Prostituiertengruppen – über ein organisiertes Selbsthilfepotential (außer etwa in den holländischen Junkie-bonden).

Besonders deutlich wurde dieses Defizit herkömmlicher Sozialwissenschaft und -forschung am Beispiel der vielen Studien aus den USA: obwohl hier ethnische Minderheiten, nämlich Schwarze und Latinos, unter den betroffenen i.v. DrogengebraucherInnen eine Mehrheit darstellen, waren die Wissenschaftler, die die Studien vorstellten, ausnahmslos Weiße. Der ‚Kolonialismus‘ drückt sich zudem darin aus, daß nahezu alle mündlichen Präsentationen in diesem Bereich von Wissenschaftlern und Politikern aus den USA bestritten wurden, obwohl die Problematik und auch die Vorschläge zur Prävention und zum gesellschaftlichen Umgang in Europa und Asien zumindest ebenso von Bedeutung sind wie in den USA.

Nachfolgend sollen die wichtigsten Ergebnisse – soweit sie zugänglich waren – vorgestellt werden.<sup>1</sup> Dies ergibt vielleicht kein vollständiges, aber doch ein einigermaßen übersichtliches Bild des gegenwärtigen Wissens- und Forschungsstandes über die HIV/AIDS-Problematik unter i.v. DrogengebraucherInnen in den USA, Europa und Südostasien.

## 1. Epidemiologie von i.v. Drogenkonsum und HIV/AIDS

---

### 1.1 HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in den USA

In 44 Behandlungseinrichtungen von 29 großstädtischen Gebieten<sup>2</sup> wurden zwischen 1988 und 1989 im Auftrag der Centers for Disease Control (CDC) die Seren von über 22.000 i.v. DUs anonym auf HIV-Antikörper untersucht. Erste Ergebnisse aus 7 großstädtischen Gebieten zeigen eine HIV-Seroprävalenz zwischen 0% und 42,7%. In dichtbevölkerten Gebieten war die Infektionsrate höher, ebenso dort, wo die Einstiegsdroge Kokain war (14,2% im Unterschied zu 9,1% bei anderen Drogen). Schwarze i.v. DUs wiesen eine höhere Prävalenz auf als weiße (12,7% zu 5,2%). In einer differenzierten epidemiologischen Studie zur AIDS-Prävalenz unter i.v. DUs in den USA<sup>3</sup> wurde darauf verwiesen, daß 1988 von den AIDS-Vollbilderkrankungen in den USA 21.914 i.v. DUs waren,

davon 57% heterosexuelle Männer, 27% homosexuelle Männer und 16% Frauen (der Anteil der homo-/bisexuellen Männer unter i.v. DUs ist in den USA deutlich höher als in der Bundesrepublik).

In einer Studie von Wood et al.<sup>4</sup> über die HIV-Prävalenz unter verschiedenen Gruppen von i.v. DUs in Seattle (Washington) ergaben sich folgende unterschiedliche Daten:

**Tabelle 1  
HIV-Prävalenz unter i.v. DUs in Seattle**

	APP* getestet davon HIV/ AK+ in %	Gefängnis	Straße	Entgiftung	Gesamt
homo-/ bisexuell	356 30,3%	31 6,5%	11 27,2%	10 30,3%	408 28,2%
andere Männer	265 4,2%	82 2,4%	15 0%	101 5,0%	463 3,9%
Frauen	234 2,6%	48 4,2%	7 0%	36 1,8%	345 2,6%
Zusammen	855 14,6%	161 3,7%	33 9,1%	167 5,4%	1216 11,8%

\* AIDS Prevention Project (APP)

In dieser Studie waren männliche i.v. DUs, die Sex mit Männern hatten, überdurchschnittlich HIV-AK+.

Zu anderen Ergebnissen kommt hingegen eine Studie von Nancy H. Corby aus Long Beach, Kalifornien.<sup>5</sup> Hier wurden 325 Street-junkies zwischen Juni und September 1988 befragt (66% Männer, 34% Frauen). 44% waren Weiße, 35% Schwarze, 16% Latinos und 5% waren Asiaten und anderer Herkunft. Von 193 i.v. DUs war der Serostatus bekannt. Die Hauptdroge war Heroin (75%), Kokain wurde von 34% injiziert, „speedballs“ (Heroin/Kokain) von 28% und Amphetamine von 13%. Needle-sharing berichteten 88%. Allerdings gaben 70% der Befragten an, ihr Spritzbesteck in 3/4 aller Fälle der Benutzung zu reinigen, entweder mit Bleach oder Alkohol (73%) oder Wasser (27%). 42% gaben an, Nicht-Drogenkonsumenten als Sexualpartner zu haben, und bei 18% wußten die Sexualpartner nichts von der Drogenabhängigkeit. 61% waren in den letzten 9 Monaten zeitweise in Drogenbehandlungsprogrammen. 5,2% der Getesteten waren HIV-AK+ (9 Männer, 1 Frau). Es gab keine signifikanten Unterschiede bei homo/bisexuellen und heterosexuellen Männern in Bezug auf den Serostatus, ebenfalls waren die sexuelle Orientierung und Prostitutionserfahrungen keine spezifisch höheren Risikofaktoren. Auffällig war, daß ein großer Teil der i.v. DUs sein Verhalten verändert hat in Bezug auf Desinfektion des Spritzbestecks und die Annahme von Hilfsangeboten.

Eine Studie aus Worcester in New England<sup>6</sup>, die etwa die Hälfte der geschätzten DrogengebraucherInnen umfaßte (1200 Getestete), zeigte, daß 48% in der untersuchten Gruppe i.v. Drogenkonsumenten waren, von denen wiederum 18% seropositiv waren (77% männliche und 13% weibliche Needle-user). 35% der spanischsprechenden i.v. DUs waren HIV-AK+ und 30% der schwarzen, aber nur 10% der weißen i.v. DUs. In Behandlungsprogrammen betrug die Prävalenz 14%, in Gefängnissen 21%. Der Gebrauch von Bleach stieg von 5% auf 64% Benutzerquote an. Die Seroprävalenz ist in Gebieten abseits der Metropolen in den USA noch relativ niedrig, wengleich es signifikante ethnische Unterschiede gibt.

## 1.2 AIDS- und HIV-Prävalenz unter i.v. Drogenkonsumenten in New York City<sup>7</sup>

Die New Yorker Gesundheitsbehörden untersuchen in Zusammenarbeit mit 77 Kliniken die epidemiologischen Trends der AIDS-Prävalenz. Im April 1988 waren in New York City 19.415 AIDS-Vollbilderkrankungen gemeldet (Rate pro 1000 Einwohner = 2,7), das sind 22% der Gesamtzahl der AIDS-Fälle in den USA. (Zum Vergleich: In Los Angeles waren zum gleichen Zeitpunkt 6.705 AIDS-Fälle gemeldet – Rate/1000 = 0,9 –, in San Francisco waren es 6.226 – Rate/1000 = 8,4, in Houston waren es 2883 – Rate/1000 = 0,8). Die Zahl der AIDS-Vollbildfälle unter i.v. DUs und Heterosexuellen hat ständig zugenommen, während bei homo-/bisexuellen Männern ein Rückgang zu verzeichnen ist, wie die folgende Tabelle der monatlich gemeldeten Fälle verdeutlicht; in New York City ist 1988 die AIDS-Inzidenz unter i.v. DUs zum ersten Mal höher ausgefallen als unter homo-/bisexuellen Männern.

**Tabelle 2  
Durchschnittliche Zahl der monatlich gemeldeten AIDS-Fälle in NYC**

Transmissionskategorien:	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Gesamt	9	43	87	151	224	317	362	394
Homo-/ Bisexuelle: i.v. DUs:	6	25	50	88	125	170	170	161
homo-/ bisexuelle i.v. DUs:	2	10	22	41	68	101	129	165
Hetero- sexuelle: Kinder von 1-13	1	4	6	7	12	12	14	10
	0	1	1	3	5	9	12	15
	0	1	3	4	4	7	8	6



In einer größeren Studie von Des Jarlais et al.<sup>8</sup> wird die Entwicklung der HIV-Infektion unter New Yorks Drogenkonsumenten von 1977 bis 1987 untersucht. New York City hat die weitaus meisten AIDS-Fälle unter Drogenkonsumenten in den USA und Europa (am 14. September 1988 waren es 6.182). Die Daten der Untersuchung stammen vor allem aus Entgiftungsprogrammen, aus Methadonprogrammen und aus drogenfreien Therapien, wo bekannt ist, daß gerade die letzten Monate vor Eintritt von häufigen i.v. Injektionen charakterisiert sind und von ‚unsafe‘ Injektionspraktiken. Die so zusammengetragenen Daten sind zwar nicht im tatsächlichen Sinne repräsentativ, sie erlauben jedoch ein kontinuierliches ‚monitoring‘ der Konsummuster und -besonderheiten sowie der Entwicklung der Seroprävalenz. (DrogengebraucherInnen, die schon an AIDS erkrankt waren, wurden in der Studie nicht berücksichtigt, weil sonst Verzerrungen der Datenlage zu erwarten gewesen wären, da man davon ausgeht und aus Erfahrung wußte, daß AIDS-erkrankte Drogenkonsumenten Hilfsangebote eher und häufiger wahrnehmen als andere.)

In New York City traten die ersten HIV-Infektionen in der Gruppe der i.v. Drogenkonsumenten 1977 auf; und zwar stellte man in drei Fällen von AIDS bei Kindern nachträglich fest, daß andere Infektionsrisiken als der i.v. Drogenkonsum der Mütter ausschieden. 1979 wurden die ersten HIV-Infektionen unter homosexuellen Drogengebrauchern festgestellt, 1980 wurden die ersten 8 HIV-positiven heterosexuellen Drogenkonsumenten bekannt. Danach stieg die Zahl der erkannten HIV-Infektionen unter i.v. DUs rapide an: 31 im Jahr 1981, 160 im Jahr 1982, 340 im Jahr 1983. Die Seroprävalenzrate in der untersuchten Gruppe von i.v. DUs stieg von rund 5% im Jahr 1977 auf nahezu 50% im Jahr 1982, um dann bis 1987 konstant bei ca. 55% zu bleiben. Es kann davon ausgegangen werden, daß HIV-Infektionen um 1975/76 zuerst in der Gruppe der i.v. DUs auftraten. In der Initialphase zwischen 1977 und 1980 scheint die HIV-Prävalenz bei 20% gelegen zu haben, um dann rapide anzusteigen, insbesondere durch Needle-sharing, zumal in New York Ende der 70er Jahre und Anfang der 80er Jahre viel Heroin und Kokain im Umlauf war. Manhattan verfügt zudem über zahlreiche „shooting galleries“, wo Spritzbestecke zum Injizieren „gemietet“ werden können. Die relative Stabilisierung der Infektionsprävalenz Mitte der 80er Jahre bis heute bedeutet jedoch nicht, daß es keine Neuinfektionen mehr gibt. Die Studie kommt – wie eine andere aus der Bronx – vielmehr zu dem Ergebnis, daß von einer jährlichen Serokonversionsrate von 7% ausgegangen werden kann. Obwohl HIV durch Gebrauch unsteriler Spritzbestecke sich relativ rasch ausbreitete, ist es nicht so leicht übertragbar wie das Hepatitis-B-Virus, dessen Ausbreitung unter New Yorks DrogengebraucherInnen nahezu vollständig ist (zwischen 80% und 95%). Die Statistik der Seroprävalenz weicht von der negativen Erwartung der Wissenschaftler ab. In verschiedenen Sub-Populationen von i.v. DUs gibt es jedoch spezifische Differenzen, d.h. es gibt bestimmte Sub-gruppen, in denen die HIV-Prävalenz erheblich höher ist. Zudem entsteht eine Art „Balance“ zwischen Neuinfektionen und dem Herauslösen von HIV-positiven i.v. DUs aus dem Drogenkontakt. Außerdem erkrankten rund 3% jährlich an AIDS oder anderen tödlichen Erkrankungen. Ein weiterer Faktor der Stabilisierung der Infektionsprävalenz ist die größere Vorsicht von i.v. DUs aufgrund der Kenntnis der Risiken (59% der Klienten in Methadon-Behandlungs-Programmen berichteten 1984 über Verhaltensänderungen; bei der Be-

fragung im Jahr 1987 berichteten bereits 85% über Verhaltensänderungen). Schließlich sind Neuanfänger nicht so HIV-infektionsgefährdet, weil sie risikobewußter handeln können.

Die Erreichung eines „Sättigungsgrades“ der HIV-Prävalenz unter i.v. DUs ist jedoch kein Beweis für den Rückgang der Infektion und erfordert weiterhin Präventionsprogramme. Die Situation in New York City kann durchaus paradigmatisch sein für Entwicklungen in Europa. Eine weitere Studie zeigt die HIV-Seroprävalenz auch nach demographischen Gesichtspunkten bei i.v. DUs, die zwischen 1985 und 1988 in New Yorker Methadon-Programmen aufgenommen waren.<sup>9</sup>

Tabelle 3  
HIV-Seropositivität in New Yorker Methadonprogrammen

Jahr	1985	1986	1987	1988
N=	489	262	218	223
Durchschnittsalter/Jahre	34,6	33,9	33,4	33
<i>Ethnische Klassifizierung</i>				
Schwarze (%)	48	41	44	56
Latinos (%)	43	45	47	37
Weißer (%)	9	14	9	7
<i>Geschlecht</i>				
Männer	70	62	65	59
Frauen	30	38	35	41
<i>HIV-AK+</i>				
Zahl	255	159	131	115
Prozent	54	61	60	52

Ist in dieser Studie die HIV-Prävalenz nicht unbedingt niedriger als in anderen Behandlungsprogrammen, so darf diese Prävalenzrate allerdings nicht umstandslos als „Argument“ für die Unwirksamkeit einer HIV-Prävention durch Methadonprogramme gewertet werden, wie es etwa Wolfgang Heckmann noch unlängst getan hat.<sup>10</sup>

Denn – wie gesagt, es handelt sich um i.v. DUs am Beginn einer Behandlung, die sich schon vorher infiziert haben. Ganz andere Ergebnisse zeigen sich dann, wenn man Neu-Einsteiger in Methadonprogrammen mit „alten“ Klienten vergleicht. Dort zeigen sich signifikante Unterschiede in der HIV-Seroprävalenz, d.h. eine deutlich niedrigere Prävalenzrate bei langjährigen Methadon-Klienten.<sup>11</sup>

Eine Studie von Novick<sup>12</sup> über die Determinanten einer HIV-Infektion in den Anfangsjahren der HIV-Epidemie in New York zeigt sowohl signifikante ethni-

sche Unterschiede auf als auch eine höhere HIV-Disposition bei i.v. DUs, die neben Heroin auch Kokain konsumierten.

Nur 2 (11%) der weißen Klienten waren HIV-AK+, während es 34 (39%) der 88 schwarzen oder Latino-Klienten waren. Unter den Konsumenten einer Mischung von Heroin und Kokain waren 30 (52%) von 58 HIV-AK+, während es nur 6 (18%) von 48 ausschließlich Heroin Konsumierenden waren. In einer Studie von Friedman et al.<sup>13</sup> über Risikofaktoren bei New Yorker Street-Usern aus Queens und aus der Bronx, wo 1987 256 i.v. DUs befragt wurden, waren 53% seropositiv. Von denjenigen, die zwischen 1983 und 1986 nur Heroin injiziert hatten, waren 31% HIV-AK+. Bei denjenigen, die ebenfalls Kokain injiziert hatten, waren es hingegen 62%. 22% derjenigen, die erst in den letzten fünf Jahren mit dem i.v. Drogenkonsum begonnen hatten, waren seropositiv, während es von den langjährigen Konsumenten 55% waren. Die Seropositivität unter Straßenjunkies in New York scheint nicht höher zu sein als bei denjenigen, die in Behandlung sind. Die Häufigkeit der Injektionen, i.v. Kokaingebrauch, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit und schlechtes Wohnviertel sind in dieser New Yorker Untersuchungsgruppe ausschlaggebend gewesen für eine höhere Verfügbarkeit in Bezug auf eine HIV-Infektion.

### 1.3 HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in Europa

Neben dem allgemeinen Trend eines weiteren Anwachsens der Zahl der i.v. DUs an der Gesamtzahl der AIDS-Fälle in Europa<sup>14</sup> sind einige Einzelstudien, die in Montréal vorgestellt wurden, sehr interessant. Zunächst sollen einige Ergebnisse aus Nordeuropa hier vorgestellt werden.

#### 1.3.1 HIV-Prävalenz unter i.v. DUs in Stockholm (Schweden)

In einer Studie von Robert Olin und Kerstin Käll<sup>15</sup> wurden zwischen 1987 und 1988 insgesamt 1152 Gefängnisinsassen in Stockholm auf ihren Serostatus untersucht bzw. befragt (400 in U-Haft, 385 in Strafhafte und 366 sowohl in U- als auch in Strafhafte). Ein recht großer Teil der ursprünglich befragten Gesamtgruppe verweigerte allerdings die Zusammenarbeit mit den ForscherInnen.

Die erste Gruppe wurde von Januar bis Oktober 1987 befragt, wobei eine HIV-Seroprävalenz von 15% festgestellt wurde. Die zweite Gruppe, untersucht von Juli bis Dezember 1988, wies eine Seroprävalenz von 13,5% auf. Die Forscher gehen davon aus, daß die HIV-Prävalenz von 12,6% innerhalb dieser zwei Jahre eine nahezu repräsentative Prävalenz der Gesamtpopulation der Stockholmer Drogenkonsumenten darstellt, da ihrer Ansicht nach die meisten mit dem Strafvollzugssystem in Berührung kommen. Insgesamt wird die Zahl der i.v. DUs in Stockholm auf 5000 geschätzt, von denen 15-20% Heroinkonsumenten sind. Die überwiegende Anzahl der i.v. DUs konsumiert allerdings Amphetamine. Bezüglich der Abnahme der Seroprävalenz zwischen 1987 und 1988 wird u.a. angenommen, daß HIV-positive Heroinkonsumenten eine höhere Mortalität aufweisen als HIV-negative und daß HIV-positive i.v. DUs nun verstärkt das Angebot von Methadon-Programmen in Anspruch nehmen.

Die – im Vergleich mit anderen europäischen Staaten – relativ niedrige Seroprävalenz wird u.a. auch damit erklärt, daß zum einen HIV relativ spät in die Population der schwedischen i.v. DUs „eingedrungen“ ist und zum anderen risikobewußtes Verhalten, vor allem in Bezug auf die Vermeidung von Needle-sharing, zugenommen hat. Allerdings könnte es auch zu Verzerrungen gekommen sein, weil eine relativ große Gruppe, in der die Forscher ein hohes HIV-Risiko vermuten, die Mitarbeit verweigerte.

Es fallen noch einige Besonderheiten auf: die HIV-Seroprävalenz ist unter Heroinkonsumenten mit 45% deutlich höher als unter Amphetamingebrauchern mit 6%. Da aber die letztgenannte Gruppe mit 83% die Mehrheit der Stockholmer i.v. DUs darstellt und es zu einer jährlichen Serokonversion von 19% kommt, befürchten die Forscher ein Ansteigen der HIV-Infektionen, denn „by tradition, amphetamine users often have a high sexual activity (amphetamine is often used as a sexual stimulant in this group) and about 40% of their partners are not IVDAs.“

Tabelle 4  
HIV-Prävalenz unter inhaftierten i.v. DUs in Stockholm 1988

	Gesamtzahl der Teilnehmer bis Dezember 1988 1152	davon HIV-AK+ 145 (12,6%)
Frauen	908 (79,0%)	118 (13,0%)
Männer	244 (21,0%)	27 (11,1%)
<i>Amphetamine als Hauptdroge</i>	958 (83,0%)	57 (5,9%)
Frauen	753 (79,0%)	45 (6,0%)
Männer	205 (21,0%)	12 (5,9%)
<i>Heroin als Hauptdroge</i>	194 (96,8%)	88 (45,4%)
Frauen	155 (80,0%)	73 (47,1%)
Männer	39 (20,0%)	15 (28,5%)

In Bezug auf Verhaltensänderungen ergaben sich folgende Resultate:

- a) Needle-sharing  
In der gesamten Subpopulation berichteten 1987 15%, daß sie niemals Spritzbestecke tauschen (16% der HIV-Negativen und 39% der HIV-Positiven), im Jahr 1988 waren es in der Gesamtgruppe 27% (26% der HIV-Negativen und 41% der HIV-Positiven).
- b) Sexualverhalten  
In der Gesamtgruppe berichteten 1987 74%, daß sie keine Kondome benutzen (78% der HIV-Negativen und 44% der HIV-Positiven). Ein Jahr später gab es keine signifikanten Unterschiede: 70% benutzten keine Kondome (74% der HIV-Negativen und 35% der HIV-Positiven). In dieser Studie waren offenbar die HIV-positiv Getesteten eher zu signifikanten Verhaltensänderungen in der Lage.

### 1.3.2 HIV-Prävalenz unter i.v. DUs in Oslo (Norwegen)

Eine Studie von Christian Sohlberg et al.<sup>16</sup> über die HIV-Prävalenz unter Oslos i.v. DUs, über die Mortalitätsrate bei HIV-positiven und HIV-negativen DrogengebraucherInnen sowie über die Serokonversionsrate (bei freiwillig die kommunalen Kliniken aufsuchenden Patienten) ergab folgende Ergebnisse:

Beim Gesundheitsamt in Oslo waren im April 1989 972 i.v. DUs bekannt, von denen 829 (über 80%) einen oder mehrere HIV-AK-Tests gemacht haben. Es wird geschätzt, daß in Oslo zwischen 2500-4000 i.v. Drogenkonsumenten leben (etwa 50% der gesamten norwegischen Drogenkonsumenten). Ihr Durchschnittsalter beträgt 29 Jahre; es handelt sich um ältere und langjährige i.v. Drogenkonsumenten (nahezu 80% der bekannten HIV-positiven i.v. DUs wurden in der Studie erfaßt). Insofern kann davon ausgegangen werden, daß es sich hier nicht um eine repräsentative Untersuchung handelt, da in dieser Studie HIV-Seropositivität und Mortalität überrepräsentiert sein dürften. Im März 1989 war erst ein Drogenabhängiger in Norwegen an AIDS verstorben. Die Mortalität lag im Mai 1987 bei den bekannten i.v. DUs in Oslo bei 5,2% (44 von 847), allerdings mit signifikanten Unterschieden bei HIV-AK+ (10,3%) (18 von 175) gegenüber HIV-AK- (3,9%) (26 von 672) innerhalb der letzten drei Jahre.

Ausschlaggebend für die Mortalitätsrate ist eher die Dauer des i.v. Drogenkonsums als die HIV-Seropositivität. Allerdings ist der Beginn der HIV-Epidemie unter i.v. DUs in Norwegen erst ab 1983 zu vermuten. Erst ab 1985 wurden die ersten HIV-Infektionen unter i.v. DUs bekannt, so daß in dieser Gruppe in den nächsten Jahren sicher noch Todesfälle durch AIDS zu erwarten sind. Noch ist die HIV-Seropositivität bei Oslos i.v. DUs relativ gering (zwischen 5-8%). In anderen Landesteilen dürfte sie noch geringer sein. Die Serokonversionsrate innerhalb der Studie belief sich auf 0, und auch für ganz Norwegen wird eine sehr geringe Konversionsrate vermutet.

### 1.3.3 Jährliche HIV-Prävalenz unter i.v. DUs in Amsterdam (Niederlande)

Eine Studie von Harry van Haarrecht et al. vom kommunalen Amsterdamer Gesundheitsdienst<sup>17</sup> über die HIV-Prävalenz zwischen 1986 und 1988 unter 520 i.v. DUs zeigt keine signifikanten Veränderungen auf. Es scheint eine gewisse Stabilität eingetreten zu sein:

Tabelle 5

**HIV-Prävalenz unter i.v. DUs in Amsterdam, 1986-1988**

Jahr	N=	HIV-AK+ (%)	Inzidenzrate (%)
1986	234	78 (33,3%)	(12%)
1987	191	54 (28,3%)	(5%)
1988	135	37 (27,8%)	(5%)

Der kurze Untersuchungszeitraum erlaubt allerdings noch keine längerfristige Prognose.

### 1.3.4 HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in Süd-London (England) im Vergleich zu Edinburgh (Schottland)

Die HIV-Prävalenz von i.v. DrogengebraucherInnen im Süden Londons, die Kliniken oder niedergelassene Ärzte aufsuchten, wurde von einem Testlabor im Zeitraum von 1985 bis 1988 überprüft.<sup>18</sup> 842 i.v. DUs (566 männliche, 276 weibliche) wurden dabei getestet. Es gab keinen signifikanten Anstieg der HIV-Seropositivität, die mit insgesamt 5% während der Jahre 1985-1988 relativ niedrig liegt. 21 der 842 Getesteten waren sowohl homosexuell als auch i.v. Drogengebraucher. Unter ihnen war die Seropositivität mit 20% deutlich höher. Die Mehrzahl der Getesteten (619) war älter als 25 Jahre, d.h. sie hatte eine relativ lange „Drogenkarriere“ hinter sich. Das Needle-sharing-Verhalten in der Gesamtgruppe hat sich scheinbar deutlich verändert.

Tabelle 6

**HIV-Prävalenz unter i.v. DUs in Süd-London 1985-1988**

Geschlecht	1985 (%)	1986 (%)	1987 (%)	1988 (%)	1985-1988 (%)
Männer	0/13 (0)	11/214 (5)	9/119 (5)	10/140 (7)	30/566 (5)
Frauen	1/6 (11)	4/80 (5)	5/115 (4)	1/75 (1,3)	11/276 (4)
Gesamt	1/19 (5)	15/294 (5)	14/314 (5)	11/215 (5)	41/842 (5)

Eine deutlich höhere und vom allgemeinen Trend in Großbritannien abweichende HIV-Prävalenz weisen Edinburgh's Drogenkonsumenten auf. In einer Langzeit-Studie zwischen 1984-1988 von Carol Steidmore / J.R. Robertson<sup>19</sup> bei 203 i.v. DUs (137 Männer – 67,5% / 66 Frauen – 32,5%) wurde festgestellt, daß 105 (64%) von ihnen HIV-AK+ waren. 41,8% der Gruppe hatten in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung Drogen injiziert; 54% hatten Kinder und 40% hatten Partner, die ebenfalls Drogen konsumierten. 66% hatten Gefängnisaufenthalte hinter sich. Die Hälfte hatte zwischen 1980 und 1983 mit dem i.v. Drogenkonsum begonnen. Nur rund die Hälfte hatte das Sexualverhalten verändert, und nur 18% hatten ihr positives Testergebnis dem Sexualpartner mitgeteilt. Es wird deshalb damit gerechnet, daß die heterosexuelle Transmission zunehmen wird.

### 1.3.5 Ein vergleichendes Monitoring der HIV-Ausbreitung unter i.v. DUs in Hamburg und Berlin (Bundesrepublik Deutschland)

In dieser Studie von Friedrich Bschor et al.<sup>20</sup> sollte die möglichst exakte HIV-Seroprävalenz in den beiden deutschen großstädtischen Zentren ermittelt werden, um regional unterschiedliche Risikosituationen feststellen zu können; um die Dynamik der HIV-Ausbreitung unter DrogengebraucherInnen besser begreifen

und regionale Vergleiche anstellen zu können. Das Ziel soll die weitere Entwicklung eines breiteren HIV-Indikator-Systems sein, basierend auf regelmäßiger Datensammlung, da die Datenlage wegen zu geringer Kontakte der Forschungseinrichtungen zu den Betroffenen und bisher zu selektiver Untersuchungsgruppen noch nicht ausreichend sei, um regional unterschiedliche Gefährdungssituationen verdeutlichen zu können. Es wurde dabei einerseits auf die HIV-Seroprävalenz-Untersuchungen bei Drogentoten zurückgegriffen, andererseits auf Untersuchungsergebnisse in Gefängnissen, Entgiftungseinrichtungen, ambulanten Behandlungs- und Übergangseinrichtungen. Allerdings war die Testfrequenz recht unterschiedlich (zwischen 90% in Hamburgs Gefängnissen und 40% in Berliner Entgiftungseinrichtungen). Die Ergebnisse machen jedoch deutlich, daß HIV-Prävalenzstudien sich auf begrenzte Gruppen in definierten Gebieten begrenzen sollten. Die Seroprävalenz in Hamburg ist deutlich niedriger (ca. 15%) als in Berlin (zwischen 20 - 40%). Untersuchungen über den HIV-Serostatus unter i.v. DUs würden von den Betroffenen akzeptiert, wenn sie weniger von administrativer Seite, als vielmehr von selbstverantwortlicher wissenschaftlicher Kooperation mit Praktikern in verschiedensten Institutionen ausgingen. Das routinemäßige Monitoring der HIV-Ausbreitung unter i.v. Drogenkonsumenten, auch in Therapie- und anderen Hilfseinrichtungen, wäre wünschenswert, um systematische und konsequente Datensammlungen zu ermöglichen.

**Tabelle 7  
HIV-Seroprävalenz bei Drogentoten in Berlin und Hamburg**

Jahr	Berlin-West				Hamburg			
	HIV+	(%)	M	F	HIV+	(%)	M	F
1985	11/35	(31)	4/20	7/15	0/8	(0)	0/6	0/2
1986	25/51	(49)	13/33	12/18	5/22	(23)	4/17	1/5
1987	19/39	(49)	12/29	7/10	8/51	(16)	6/40	2/11
1988	30/79	(38)	16/51	14/28	10/76	(13)	6/65	4/11

**Tabelle 8  
HIV-Seroprävalenz in bestimmten Gruppen von neuen i.v. DU-Klienten in Berlin und Hamburg 1988**

	Berlin-West				Hamburg			
	Gesamt	Test	HIV+	(%)	Gesamt	Test	HIV+	(%)
Gefängnis	ca. 500	264	66	(25)	207	189	26	(14)
Entgiftung	160	62	14	(23)	186	140	15	(11)
Ambulante Therapie	4	46	16	(35)	keine Daten			
Übergangseinrichtungen	318	176	9	(22)	keine Daten			

Leider wird das Problem des Datenmißbrauchs in einem Klima konservativer, repressiver AIDS-Politik von der Forschergruppe ebensowenig berücksichtigt, wie die Problematik von HIV-AK-Tests in der Bundesrepublik angesichts möglicher strafrechtlicher Verfolgung HIV-positiver Menschen.

### 1.3.6 HIV-Infektionen unter i.v. DUs in Polen

In einer Untersuchung von Walentyna Macurkienicz et al.<sup>21</sup> wurden im venerologischen Institut in Warschau von Januar 1986 bis Januar 1989 2971 i.v. DUs (71,5% Männer, 28,5% Frauen) auf HIV-AK getestet. In der ersten Periode bis August 1988 wurde bei 2253 Untersuchungen kein einziger HIV-positiver i.v. DU festgestellt; aber von August 1988 bis Januar 1989 stieg die Zahl der positiven Testergebnisse bei weiteren 718 Patienten drastisch auf 21 (14 Männer, 7 Frauen), d.h. 2,9% an. Ein weiterer Anstieg ist anzunehmen.

Die HIV-Ausbreitung in Polen hat also erst sehr spät begonnen, entwickelt sich aber doch recht rasch. Die Forschergruppe verlangt deshalb auch intensive Schulungsprogramme für DrogengebraucherInnen, ergänzt durch freie Vergabe von Spritzbestecken und Kondomen. Ebenso werden entsprechende Ausbildungsprogramme für die MitarbeiterInnen von Drogeneinrichtungen gefordert. Es ist erstaunlich, daß die HIV-Ausbreitung unter DrogengebraucherInnen in einem Ostblockland sich so schnell entwickelt; bisher waren weder aus der DDR noch aus der ČSSR HIV-positive Drogenkonsumenten bekannt. In Polen machen sie bereits 17% der bekannten HIV-Infektionen aus.

### 1.3.7 HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in Italien

Die zweite landesweite Erhebung des „Istituto Superiore di Sanità“ in Rom<sup>22</sup> über HIV-Infektionen unter Italiens i.v. DrogengebraucherInnen hat zum Ziel, die Seroprävalenz unter denjenigen i.v. DUs zu ermitteln, die öffentliche Behandlungszentren aufsuchen; Verhaltensänderungen und Risikoverhalten bezüglich des Drogenkonsummusters bzw. des sexuellen Lebensstils sollen ermittelt werden.

Zu diesem Zweck wurden 1348 Klienten in 48 Zentren (27 aus dem Norden, 10 aus Mittelitalien und 11 aus dem Süden von insgesamt 467 Behandlungszentren) im Oktober 1988 befragt. Dabei wurde eine durchschnittliche Seroprävalenz von 33% festgestellt (mit 43% im Norden und jeweils 21% in den übrigen Landesteilen). Die HIV-Seroprävalenz war mit jeweils 38% unter Männern und Frauen gleich verbreitet. Es ergaben sich signifikante Unterschiede bezüglich der Seroprävalenz im Verhältnis zum Needle-sharing. Von den HIV-positiven i.v. DUs berichteten 93%, daß sie Needle-sharing betrieben hatten, bei den HIV-negativen waren es 59%. Auch Veränderungen in Bezug auf Drogenkonsummuster und Sexualverhalten wurden unterschiedlich zwischen HIV-positiven und HIV-negativen i.v. DUs berichtet, aber ohne signifikante Unterschiede. So gaben 91% der HIV-positiven Drogenkonsumenten an, daß sie ihr Drogenkonsummuster verändert hätten – gegenüber 80% der HIV-negativen. Deutlicher waren die Änderungen im Sexualverhalten. 72% der HIV-positiven Klienten berichteten solche Veränderungen, hingegen nur 52% der HIV-negativen – immerhin deutlich mehr als in vergleichbaren Untersuchungen in anderen Ländern.

Tabelle 9

**HIV-Seroprävalenz von i.v. DUs in öffentlichen Behandlungszentren Italiens, Oktober 1988**

Gebiet	Anzahl der Zentren	Anzahl der Befragten	Durchschnittliche Seroprävalenz
Norden	27	832	42,6%
Mitte	10	218	20,4%
Süden	11	298	20,6%
Gesamt	48	1348	32,9%

Tabelle 10

**Geschlechtsspezifische Verteilung der HIV-Prävalenz unter Italiens i.v. DUs in öffentlichen Behandlungszentren**

Geschlecht	HIV-Tests	HIV-positiv	(%)	HIV-negativ
Männer	811	307	37,9	504
Frauen	216	82	38,0	134
Gesamt	1027	389	37,9	838

Tabelle 11

**Needle-sharing unter i.v. DUs in Italien**

Needle-sharing	HIV-Positive	(%)	HIV-Negative	(%)	Total	(%)
Ja	363	(93)	369	(58,6)	732	(71,8)
Nein	27	(7)	261	(41,4)	288	(28,2)

Tabelle 12

**Verhaltensänderungen im Drogenkonsumverhalten bei Italiens i.v. DUs**

Verhaltensänderung	HIV-Positive	(%)	HIV-Negative	(%)	Total	(%)
Ja	342	(91,4)	475	(79)	817	(83,8)
Nein	32	(8,6)	126	(21)	158	(16,2)

Tabelle 13

**Verhaltensänderungen im sexuellen Lebensstil bei Italiens i.v. DUs**

Verhaltensänderung	HIV-Positive	(%)	HIV-Negative	(%)	Total	(%)
Ja	264	(72,1)	303	(51,5)	567	(59,4)
Nein	102	(27,8)	285	(48,5)	387	(40,6)

Im Mai 1985 begann bei etwa 500 i.v. DUs aus der Reggio Emilia (Norditalien)<sup>23</sup> eine Langzeitstudie in Gesundheitsämtern, Rehabilitationszentren und Gefängnissen. Im Dezember waren 170 HIV-positiv, und es wurden zwei AIDS-Vollbilderkrankungen diagnostiziert. Im Frühjahr 1989 wurden 504 HIV-positiv und 30 AIDS-krankte i.v. DUs festgestellt. In einer Kohortenstudie des Nationalen Forschungszentrums an der Universität von Mailand<sup>24</sup> wurden i.v. DUs aus Methadon-Kliniken, Hospitälern und verschiedenen ambulanten Behandlungseinrichtungen untersucht. 653 i.v. DUs wurden zwischen Januar 1987 und Dezember 1987 des öfteren befragt. 20 Serokonversionen wurden festgestellt.

**1.3.8 Einige Notizen zur HIV-Seroprävalenz unter i.v. DUs in Bangkok (Thailand), Buenos Aires (Argentinien) und Hongkong**

Abschließend werden drei Studien vorgestellt, die einen kurzen Einblick in die Situation in Südostasien und Südamerika geben, wenngleich systematische Forschungen noch ausstehen.

In Südostasien sind bisher noch relativ wenige AIDS-Fälle bekannt (360 insgesamt im Januar 1989; davon u.a. 97 Fälle in Japan, 30 in Thailand, 22 auf den Philippinen und 16 in Hongkong). Der Anteil von i.v. DUs schien bisher sehr gering. Allerdings zeigt die Entwicklung in Thailand, daß die Ausbreitung von HIV und AIDS unter i.v. DUs in Südostasien schneller voranschreiten kann, als zunächst vermutet wurde. In Bangkok (Thailand) steigt das Problem des i.v. Drogengebrauchs stark an. Sehr reines und billiges Heroin aus den Mohnanbaugebieten im „Goldenen Dreieck“ (Thailand, Burma und Laos) ist dort für die schätzungsweise 60.000 i.v. DUs (!) erhältlich.<sup>25</sup> (Inoffizielle Schätzungen gehen sogar von 100.000 i.v. DUs allein in Bangkok und 300.000 in Thailand aus.) Erhebungen aus Methadon-Behandlungszentren in Bangkok legen nahe, daß es in Thailand ausschließlich männliche i.v. DUs gibt und die meisten aus Bangkoks Vorortslums stammen. Der hohe Reinheitsgrad und die leichte Erhältlichkeit des Heroins ermöglichen auch die Ausbreitung der HIV-Infektion. (Bis in die 60er Jahre war Opium, das geraucht wurde, die Hauptdroge; heute ist Opium vom Heroin verdrängt, und die Injektion von Heroin nimmt im Vergleich zum Rauchen stark zu.) Es wird in der Regel gemeinsam von mehreren Personen eine lange Injektionsnadel benutzt. Die HIV-Seropositivität in Methadon-Behandlungsprogrammen ist von 14% auf jetzt bereits 40% angestiegen. In Thailand, so haben kürzlich veröffentlichte Ergebnisse gezeigt, sind bislang mehr als 3500 HIV-positiv Personen identifiziert worden. Aber eine systematische Erhebung der HIV-Seroprävalenz ist an fehlenden technischen, personellen und finanziellen Voraussetzungen gescheitert.

In Hongkong hingegen ist die Seroprävalenz noch äußerst gering. Lediglich 143 HIV-positiv Befunde ergaben sich bei 126.000 HIV-AK-Tests zwischen April 1985 und Mai 1989<sup>26</sup>, d.h. eine Seroprävalenz von 0,113%. Dabei lag die Seroprävalenz bei i.v. DUs bei Null Prozent. (Zwei HIV-positiv Ergebnisse stammten von Drogengebern, die außerhalb Hongkongs i.v. Drogen konsumiert hatten). 97% der HIV-positiv Befunde stammten von Männern.

Tabelle 14  
HIV-Serologie in Hongkong, Mai 1989

Testgruppen	Zahl der Tests	Zahl der HIV+	(%)
Kliniken für Geschlechtskrankheiten			
Männer	84.066	15	(0,01)
Frauen	19.878	0	(0)
Weibliche Prostituierte	7.877	0	(0)
I.v. DUs	3.370	0	(0)
Hämophile	169	54	(32)
Gesundheitspersonal	557	0	(0)
Samenspender	162	0	(0)
Regierungshospitäler	8.210	42	(0,5)
Private Hospitäler	1.749	32	(1,8)
Gesamt	126.038	143	(0,113)

Tabelle 15  
HIV/AIDS-Fälle in Hongkong, Dezember 1988

	AIDS	kein AIDS	Gesamt
Homo/Bisexuelle	10	142	152
Heterosexuelle	2	10	12
Bluttransfusionsempfänger	0	3	3
Hämophile	1	52	53
I.v. DUs	0	2	2
Unbekannt	3	9	12
Gesamt	16	118	134

In einer Studie über die HIV-Seropositivität unter i.v. Drogenkonsumenten in Buenos Aires (Argentinien) von der „Academia Nacional de Medicina“<sup>27</sup> wurden die Seren von 338 Personen (253 Männer, 85 Frauen) untersucht. 87,1% waren jünger als 30 Jahre; das Durchschnittsalter betrug 23 Jahre. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 3,4 Jahre. Bei 204 Patienten (60,3%) wurden HIV-positive Befunde festgestellt; 55% wiesen ein oder mehrere Symptome auf (Fieber von mehr als 38 Grad Celsius, Durchfall, der länger als einen Monat anhielt, Gewichtsverluste von mehr als 10% über mehrere Monate etc.). HIV-positive i.v. DUs, die 1 Jahr lang abhängig waren, wiesen nur zu 12% Symptome auf; diejenigen, die länger als 3 Jahre abhängig waren, hingegen zu 65%. 23% der Patienten gaben homo- oder bisexuelle Kontakte an; es ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen HIV-positiven und HIV-negativen i.v. DUs.

### 1.3.9 Drogenkonsum und Frauen

In einer interessanten Studie von Jerry Mandel, Michael Aldrich und Pat Bier-nacki<sup>28</sup> zur Schätzung der Anzahl weiblicher Drogenabhängiger nach Alter und ethnischer Herkunft innerhalb der großstädtischen US-Zentren New York, San Francisco und Chicago kommen die Forscher zu einer differenzierten Betrachtungsweise der Problematik.

Zwischen 35 und 45% der unter 25jährigen i.v. DUs sind Frauen, während es nur noch zwischen 8 und 20% der i.v. DUs sind, die älter als 40 Jahre sind. In jeder Altersstufe sucht eine größere Zahl der weiblichen i.v. DUs Hilfe in Drogenbehandlungseinrichtungen auf als in Kriseninterventionszentren. Die Forschergruppe bestärkt dabei auch die von anderen Wissenschaftlern beobachtete Tatsache, daß die Formel „einmal abhängig, immer abhängig“ nicht zutrifft. Frauen versuchen möglichst frühzeitig aus ihrer „Drogenkarriere“ auszusteigen und setzen diese Versuche in allen Altersstufen kontinuierlich fort. Pat Bier-nacki hat eine alternative Theorie entwickelt, um die weitverbreitete freiwillige Aufgabe des i.v. Drogengebrauchs zu erklären, die nach landläufiger Auffassung der Drogenexperten nicht möglich sei. Abhängige hätten, wie andere Leute auch, verschiedene Identitäten, und die Selbstkonzeptionen änderten sich mit der Zeit. I.v. Drogenkonsum ist eine mächtige und positive Erfahrung für viele, die Abhängigkeit bleibt nicht lebenslang bestehen, jedenfalls nicht für jeden. Aber warum sollte die „Drogenkarriere“ von Frauen so viel kürzer sein als die von Männern? Auch Rosenbaum (Women on Heroin, 1981) hatte sich diese Frage gestellt und die Einstiegsrituale von Frauen beschrieben, die später damit beginnen, Heroin zu konsumieren als ihre männlichen Altersgenossen. Abhängigkeitserscheinungen stellen sich bei Frauen dann rascher ein, um – ebenso rasch – wieder abzuebben. Männer akzeptieren leichter Kriminalisierung und Gefängnisaufenthalte, Frauen hingegen würden die Gewalt, die das Drogenleben begleitet, nicht mögen, außerdem würden sie starke Gefühle für ein Leben mit Kindern entwickeln, was als Drogenabhängige so gut wie unmöglich sei (vgl. auch die Arbeiten von Waldorf, 1983 und Kandel / Raveis, 1989).

Eine schon ältere Studie von Anglin et al., die 1987 in Südkalifornien durchgeführt wurde, kam zu den gleichen Ergebnissen, die auch in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Opiat-Konsum bei Frauen beginnt früher (mit 18 oder 19) als bei Männern (19 oder 20), die Zeitspanne bis zum täglichen Konsum ist kürzer (Frauen: 16 Monate, Männer: 20 Monate) und wird bei Frauen häufig (29% versus 0% bei Männern) durch abhängige Partner ausgelöst. Während dieser Periode des Abhängigwerdens dealt 1/3 der männlichen i.v. DUs mit Drogen, um den Konsum zu finanzieren, während dies nur 1/8 der weiblichen i.v. DUs macht. Männer werden entsprechend häufiger wegen Drogen- oder Eigentumsdelikten inhaftiert.

Vom Beginn der Drogenabhängigkeit bis zum Eintritt in ein Methadonbehandlungsprogramm dauert es bei Frauen durchschnittlich 4 1/2 Jahre, bei Männern hingegen 7 1/2 Jahre. Frauen sind dann durchschnittlich 25 Jahre alt, Männer 28 oder 29 Jahre.

Die Forschergruppe hat die Anzahl der weiblichen i.v. DUs mit drei verschiedenen Indikatoren systemen untersucht: in Drogenbehandlungseinrichtungen, in Krisenzentren und unter den gemeldeten heterosexuellen AIDS-Fällen.



Bei letzteren sind Frauen unterrepräsentiert. Das mag auch mit den unterschiedlichen Drogengebrauchsmustern zusammenhängen; Männer haben einen „wilderer“ Stil des Gebrauchs (sie tauschen häufiger Spritzbestecke und Nadeln mit mehr Partnern als Frauen, was allerdings nicht durch die deutsche Studie von Arnold/Frietsch unter Frankfurter DrogengebraucherInnen bestätigt wird. In der deutschen Studie wird das Gegenteil beschrieben<sup>29</sup>); sie besuchen häufiger „shooting galleries“ und riskieren daher häufiger, sich mit HIV anzustecken. In Drogenbehandlungseinrichtungen lag der Anteil der Frauen in New York City (Bronx) bei 31% und in San Francisco bei 36,5%, im Schnitt bei 33,7%; in Krisenzentren in New York bei 28,2%, in San Francisco bei 32,2% und in Chicago bei 30,9%, im Schnitt bei 30,4%. Der Anteil von weiblichen i.v. DUs bei heterosexuellen AIDS-Fällen lag in New York bei 21,9%, in San Francisco bei 20,0% und in Chicago bei 19,2%; im Schnitt bei 20,4%.

**Tabelle 16**  
**Prozentualer Anteil von weiblichen i.v. DUs in Drogenbehandlungseinrichtungen US-amerikanischer Großstädte, 1988**

Stadt	Altersstufen in Jahren						in %	Gesamt
	>45	40-44	35-39	30-34	25-29	<24		
Bronx NYC	20,2	23,8	27,6	37,1	40,8	36,6	31,0	7338
S.F.	20,2	27,0	34,5	40,5	51,9	56,7	36,5	5663
Durchschnitt	20,2	25,4	31,1	38,8	45,9	46,7	33,7	

**Tabelle 17**  
**Prozent-Anteil von weiblichen i.v. DUs in Krisenzentren US-amerikanischer Großstädte, 1988**

Stadt	Altersstufen in Jahren						in %	Gesamt
	>45	40-44	35-39	30-34	25-29	<24		
New York	12,1	21,7	22,8	32,9	35,8	42,0	28,2	5754
S.F.	13,8	16,7	31,4	33,9	40,2	41,9	32,2	1150
Chicago	11,8	22,7	25,3	36,0	39,1	42,7	30,9	1134
Durchschnitt	12,6	20,4	26,5	34,3	38,4	42,2	30,4	

**Tabelle 18**  
**Prozent-Anteil von heterosexuellen i.v. DUs mit AIDS in US-amerikanischen Großstädten, 1988**

Stadt	Altersstufen in Jahren						in %	Gesamt
	>45	40-44	35-39	30-34	25-29	<24		
New York	11,7	14,4	19,3	25,2	33,9	31,8	29,1	6247
S.F.	8,7	18,8	20,7	30,3	11,1	*	20,0	125
Chicago	3,0	16,7	25,0	16,7	29,4	36,4	19,2	229
Durchschnitt	7,8	16,6	21,7	24,1	24,8	34,2	20,4	

\* unter 10 Fällen

## 2. HIV-Prävalenz bei Frauen und Kindern im Kontext von AIDS

### 2.1 HIV-Prävalenz unter Frauen im Frankfurter Raum

Es lag in Montréal eine Reihe von Studien vor, die sich mit der HIV-Prävalenz unter solchen Frauen beschäftigten, die schwanger waren und deshalb auf HIV-Antikörper untersucht wurden. Diese Untersuchungen waren auch Gegenstand der Diskussion, d.h. ihr präventiver Effekt sollte überdacht werden, ebenso die Tendenz zu Massenscreenings gerade unter schwangeren Frauen. Andererseits ist die Zahl der HIV-AK-positiven Frauen vor allem unter weiblichen Drogengebranchern in den letzten Jahren erheblich angestiegen. In einer Studie von S. Staszewski<sup>30</sup> aus Frankfurt wird darauf verwiesen, daß die Zahl der HIV-positiven Frauen im Frankfurter Raum von 2 im Jahr 1984 auf 91 im Jahr 1988 angestiegen ist, von denen 74% drogenabhängig sind. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der HIV-positiven Patienten in der AIDS-Ambulanz stieg von 4% im Jahr 1984 auf 25% im Jahr 1988. Es wurde auch ein bedeutender Zuwachs an Frauen verzeichnet, die sich nicht über i.v. Drogengebrauch, sondern über heterosexuelle Kontakte infiziert haben.

### 2.2 HIV-Seroprävalenz unter Frauen in den USA

Es lagen Studien aus New York City, New Orleans und eine größere aus 137 Kliniken in 30 Großstädten vor, ebenso eine Studie aus Texas. In New York City<sup>31 32</sup> liegt die HIV-Prävalenz bei neugeborenen Kindern zwischen 1,4 und 1,5% der untersuchten Kinder. In New Orleans lag die Seroprävalenz bei 0,5%. In der Gruppe von „high-risk patients“ lag die Prävalenzrate dreifach höher.<sup>33</sup>

Die Gesamtstudie der Centers for Disease Control (CDC) an über hunderttausend Frauen ergab bei der ersten Auswertung von 10.000 Blutseren, daß die Seroprävalenz zwischen 0 und 4,5% lag mit einer zehnfach höheren Prävalenz bei schwarzen Frauen gegenüber weißen. Bei hispano-amerikanischen Frauen lag die Seroprävalenz bei 0%.<sup>34</sup>

In New York City ist AIDS die häufigste Todesursache unter den 25-34jährigen Frauen geworden. 85% dieser Fälle betreffen schwarze oder hispano-amerikanische Frauen. Der Anteil von Frauen an den AIDS-Fällen stieg in den USA von 12% im Jahr 1982 auf 30% im Jahr 1987.

Die Barrieren für eine effektive Präventionsarbeit – insbesondere bei drogengebrauchenden Frauen – sehen ForscherInnen in der Angst vor Entzugssymptomen, dem Gruppendruck bezüglich des Needle-sharings bzw. der schwierigen Erhältlichkeit sterilen Spritzbestecks und nicht zuletzt in der Hoffnungslosigkeit gegenüber einer Krankheit wie AIDS.<sup>35</sup>

In der Bronx (New York City) wurde – in Zusammenarbeit mit dem „Montefiore Medical Center“ – ein „Women’s Center“ aufgebaut<sup>36</sup>, in dem Frauen aus Drogen- und Prostituiertenszenen sich treffen können, wo sie sich austauschen können, wo sie Unterstützung erfahren und Ratschläge erhalten, wie sie sich vor einer HIV-Infektion schützen können. Es soll zudem als Forschungszentrum dienen, um mehr über die psychologischen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Prozesse zu erfahren, die zur Ausbreitung von HIV unter der drogengebrauchenden Population in der Bronx führen. Im Januar 1988 wurde mit der Arbeit begonnen; etwa 107 Frauen beteiligten sich bis Anfang 1989 an einer Positiven-Gruppe, einer AIDS-Präventionsgruppe und einer gemeinsamen Gruppe von positiven und bereits an AIDS erkrankten Frauen. Das Team setzt sich interdisziplinär zusammen (Psychologin, Anthropologin, Krankenschwester, Street-Workerin). Die Gruppentreffen beinhalten Fragen der Kondombenutzung, des Drogenkonsums, des Umgangs mit der HIV-Infektion, des Umgangs mit Kindern, Fragen des HIV-AK-Tests, sexuelle Partnerschaften, Gesundheitsprobleme, Stigmatisierung von Drogengebrauch und HIV-Infektion, Rassismus, fehlende Sozialangebote usw. Das Durchschnittsalter der Frauen, die das Zentrum besuchen, liegt bei 33,4 Jahren, 48% sind Puertoricanerinnen, 30% schwarze Frauen, 13% weiße. Die durchschnittliche Kinderzahl liegt bei 2,8; 25% sind Singles, 21% verheiratet, 11% Witwen, 15% geschieden, und 22% leben mit dem Partner zusammen. Die meisten leben von der Sozialhilfe und zu 70% in Apartments. 25 bis 40 Frauen erhalten regelmäßig Methadon und 18 haben eine Entgiftung versucht, von denen aber 12 nach einigen Monaten wieder rückfällig wurden (insbesondere mit Crack und Kokain); sie kamen jedoch erneut in die Gruppe zurück. Das Programm zeigt, daß auch „hard-core“ Crack- und Kokain-Userinnen für eine solche Gruppe ohne therapeutischen Anspruch gewonnen werden können.

Eine ähnliche Initiative geht in New York von der „Association for Drug Abuse Prevention and Treatment“ (ADAPT)<sup>37</sup> aus, die aber vor allem Streetwork betreibt. ADAPT wurde 1980 mit dem Ziel gegründet

- DrogengebraucherInnen zu beraten als gemeinde- und szenennahe Streetwork-Initiative;
- das Vertrauen der FixerInnen in ihrem eigenen sozialen Netzwerk zu gewinnen, um Informationen zur Vermeidung einer HIV-Infektion zu verbreiten;
- Verhaltensänderungen zu bewirken bezüglich safer sex und safer use;
- bei Nachfrage auch Drogenbehandlung oder andere soziale Dienste zu vermitteln;
- Kondomgebrauch und Gebrauch neuer Nadeln zu unterstützen;
- DrogengebraucherInnen im Desinfizieren des Spritzbesteckes zu unterrichten;

- andere Stellen der Gesundheitsbehörden mit den Problemen von DrogengebraucherInnen und HIV-Positiven vertraut zu machen.

ADAPT verfügt über eine Telefon-„hotline“, eine Anlaufstelle und Streetwork und wird finanziell von der New Yorker Gesundheitsbehörde unterstützt. Man erreicht stark gefährdete Gruppen von i.v. Drogengebern in Vierteln, in denen andere soziale Anlaufstellen fehlen. Die Streetworker suchen auch Shooting-galleries, Crack-Häuser und drogengebrauchende Prostituierte auf und verteilen Infomaterial und Bleach. 40-60 MitarbeiterInnen und Freiwillige arbeiten mit, davon 8-10 am Infostand, der an verschiedenen Straßenecken aufgebaut wird. Die Arbeit ist sehr schwierig, und ihr Erfolg ist davon abhängig „if the methods the workers utilize are open, respectful and culturally sensitive and combined with knowledge of street language and street scene“.

Ein großes Problem aber stellt die Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS dar, speziell auch die Diskriminierung von schwangeren HIV-positiven Frauen. Die „AIDS Discrimination Division of the Law Enforcement Bureau of the New York City Commission on Human Rights“ hat in den Monaten November 1988 bis Januar 1989 30 Kliniken und niedergelassene Ärzte, die angeben, daß sie Abtreibungen durchführen, befragt, ob sie bereit sind, HIV-positive schwangere Frauen aufzunehmen. Die Anruferinnen erklärten, sie seien in der achten Woche schwanger und möchten abtreiben; danach erklärten sie, daß sie HIV-positiv getestet seien. 66% der Befragten antworteten, daß sie keinen Termin frei hätten, nachdem ihnen das positive Testergebnis bekannt geworden war, 40% erklärten, daß sie nicht über adäquate Vorrichtungen verfügten, die ein Infektionsrisiko bei der Abtreibung ausschließen.<sup>38</sup>

Ein weiteres Problem wurde von Aktivistinnen der Gruppen ACT UP und AIDS ACTION NOW während der Konferenz in Montréal deutlich gemacht anlässlich einer Demonstration für die Rechte von Prostituierten und Lesben. Sie wiesen darauf hin, daß auch lesbische Frauen AIDS bekommen können und daß solche Fälle dokumentiert seien, sich aber nur ein einziges Poster von 7000 vorgestellten bei der Konferenz mit dieser Thematik befasse.

In einer Studie von Denise Ribble<sup>39</sup> wird darauf verwiesen, daß dieses Problem in der Forschung bislang ausgespart worden war. Laut CDC wurden in den USA 101 lesbische Frauen mit HIV/AIDS nach dem HIV-Übertragungsrisiko befragt: 16 (52%) gaben an, daß sie intravenös Drogen injizieren, 7 gaben sexuelle Kontakte zu HIV-positiven Männern als Ursache an (23%), 5 Prostitutionserfahrung (16%), 2 lesbische Kontakte (7%) und eine Frau nannte eine Bluttransfusion (2%). Die Forscherinnen stellen fest, daß es Lesben mit AIDS gibt und daß es von Bedeutung sei, dies in den Studien und Statistiken zu berücksichtigen. Die Auffassung, lesbische Frauen seien keinem HIV-Risiko ausgesetzt, sei falsch und könne dazu führen, daß Lesben dem Problem nicht genügend Aufmerksamkeit schenken.

### 2.3 HIV-Infektionen unter Frauen in Kopenhagen/Dänemark

In Dänemark wird die Zahl der HIV-positiven Personen auf 5-10.000 geschätzt; 4% der gemeldeten AIDS-Fälle betreffen Frauen, das sind rund 10% der bekannten HIV-Infektionen. In Kopenhagen wurden in einer Studie von Else

Smith<sup>40</sup> 115 HIV-positive Frauen – im Zeitraum von 1985 bis 1988 – nach ihrem Infektionsrisiko befragt. 58 (50,4%) gaben an, intravenös Drogen zu konsumieren, 35 (30,4%) nannten heterosexuelle Kontakte, 12 (10,4%) Bluttransfusionen, und bei 10 (8,7%) war die Ursache der HIV-Transmission unklar. In den Jahren 1985 bis 1988 nahm aber die Zahl der Frauen, die i.v. Drogenkonsum als Risiko angaben, kontinuierlich ab, während heterosexuelle Kontakte konstant genannt wurden. 7% hatten zum Zeitpunkt des positiven Testergebnisses AIDS entwickelt, während im Jahr 1988 diese Zahl auf 17% anstieg. Rund 60% derjenigen, die Bluttransfusionen als HIV-Übertragungsweg nannten, waren an AIDS erkrankt, etwa 12% der Fixerinnen und 13% der Frauen mit heterosexuellen Kontakten.

Aber auch die drogengebrauchenden Frauen waren einem hohen Infektionsrisiko durch sexuelle Kontakte ausgesetzt. Denn während 33% von ihnen über Needle-sharing berichteten, hatten fast 70% schon einmal Geschlechtskrankheiten (gegenüber 34% bei den Frauen mit heterosexuellen Kontakten), immerhin 32 von 36 Frauen berichteten über ungeschützten Sexualverkehr mit Männern, die selbst Drogengebraucher waren, und 10 Frauen gaben an, daß sie ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einem HIV-positiven Mann hatten.

### 3. HIV-Infektionen und Prävention in Gefängnissen

---

Es wird angenommen, daß die Ausbreitung der HIV-Infektion durch die Situation der Inhaftierung, das Fehlen von sterilen Spritzbestecken und Desinfektionsmitteln in Gefängnissen begünstigt wird. Es lag eine Reihe von Studien in Montréal zu dieser Thematik vor.

#### 3.1 AIDS-Prävention im Gefängnis in New York City, USA

In NYC sind mehr als 18.000 Menschen monatlich und über 120.000 jährlich inhaftiert; im Staat New York gibt es 57 Haftanstalten mit täglich rund 45.000 Inhaftierten (soviel wie in der gesamten Bundesrepublik!).<sup>41 42</sup> Im Durchschnitt dauert der Haftaufenthalt 45 Tage, er ist also relativ kurz. Über 90% der Inhaftierten sind Schwarze (50%) oder Hispanos (40%). 85% der Insassen sind männlich. Ein großer Prozentsatz sind Drogengebraucher. Im Staat New York sind 22% wegen Rauschgiftdelikten unmittelbar inhaftiert, 26% haben eine dokumentierte Geschichte von Drogenkonsum aufzuweisen. In New York City selbst wird sogar davon ausgegangen, daß zwischen 60 und 70% der Inhaftierten Drogengebraucher sind. Zwischen 30 und 35% der Gefängnisinsassen in New Yorks Gefängnissen, so wird geschätzt, sind HIV-AK-positiv, d.h. rund 35.000 Inhaftierte pro Jahr.

In einer Studie über die Epidemiologie von AIDS in New Yorks Gefängnissen von Dale L. Morse wurden die AIDS-Vollbilderkrankungen in Haft und die AIDS-bedingten Todesfälle untersucht. Seit 1981 wurden 893 AIDS-Fälle gemeldet (1981: 3; 1982: 19; 1983: 53; 1984: 66; 1985: 141; 1986: 177; 1987: 222; 1988:

212). 861 (96%) betrafen Männer: davon 422 (47%) Hispanos, 344 (39%) Schwarze, 119 (13%) Weiße und 9 (1%) unbekannter Rasse. 783 (88%) waren i.v. Drogengebraucher und 63 (7%) homo-/bisexuelle i.v. Drogengebraucher, nur 25 (3%) homosexuelle Inhaftierte ohne Drogengebrauch. 1988 waren 4% aller AIDS-Erkrankten im Staat New York inhaftiert. AIDS ist der entscheidende Faktor bei Todesfällen unter Häftlingen geworden: 1987 waren 68% der Todesfälle AIDS-induziert.

In dieser Situation wurde in 18 Haftanstalten ein „Corrections AIDS Prevention Program“ (CAPP) entwickelt, um das Wissen über AIDS unter den Häftlingen und Bediensteten zu verbessern und risikoreiches Verhalten abzubauen. Dies soll durch den Vertrieb von Kondomen, eine HIV-AK-Testberatung und spezielle Angebote (video-spots, Diskussionsveranstaltungen, Einzelberatungen etc.) erreicht werden. Im Rahmen dieses Programms wurden 3100 Kondome vergeben; in 776 Fällen wurde ein HIV-AK-Test durchgeführt, wobei sich eine Seropositivität von 56% ergab. Zur Entlassung wird auch ein Informationspäckchen angeboten. In den ersten 21 Monaten des Programms haben 10 MitarbeiterInnen mehr als 60.000 Inhaftierte mit Informationen über AIDS erreichen können, 180.000 Informationsmaterialien wurden verteilt und mehr als 8.000 Gefängnisangestellte konnten informiert werden.

Außerdem werden von der Gefängnisverwaltung auch Methadon-Entgiftungs- und Methadon-Erhaltungsprogramme angeboten.<sup>43 44</sup> Für Crack-/Kokain-GebraucherInnen gibt es auch spezifische Angebote, wie z.B. Akupunktur. Diese Programme sind aber nur dann sinnvoll, wenn die Gefangenen nach der Haftentlassung die Behandlung fortsetzen können. Die Erfolge der Angebote wurden jedenfalls in Montréal sehr hoch bewertet. In dem KEEP-Programm im Zentralgefängnis auf Rikers Island erhielten 120 Insassen Methadon, 120 Methadon und eine intensive Beratung und 150 Methadon zur Entgiftung.

#### 3.2 HIV-Prävalenz in norditalienischen Gefängnissen

In einer Studie von Diego Serraino et al.<sup>45</sup> wurden 544 i.v. DUs befragt, von denen 231 (darunter 30 Frauen) berichteten, daß sie wenigstens einmal inhaftiert waren. 44% der Männer und 27% der Frauen in dieser Gruppe waren HIV-seropositiv. 47% teilten ihre Zellen mit anderen i.v. Drogenbrauchern. Von den HIV-Positiven gaben 19% an, Rasierapparate und Zahnbürsten mit anderen zu teilen; 9% dieser Gruppe erklärten, daß sie Spritzbestecke gemeinsam mit anderen benutzen; 2% gaben an, homosexuellen Verkehr auszuüben.

Die Forschergruppe spricht sich gegen die Absonderung von HIV-Positiven aus und plädiert für das Verteilen von sterilen Spritzbestecken auch in der Haft.

#### 3.3 HIV-Prävalenz in einem Gefängnis in Madrid, Spanien

Im Jugendgefängnis von Madrid wurden zwischen Dezember 1987 und September 1988 236 Insassen im Alter von 16 bis 20 Jahren auf freiwilliger Basis befragt. 59% von ihnen waren HIV-positiv, 87% waren i.v. Drogengebraucher. Die Prävalenz unter den i.v. DUs war dementsprechend höher und lag bei 67%! Nur

zwei der HIV-positiven jungen Männer waren nicht i.v. DUs; einer war Stricher und der andere hatte sich beim Tätowieren infiziert. 59% der Inhaftierten berichteten von einer stabilen heterosexuellen Beziehung, 23% von Analverkehr. Nur 7% benutzten immer Kondome und 64% praktizierten weiterhin Needle-sharing. Es wird ein wesentlich effektiveres Aufklärungsprogramm für diese signifikant gefährdete Gruppe von jungen i.v. Drogengebern gefordert.<sup>46</sup>

### 3.4 Inhaftierte als peer-group zur AIDS-Prävention in Australien

In einem Gefängnis in Sydney wurde ein Trainingsprogramm für Inhaftierte entwickelt<sup>47</sup>, die als Peer-group zur AIDS-Prävention im Gefängnis tätig werden sollten; das Programm wurde zusammen mit den Inhaftierten und Mitarbeitern einer AIDS-Hilfegruppe konzipiert, mit Diskussionen, Rollenspielen, Videoaufnahmen etc. Es zeigte sich, daß der Informationsstand über AIDS durch das Trainingsprogramm wesentlich verbessert wurde und die Kursteilnehmer erheblich besser informiert waren als die übrigen Insassen. Die Inhaftiertengruppe entwickelte ein kleines Theaterstück und einen Video-Film für das Fernsehprogramm des Gefängnisses und wurde in die Aufklärung der Mitgefangenen und des Personals einbezogen.

### 3.5 Gefängnisprojekt zur AIDS-Prävention in Oslo, Norwegen

Im Frühjahr 1985 ließen sich 70 Gefängnisinsassen in Oslo freiwillig auf HIV-AK testen; 7 von ihnen waren positiv. Das Kretsfengsel-Gefängnis in Oslo beherbergt am Tag 350 Häftlinge, über das Jahr verteilt 1900. Rund 44% davon sind i.v. Drogengebern. Das Gesundheitsamt in Oslo bewilligte im August 1987 aufgrund der besonders schwierigen Situation in den Haftanstalten ein Gefängnisprojekt, in dem ein Arzt, ein Psychologe, eine Krankenschwester und ein Pädagoge beschäftigt wurden. Ragnar Kvaerness et al. berichteten über die Erfahrungen in diesem Projekt.<sup>48</sup> Es sollte für 4 Gefängnisse mit rund 750 Insassen tätig werden, um die Entwicklung der Epidemiologie zu verfolgen, Vorbeugungsmaßnahmen zu propagieren, Betroffenen psychologische Unterstützung anzubieten und die Entwicklung einer HIV-Infektion auch somatisch zu begleiten. Wichtig war, daß das Team unabhängig vom Gefängnisystem arbeiten konnte, und daß die Kontakte zu den Gefangenen strikt freiwillig und anonym erfolgen konnten. Es war möglich, in Kleingruppen zu arbeiten, so daß auch über Themen wie Sexualität geredet werden konnte. Das Dilemma und die Paradoxien der Arbeit ergaben sich aus der Struktur des Gefängnisses: man informierte über den sicheren Gebrauch von Spritzbestecken und wußte doch gleichzeitig, daß sie im Gefängnis kaum zu erhalten waren; ebenso sollte das Thema Sexualität angesprochen werden in einer Umgebung, die dies eigentlich gar nicht zuläßt. Bis zum Mai 1989 wurden 4 Gruppen mit 25 Mitgliedern in den Männergefängnissen und 1 Gruppe mit 4 weiblichen Häftlingen unterstützt. Die individuelle Lebensqualität sollte auch im Gefängnis erhöht werden, Präventionsarbeit geleistet und HIV-Positive über den Verlauf der Infektion unterrichtet werden. Die Konfrontation mit Menschen, die sich in der gleichen

Situation befinden, war eine gute Voraussetzung, um Verhaltensänderungen anzusprechen, vor allem die hiermit verbundenen Schwierigkeiten und Probleme. Es wurden auch die PartnerInnen außerhalb des Gefängnisses angesprochen. Insgesamt erreichte man 51 HIV-positive Häftlinge, das sind 20% der registrierten HIV-positiven i.v. DUs in Norwegen. Ängste bei den Betroffenen, aber auch beim Gefängnispersonal konnten abgebaut werden.

### 3.6 HIV im Gefängnis: Ein Testfall für Menschenrechte

In einem vielbeachteten Vortrag ging der in der Schweiz arbeitende Jurist Timothy Harding<sup>49</sup> noch einmal umfassend auf die verschiedenen repressiven Strategien der Gefängnisbehörden in nahezu allen Staaten ein und machte deutlich, daß AIDS die ohnehin schon vorhandenen großen Lücken im medizinischen Versorgungssystem im Gefängnis offenbart hat. In der Regel betreiben die Behörden in den meisten europäischen Ländern eine Politik der Absonderung, der Einschränkung von Arbeitsmöglichkeiten, des Mangels an Anonymität und der durch psychischen Zwang erpreßten HIV-Tests. Demgegenüber fordert Harding den Anspruch der Häftlinge auf die gleiche Behandlung einer HIV-Infektion und einer AIDS-Erkrankung wie bei anderen Bürgern außerhalb der Gefängnisse: die Gefängnisinsassen sollten Zugang zu den gleichen Informationen über HIV und AIDS erhalten, der HIV-Test sollte strikt freiwillig sein und von einer Vor- und Nachberatung begleitet werden; HIV-positive Häftlinge sollten angemessene psychosoziale Unterstützung erhalten und in Bezug auf Unterbringung und Arbeitsmöglichkeiten wie andere Häftlinge behandelt werden; Häftlinge, die an AIDS erkrankten, sollten adäquate Behandlung erfahren, frühzeitig aus der Haft entlassen werden, und es sollte ihnen möglich sein, in Würde zu sterben. Die Behandlung von Gefängnisinsassen machte Harding zum Testfall dafür, wie ernst es die Regierungen mit dem Respekt vor den Menschenrechten in Bezug auf Menschen mit HIV und AIDS wirklich meinen, unabhängig von ihren Deklarationen.

## 4. Spritzenaustauschprogramme und Verhaltensänderungen

### 4.1 Spritzenaustauschprogramme in den USA

Für eine Studie von Mandell Wallace et al.<sup>50</sup> über Drogengebrauchsmuster wurden 1417 aktive DrogengebernInnen befragt, von denen 989 (70%) angaben, in den letzten 6 Monaten Needle-sharing betrieben zu haben.

In einer Studie aus New York von Lawrence S. Brown et al.<sup>51</sup> wurden 1987 und 1988 insgesamt 441 i.v. DrogengebernInnen befragt (62% Männer, 38% Frauen; 51% Schwarze, 42% Hispanos und 7% Weiße im Durchschnittsalter von 32 Jahren). Sie wurden in Methadon-Kliniken in Brooklyn und Manhattan befragt. Die HIV-Seroprävalenz lag in der Gruppe von 1987 (218 Befragte) bei 60% und 1988 (233 Befragte) bei 52%. Bei 19 von 23 in der ersten Gruppe bzw. 23 von 40 in der zweiten Gruppe, die bei früheren HIV-AK-Tests noch negativ

getestet worden waren, war es inzwischen zu einer Serokonversion gekommen. Es wurden signifikante Unterschiede zwischen Seropositiven und Seronegativen in der Häufigkeit des Needle-sharing und der Benutzung von „shooting galleries“ festgestellt. In der 1987er Gruppe waren alle seronegativen i.v. DUs, die das Needle-sharing aufgegeben hatten, auch seronegativ geblieben, während 12 von 18 (67%), die serokonvertiert waren, weiterhin Needle-sharing betrieben hatten.

In den USA – wo es sehr unterschiedliche Formen der Erhältlichkeit von sterilen Spritzbestecken gibt – beginnt man damit, in einigen Städten wie New York oder San Francisco aktive Spritzenaustauschprogramme gekoppelt mit Beratungsangeboten über richtigen Injektionsgebrauch bis hin zu Therapievermittlungen einzurichten. Allein der freie Zugang zu Spritzbestecken etwa über Apotheken scheint kein ausreichendes Mittel der Prävention darzustellen.

In einer Untersuchung in Portland, Oregon<sup>52</sup>, wurden 150 i.v. DUs interviewt (Durchschnittsalter: 28 Jahre, durchschnittliche Dauer des Drogenkonsums: 7,5 Jahre). Bei 25% war Heroin die Hauptdroge, bei 31% Kokain, bei 27% Amphetamine und bei 17% eine Mischung aus Heroin und Kokain oder Amphetaminen („speedball“). 79% erhielten ihre Spritzbestecke aus Apotheken oder Drogerien. Über die Hälfte (54%) berichtete von Needle-sharing-Praktiken beim i.v. Drogengebrauch; 15% davon tauschten die Spritzbestecke nur mit ihren Sexualpartnern, 39% auch mit Freunden und 46% mit Fremden. 50% gaben Bequemlichkeit als Hauptgrund an, weniger als 5% führten das Tauschen auf die Schwierigkeit der Erhältlichkeit zurück. 27% gaben an, ihr Spritzbesteck nie zu reinigen, 23% gebrauchten Bleach und 50% benutzten Wasser zur Reinigung. Über 95% wußten, daß HIV über unsteriles Spritzbesteck übertragbar ist.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Studie aus New Orleans<sup>53</sup>, wo 380 i.v. DUs befragt wurden (81% männlich, 19% weiblich; 73% Schwarze, 25% Weiße und 2% Hispanos; Durchschnittsalter: 32,5 Jahre). Die Hauptdroge war bei 31% Kokain, bei jeweils rund 19% Heroin, Amphetamine und Mischdrogen. Rund 70% gaben an, daß sie ihre Spritzbestecke tauschen. Da in diesem US-Bundesstaat Spritzen ohne Verschreibung erhältlich sind, kommen die Forscher zu dem Ergebnis, daß Spritzenaustauschprogramme keinen signifikanten Rückgang des Spritzentausches erzeugten.

Als besonderer „Risikofaktor“ in den USA kommen die sog. „shooting galleries“ in Frage, wo mit dem Kauf des Stoffes auch das Spritzbesteck „gemietet“ wird. Samuel Friedman<sup>54</sup> berichtet dabei von „shooting galleries“ in Apartments von Usern, die Bekannte zu sich kommen lassen. In New York geht man davon aus, daß 16% der i.v. DUs überwiegend solche „galleries“ benutzen und 48% nie; in anderen Gegenden 2% gegenüber 55%. Bei HeroingebraucherInnen, die in 4 Stunden 1 bis 2mal injizieren, tauschen 25-50% die Spritzbestecke und benutzen zwischen 12-25% Bleach; bei KokaingebraucherInnen tauschen – bei 4 bis 6 Injektionen in 4 Stunden – 60-68% und reinigen nur 10-15% mit Bleach; in „Crack“-Häusern mit 2 Injektionen pro 4 Stunden tauschen gar 90-100% der User die Spritzbestecke, während nur 8% sie mit Bleach reinigen. Das Problem ist auch, daß Methadon – anders als bei Heroin – bei Kokain keine „chemische Blockade“ erzeugt.

Spritzenaustauschprogramme gibt es noch nicht lange in den USA: Im August 1988 wurde in Tacoma, Washington, das erste dieser Programme gestartet,

und zwar in enger Zusammenarbeit von Polizei, Stadtrat und Gesundheitsamt. Etwa 300 (10% der geschätzten Gesamtzahl der i.v. Drogengebraucher) nehmen inzwischen daran wöchentlich teil. Das Programm wurde zunächst nur geduldet, mittlerweile wird es auch öffentlich finanziert.<sup>55</sup>

Holly Hagan<sup>56</sup> hat Trends in den Drogengebrauchsmustern in Tacoma untersucht und kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: die Befragten sind durchschnittlich seit 14 Jahren Spritzengebraucher; sie nahmen im Durchschnitt 3 Monate an dem Spritzenaustauschprogramm teil (also noch recht kurz). Insgesamt gaben 50% an, Drogen seltener zu injizieren, 15% berichteten von keiner Veränderung, während 35% häufiger injizierten als zuvor. Niemand aber hatte erst während des Programms mit dem i.v. Gebrauch begonnen (es waren auch Heroin-, Kokain-, Crack- und Marihuana-Raucher befragt worden sowie Klienten aus Methadon-Programmen). Damit konnte die Befürchtung von Gegnern des Programms, es führe zu erhöhtem Drogenkonsum, nicht bestätigt werden; es konnte allerdings auch kein signifikanter Rückgang der Injektionshäufigkeit festgestellt werden. Immerhin wurde eine relativ bedeutsame Gruppe in Detoxifikationsprogramme vermittelt.

In einer Studie von Donald Calsyn<sup>57</sup> aus Seattle, einem Gebiet, wo die HIV-Seroprävalenz niedriger ist als zunächst angenommen, wurden 1988 273 i.v. DUs in einem Behandlungsprogramm über ihre Needle-sharing-Praktiken befragt. Das Durchschnittsalter betrug 38,4 Jahre, 68% waren Männer, 32% Frauen; 70% waren Weiße, 24% Schwarze. 77% konsumierten hauptsächlich Opiate, 11% Kokain, 2% Amphetamine und 6% Äthanol. Im Vorjahr hatten 68,5% Needle-sharing betrieben, aber nur 20,4% in den letzten Monaten und zwar mit durchschnittlich 2 Personen (25% tauschten nur mit 1 Person). Meistens wurden die Spritzbestecke in Drogerien gekauft. I.v. Kokaingebraucher benutzten häufiger die gleichen Spritzbestecke als i.v. Gebraucher anderer Drogen. Die HIV-Seropositivität lag bei nur 1,2%. Im Resultat konnte festgestellt werden, daß die Mehrheit der i.v. Drogengebraucher in Seattle Needle-sharing vermeidet; in Seattle ist der Erwerb von Spritzbestecken nicht illegal.

Um zu untersuchen, welche Auswirkungen AIDS-Aufklärungsprogramme unter Drogenkonsumenten haben, die ihre Drogen nicht injizieren, wurden in New York 102 Heroin-Schnüffler befragt. 41% haben täglich Heroin inhaliert; 51% hatten Heroin früher auch injiziert, aber niemand länger als 2 Monate während der letzten 2 Jahre. 58% der Befragten waren Männer; 50% Weiße, 23% Schwarze und 27% Hispanos. An der Nachfolgestudie 8 Monate später nahmen noch 80% der Befragten teil. In dieser Studie von Don Des Jarlais<sup>58</sup> wußten alle, daß AIDS über intravenösen Drogenkonsum mit kontaminierten Spritzbestecken übertragbar ist. 63% berichteten, daß sie aus Angst vor Nadeln den i.v. Konsum aufgegeben haben, lediglich 23% gaben als Hauptgrund die Angst vor AIDS an. Zwischen erster Befragung und Nachfolgestudie injizierten 12% der Gruppe gelegentlich. Daher kommen die Forscher zu dem Schluß, daß intensive Aufklärung über AIDS allein nicht ausreichend ist, um eine nicht unbedeutende Minderheit von Heroin-Schnüfflern davon abzuhalten, Heroin intravenös zu konsumieren. Dies hängt offenbar mit engen Kontakten zu solchen Drogenkonsumenten zusammen, die sich die Drogen injizieren.

#### 4.1.1 Needle-sharing Erfahrungen in San Francisco, USA

Harvey Feldman et al.<sup>59</sup> haben untersucht, inwieweit sich Drogenkonsummuster aufgrund von AIDS-Aufklärung durch Streetworker, die auch die ethnischen Besonderheiten berücksichtigen, verändern. In San Francisco wird die Zahl der i.v. DUs auf 15.000 geschätzt, 15% davon sind wahrscheinlich HIV-positiv. 505 wurden in der Studie befragt. 87% von ihnen konsumieren Opiate, 77% davon wiederum Kombinationen von Heroin und Kokain. Amphetamine und Crack wurden von mehr als der Hälfte konsumiert. Der Gebrauch von Kondomen ist zwischen 1986 und 1988 von 25% auf 42% gestiegen; die Desinfizierung von Spritzbestecken (meistens durch Bleach) ist im gleichen Zeitraum von 39% auf über 70% angestiegen. 1/3 spritzt sich die Drogen immer daheim; 54% haben mit Injektionen schon in einem Alter unter 21 Jahren begonnen. Kontinuierliche Streetwork hat zu einem erheblichen Rückgang infektionsgefährlicher Drogenkonsumarten geführt.

In einer Studie von William J. Woods<sup>60</sup> über riskante Konsummuster bei i.v. DUs, die sich zur Zeit in einer Drogentherapie befinden, wurden zwischen April und September 1988 3028 i.v. DUs durch das Gesundheitsamt befragt. Signifikante Unterschiede im Needle-sharing-Verhalten wurden festgestellt hinsichtlich des Alters, des Bildungsniveaus, der Rasse, des Geschlechts und der Beschäftigung. Heroinkonsumenten betrieben häufiger Needle-sharing als Amphetaminegebraucher, noch häufiger kam es bei i.v. Kokainkonsumenten vor.

Eine Untersuchung von Joseph Gudyish et al.<sup>61</sup> über Verhaltensänderungen unter San Franciscos i.v. DUs bezüglich Needle-sharing und Needle-cleaning über einen Zeitraum von 2 Jahren berichtet von 7660 Klienten, die in zwei ambulanten Drogenentgiftungskliniken zwischen April 1986 und September 1988 befragt wurden. 93% der Befragten konsumierten Heroin, 40% waren nicht-weiß, 71% hatten wenigstens High-school-Ausbildung; das Durchschnittsalter betrug 36 Jahre. Die Zahl derjenigen, die Needle-sharing angaben, sank von 50% 1986 auf 28% 1988. In einer Detailstudie wurden folgende Risikofaktoren für das Needle-sharing ermittelt: Kokainkonsum, lange Dauer des Konsums und häufigeres Needle-sharing bei Weißen. Der Rückgang des Needle-sharing hat sich aber in den letzten Monaten verlangsamt, so daß zusätzliche Anstrengungen notwendig werden, verschiedene Subgruppen von Drogenkonsumenten erreichen zu können (z.B. die Heroin-/Kokain-Konsumenten).

Die Prevention Point Research Group<sup>62</sup> aus San Francisco begann 1988 ein anonymes, von Streetworkern getragenes Spritzenaustauschprogramm. Gebrauchte Spritzen wurden gegen neues steriles Spritzbesteck ausgetauscht. Die Bestecke wurden markiert, um die Rückgabequote ermitteln zu können. Eine Gruppe verteilte die Bestecke an einem festen Standort, eine andere ging unmitttelbar zu den bekannten Treffpunkten der DrogengebraucherInnen. Eine Auswertung über die ersten drei Monate liegt vor. 225 Klienten wurden dabei erreicht. 456 Spritzbestecke wurden ausgegeben. Die Rückgabequote lag bei 22%, wobei die Hälfte aus dem Bestand der markierten Spritzbestecke stammte. Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeit sind Anonymität und der Verzicht auf Umerziehung und Kriminalisierung. Die Pilotstudie zeigt, daß solche Programme ausgeweitet werden sollten.

#### 4.2 Der Einfluß von Politik und Gesetzgebung auf Spritzenaustauschprogramme in Canada

Anne Duffie und A. Orkin<sup>63</sup> haben untersucht, welche rechtlichen und politischen Faktoren Initiativen des öffentlichen Gesundheitswesens behindern, deren Ziel es ist, die Ausbreitung von HIV unter i.v. DrogengebraucherInnen in Canada zu verhindern. In Canada, wo Drogenpolitik immer stark von den USA beeinflusst war, wurde Opiatkonsum bereits 1908, als indirekte Folge der anti-asiatischen Unruhen, kriminalisiert. Später wurde die Gesetzgebung von dem Wunsch nach einer stärkeren Kontrolle des illegalen Drogenmarktes geleitet, den die Kriminalisierung ironischerweise erst zu schaffen geholfen hatte. Die seit 1961 geschaffenen Drogengesetze bestrafen den Besitz, den Handel und die Ein- und Ausfuhr von Drogen sehr hart, nicht aber den Eigenverbrauch. Behandlungseinrichtungen haben kaum Unterstützung gefunden. Das allgemeine Klima ist von einer harschen Ablehnung des illegalen Drogenkonsums und der Konsumenten geprägt. Anders als in den USA gibt es keine besonderen Gesetze, die den Besitz und Gebrauch von Spritzbestecken und Nadeln oder ihren Verkauf an DrogengebraucherInnen verbieten, aber die Regierungspolitik und andere Faktoren halten Apotheker davon ab. Auch die Ärztekammer hat erklärt, daß die Vergabe von Spritzbestecken an DrogengebraucherInnen unmoralisch bzw. illegal sei. Diese Zurückweisung von Spritzenaustauschprogrammen hat Furcht vor vermeintlichen Gesetzesübertretungen erzeugt. Das politische Klima behindert den Aufbau solcher (notwendigen) Programme erheblich, so daß erst ein einziges Pilotprogramm im Februar 1989 gestartet werden konnte. Es tut sich ein Konflikt auf zwischen dem dringenden Bedarf an Maßnahmen, die die Ausbreitung von HIV unter DrogengebraucherInnen verhindern, und solchen Programmen, die den Drogenkonsum unterbinden sollen. Es werden besondere Anstrengungen notwendig sein, um Politiker und Öffentlichkeit davon zu überzeugen, daß diese beiden Ziele nicht unvereinbar sind.

#### 4.3 Der Effekt eines Spritzenaustauschprogrammes nahe einer Methadonbehandlung in Sydney, Australien

Die Studie von A. Woodack et al.<sup>64</sup> untersucht, ob durch ein nahegelegenes Spritzenaustauschprogramm der Heroingebrauch in einem Methadonprogramm zunimmt. Im November 1986 war ein solches Programm in der Nähe einer Methadonklinik eröffnet worden. Es wurden die Urinproben von 128 Klienten des Methadonprogramms geprüft, die drei Monate vor und nach dem Beginn des Spritzenaustausches in Behandlung waren. Dabei wurde kein signifikanter Unterschied in den Urinbefunden festgestellt. Der Heroinkonsum muß also auf andere Faktoren zurückgeführt werden als auf die Verfügbarkeit von Bestecken.

#### 4.4 Ein HIV-Präventions-Spritzenaustauschprogramm in Lund, Schweden

Das Programm begann im November 1986 an der Klinik für Infektionskrankheiten in Lund. Es wurde von den örtlichen Drogenberatungsstellen unterstützt.<sup>65</sup>

Während der zweieinhalb Jahre seit Bestehen des Programms beteiligten sich 900 Personen mit über 4500 Besuchen an dem Programm. Ein ähnliches Programm, das später in Malmö gestartet wurde, erreichte 600 DrogengebraucherInnen. Die geschätzte Zahl der DrogengebraucherInnen in der südschwedischen Provinz Skåne (1 Mill. Bevölkerung) liegt bei 3000. 200 der Beteiligten besuchten das Programm häufiger als 5 mal, 80 häufiger als 10 mal und 30 häufiger als 20 mal. Folgende Resultate wurden festgestellt: unter den i.v. DUs in der Provinz ist es bislang noch nicht zu einer HIV-Epidemie gekommen (Prävalenzrate unter 1%); das Tauschen und gemeinsame Gebrauchen des Spritzbestecks ist zurückgegangen; die Zahl der HIV-AK-Tests stieg um das 9fache an; mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen waren bislang noch nicht auffällig gewordene DrogengebraucherInnen; es kam zu einem signifikanten Anstieg der Zahl derjenigen, die ein lokales Hilfsprogramm aufsuchten; es wurde kein genereller Anstieg des i.v. Drogenkonsums in der Gegend festgestellt.

#### 4.5 Spritzenaustausch in Zentral-London, GB

In einer Studie über den Spritzenaustausch in Zentral-London wurden zwischen Oktober 1987 und November 1988 die Teilnehmerzahl und deren Verhaltensänderung überprüft.<sup>66</sup> Durchschnittlich 257 i.v. DUs beteiligten sich monatlich an dem Programm und machten dabei ca. 762 Besuche. Rund 8950 Spritzen wurden ausgegeben bei einer Rückgabequote von 77%. Verglichen wurden das Needle-sharing-Verhalten und das Sexualverhalten am Anfang und am Ende der Untersuchung. Zu Beginn liehen sich 15% Spritzbestecke aus, am Ende nur noch 9%; es verliehen am Anfang 13% ihr Besteck, am Ende nur noch 7%; zu Beginn gaben 76% an, sexuell aktiv zu sein, später waren es 73%, aber der Kondomgebrauch ging von 48% auf 35% zurück und die HIV-AK-Prävalenz stieg von 6 auf 8%.

#### 4.6 Verhaltensänderungen bei französischen i.v. DrogengebraucherInnen

In Frankreich hat die Regierung im Mai 1987 den Verkauf von Spritzbestecken durch Apotheken ohne Verschreibungspflicht zugelassen. In einer Studie von P. Espinoza et al.<sup>67</sup> über DrogengebraucherInnen im Gefängnis von Fresne werden soziologische Merkmale, Drogenkonsummuster und sexuelle Praktiken untersucht. In der Gruppe A waren es 141 Inhaftierte, die 1986 ins Gefängnis kamen, in der Gruppe B 312 Drogengebraucher, die 1988 inhaftiert wurden. Das Durchschnittsalter betrug in beiden Gruppen 27 Jahre; hohe Rückfallquoten, eine hohe Arbeitslosenrate und eine große Zahl Lediger waren Grundmerkmale in beiden Gruppen. Zwischen beiden Gruppen konnten signifikante Verhaltensänderungen festgestellt werden. Die Zahl derer, die ihr Spritzbesteck nicht tauschten, stieg von 17% 1986 auf 54,4% 1988; die durchschnittliche Benutzung der Spritzbestecke sank von 8 Tagen auf 1,4 Tage, die durchschnittliche Zahl der Injektionen pro Spritzbesteck von 32 auf 5,6. Nur ein Drittel benutzt Kondome. Ihr Anteil ist sogar bei denjenigen rückläufig, die es früher immer benutzten. Die Zahl der bereits auf HIV Getesteten stieg von 21% auf 67%,

die Seropositivität liegt bei rund 50%. HIV-Positive leihen oder verleihen Spritzbestecke seltener und benutzen häufiger Kondome. Die Forscher plädieren für eine Ausweitung der freien Zugänglichkeit von Spritzbestecken und für besondere Aufklärungsaktionen über sexuelle Übertragungswege.

### 5. AIDS-präventive Auswirkungen der Vergabe von Methadon

---

#### 5.1 HIV-Seroprävalenz und -Serokonversionen in US-amerikanischen Methadon-Behandlungsprogrammen

In Montréal wurde eine Reihe amerikanischer Studien vorgestellt zu dem unter Drogenexperten noch immer z.T. heftig umstrittenen Thema der AIDS-präventiven Auswirkungen von Methadon-Behandlungsprogrammen. Von den sechs vorgestellten Studien aus Connecticut, San Francisco und New York kommen alle zu dem Ergebnis, daß ein HIV-präventiver Effekt von einer Methadon-Behandlung erwartet werden kann.

In Connecticut<sup>68</sup> wurde von April 1986 bis März 1987 und von Juli 1987 bis Juni 1988 die HIV-Seropositivität in zwei Gruppen von i.v. DUs, die Methadon-Programme aufsuchten, verglichen. Die Seropositivität lag in der ersten Gruppe bei 17% (30 von 181), in der zweiten Gruppe bei 15% (42 von 285). Das Needle-sharing ging drastisch zurück von 62% (137 von 221) auf 44% (156 von 351). Die Desinfektion der Spritzbestecke mit Bleach stieg von 12% auf 38% an. 85% der in der zweiten Gruppe befragten i.v. DUs berichteten vom Rückgang des Needle-sharing, 39% hatten weniger Sexualpartner aufgrund der Angst vor einer HIV-Übertragung, aber nur 9% benutzten Kondome „immer“ oder „häufig“. Die Seroprävalenz blieb innerhalb des untersuchten Zeitraums stabil und die vorsichtigeren Verhaltensweisen stiegen deutlich an.

In einer Studie von Andrew R. Moss et al.<sup>69</sup> über die Entwicklung der HIV-Seroprävalenz in einem Methadon-Behandlungsprogramm in San Francisco wurden 380 i.v. DUs seit 1985 mindestens zweimal untersucht. 11 von 380 (7 Männer, 4 Frauen) wiesen eine Serokonversion auf. Die Rate fiel deutlich von 7% zu Beginn, also im Jahr 1985, auf 2,4% im Jahr 1987. Die Serokonversionsrate in San Franciscos schwuler Community ist allerdings mit 0,5% deutlich geringer.

Eine andere Untersuchung aus San Francisco von James L. Sorensen<sup>70</sup> kommt zu dem Ergebnis, daß Methadon-Behandlungsprogramme „can be a powerful tool for preventing HIV infection“. Eine Gruppe von 42 HIV-positiven i.v. DUs in einer Methadon-Behandlung wurde dreimal befragt (zu Beginn, nach 3 Monaten, nach 12 Monaten), um Veränderungen in risikoträchtigen Verhaltensweisen festzustellen. Überprüft werden sollte die Effektivität der Methadon-Behandlung in bezug auf HIV-Prävention, den Rückgang des Needle-Sharing, risikanter Sexualpraktiken und des Heroinkonsums. Man kam zu folgenden Resultaten:



Tabelle Nr. 19

	Vorher	nach 3 Monaten	nach 12 Monaten
Needle-sharing	27%	8%	6%
Heroinkonsum	28%	6%	4%
Kokainkonsum	10%	5%	3%

Das Sexualverhalten veränderte sich nicht signifikant. Es konnte nur ein leichter Rückgang der sexuellen Aktivität festgestellt werden.

In einer Studie aus New York von Don C. Des Jarlais et al. wurden i.v. DUs, die in Manhattan über Streetwork erreicht wurden, über AIDS-spezifische Risikoaktivitäten, Verhaltensmodifikationen und Einstellungen zur Gesundheitsvorsorge befragt. 317 der Befragten beschrieben solche Verhaltensänderungen; 203 (64%) davon berichteten auch von dauerhaften Veränderungen, während 114 (36%) „rückfällig“ wurden. Vermutlich ist die Zahl noch höher, da Interviewpartner ihre Antworten oft im Sinne der herrschenden Wertvorstellungen formulieren. Deutliche Unterschiede ergaben sich allerdings beim Vergleich der Gruppe von Straßen-Junkies vor, innerhalb und nach einer Methadon-Behandlung. Vor der Behandlung gaben 96% an, täglich Drogen einzunehmen. 83% stellten den täglichen Konsum während der Behandlung ein, und 54% nahmen ihn nach der Behandlung wieder auf.

In einer weiteren Studie berichtet David M. Novick<sup>71</sup>, daß in einer Methadon-Langzeitbehandlung von sozial rehabilitierten Drogengebern kein Fall von HIV-Seropositivität auftrat. Von ursprünglich 68 langjährigen Drogengebern wurden 58 befragt, die in einem Methadon-Erhaltungsprogramm aufgenommen worden waren. Im Rahmen dieses Programms erhielten sozial rehabilitierte Drogengebern von niedergelassenen Ärzten Methadon und andere medizinische Versorgung. Einbezogen wurden Drogengebern, die fünf Jahre oder länger in einem Methadon-Behandlungsprogramm waren, einen stabilen Arbeitsplatz aufwiesen, keine kriminellen Aktivitäten entwickelten und keinen Alkohol- oder Drogenabusus betrieben, also eine relativ stark selektierte Gruppe. Keiner der 58 Patienten, die sich noch in diesem Programm befanden, war HIV-positiv. Hepatitis-B-Marker wurden bei 53 (91) festgestellt. Vor der Behandlung waren sie im Schnitt 10,3 Jahre abhängig, betrieben zu 91% Needle-sharing, hatten zu 78% sexuelle Kontakte zu anderen Drogengebern, waren also eine Gruppe, die ein hohes Infektionsrisiko aufwies. Sie erhielten in dem langfristigen Erhaltungsprogramm 60mg Methadon pro Tag über einen durchschnittlichen Zeitraum von inzwischen 15 Jahren; der erste Patient begann 1970 mit der Behandlung, der letzte 1979. Dieses Programm hat sich also gerade in New York, der Hochburg der HIV-Infektionsgefahr für i.v. DUs, als zeitstabil erwiesen. Allerdings bleibt zu bedenken, daß in diesem Programm eine stark ausgewählte Gruppe involviert war, die sozial stabilisiert war, wozu allerdings die kontinuierliche Methadon-Behandlung beitrug.

In einer Studie von Benedict Truman et al.<sup>72</sup> wird die HIV-Seropositivität von „neuen“ und „alten“ Patienten in Methadon-Behandlungsprogrammen in New York City verglichen. Von insgesamt 1062 Patienten aus 28 Methadon-Kliniken, die zwischen Juni 1988 und Januar 1989 untersucht wurden, waren 33,4% HIV-AK-positiv. Allerdings gab es signifikante Unterschiede zwischen

der Gruppe der „älteren“ Patienten, die eine Seropositivität von 27,2% aufwies, gegenüber 45,9% in der Gruppe der „neuen Patienten“. Die Forscher bewerteten dies als überzeugenden Beweis für die AIDS-präventive Wirkung der Methadon-Behandlung.

Tabelle Nr. 20

#### HIV-Seroprävalenz in New Yorker Methadon-Behandlungseinrichtungen bei „alten“ und „neuen“ Patienten

	Neue Pat.	HIV-Ak-positiv	Alte Pat.	HIV-Ak-positiv
<i>Geschlecht:</i>				
männlich	685	265 (38,7%)	618	155 (25,1%)
weiblich	357	123 (34,5%)	322	073 (22,7%)
o.A.	18	6 (33,3%)	16	8 (50,0%)
<i>Alter:</i>				
<20	8	(25,0%)	83	(21,7%)
20-29	289	(28,0%)	517	(28,1%)
30-39	542	(41,1%)	251	(20,7%)
40-49	172	(43,0%)	76	(17,1%)
50-59	26	(34,6%)	23	(26,1%)
>58	8	(25,0%)	6	(33,3%)
<i>Rasse:</i>				
Weiß	272	(26,1%)	414	(16,7%)
Schwarze	352	(44,9%)	256	(30,1%)
Hispanos	416	(38,5%)	278	(30,9%)
and./unb.	20	(25,0%)	8	(50,0%)
<i>Needle-sharing:</i>				
ja	188	(47,9%)	132	(28,8%)
nein	279	(22,2%)	105	(21,9%)
unb.	593	(40,8%)	719	(24,3%)
<i>Behandlungstyp:</i>				
MMT	922	(39,5%)	953	(24,7%)
Detoxif.	134	(22,4%)	–	–
unb.	4	–	3	–

#### 5.2 Medizinische und psychologische Effekte einer Methadon-Behandlung auf HIV-positive i.v. Drogengebern in Münster, Bundesrepublik Deutschland

In einer Studie der Uni-Klinik Münster von Peter Walger et al.<sup>73</sup> wurden 30 HIV-positive (CDC-Klassifikation IV) Patienten, darunter 10 Frauen, nach medizinischen, sozialen und psychologischen Parametern untersucht. Die Patienten hat-

ten ein Durchschnittsalter von 29,3 Jahren und befanden sich im Schnitt seit 13 Monaten (2-24) in Methadonbehandlung. Fünf von 30 wurden rückfällig, zwei davon nur für einige Wochen. Bei vier Patienten konnte aufgrund des fortgesetzten Drogenkonsums ihrer Partner keine Verbesserung erzielt werden. Drogeninduzierte Kriminalität und Prostitution gingen bei allen Patienten vollständig zurück. Verbesserungen der Lebensqualität wurden von allen festgestellt. Nur bei drei Patienten trat eine Verschlechterung des Immunstatus ein, davon bei zweien nach deren Rückfälligkeit. Die psychosoziale Stabilisierung durch die Methadonvergabe mit entsprechender Unterstützung wird als wichtiger Faktor auch zur HIV-Prophylaxe unter i.v. DrogengebraucherInnen angesehen.

### 5.3 Auswirkungen einer Methadon-Behandlung in Wien, Österreich

In einer Untersuchung über die Effekte einer Methadon-Behandlung für i.v. DrogengebraucherInnen in Österreich werden von Judith Hutterer<sup>74</sup> folgende Resultate berichtet: Seit Oktober 1987 werden ambulant an der Psychiatrischen Klinik in Wien i.v. DrogengebraucherInnen mit Methadon behandelt; 99 Männer und 37 Frauen wurden behandelt; das Durchschnittsalter betrug 29 Jahre, der erste Drogenkontakt fand mit rund 15 Jahren statt; die durchschnittliche Länge der Opiatabhängigkeit betrug 12 Jahre. Die Patienten befanden sich durchschnittlich 8 Monate in Methadon-Behandlung. Die Dosismenge betrug zu Beginn im Schnitt 65 mg, gegen Ende 77 mg. HIV-positiv sind 44% (Männer 75%, Frauen 25%). 50% der Gruppe werden als politoxikoman eingeschätzt, d.h. sie nehmen verschiedene Drogen (73,3% der Männer, 26,7% der Frauen). Vor der Methadon-Behandlung hatten 21,3% eine Arbeit, seit der Entwicklung des Programms 30,9%. 65% waren vorbestraft wegen Drogendelikten. Das Programm unterstützt die soziale Integration der TeilnehmerInnen.

## 6. Kokain-/Crack-Konsum und HIV/AIDS-Prävention

---

Der Anstieg des Kokain- bzw. Crack-Konsums unter i.v. Drogenkonsumenten in den USA stellt die HIV-Prävention vor neue Schwierigkeiten. Drei Studien beschreiben die Problematik. So erläutert eine Untersuchung von Diane Hartel et al.<sup>75</sup> aus New York den Zusammenhang von i.v. Kokaingebrauch und HIV-Prävalenz unter Methadon-Patienten in der Bronx. Zwischen 1972 und 1988 wurden 2242 Patienten behandelt. 1981 wurde in 24% der Urinproben zusätzlicher Kokain-Konsum festgestellt, 1988 bereits in 67%. Der Kokaingebrauch war mit einem Abbruch der Behandlung und der Fortsetzung von intravenösem Konsum verknüpft. Er ist bei Schwarzen (80%) und Hispanos (72%) stärker verbreitet als bei Weißen (53% 1988). AIDS-induzierte Todesfälle stiegen in der Zeit von 1984 bis 1987 um das sechsfache im Vergleich zu der Zeitspanne von 1978 bis 1983. Die Inzidenz betrug 1977 15%, 1983/84 20% und 1985 40%. Von 1981 bis 1988 stieg der Kokainkonsum um das dreifache an. Eine höhere Methadon-Dosis

führt zwar zu einer niedrigeren Aussteiger-Rate, insgesamt aber stieg die Zahl der Aussteiger an; Methadon-Wochenenddosierungen werden oft auf dem Schwarzmarkt für Kokain verkauft.

Ähnliche Probleme werden in zwei Studien aus San Francisco vorgestellt. In der Studie von A. Abramowitz et al.<sup>76</sup> werden die Daten von 3673 Klienten, die 1986 in Behandlung gingen, mit 4459 Klienten verglichen, die 1988 die Behandlung begonnen haben. Es sollte untersucht werden, inwieweit i.v. Kokainkonsum wegen der höheren Injektionsrate, häufigerem Needle-sharing und der Benutzung von „shooting galleries“ mit einem höheren HIV-Infektionsrisiko verbunden ist; Crack ist mit einem höheren Risiko von Geschlechtskrankheiten (Syphilis etc.) verbunden, weil es u.a. die sexuelle Aktivität erhöht und gleichzeitig die Anwendung von Schutzmechanismen (Kondomgebrauch) senkt und die Infektionsanfälligkeit durch drogeninduzierte Immunsuppressivität erhöht. 1986 gaben 31% der Befragten an, gelegentlich Kokain zu konsumieren, 1988 waren es bereits 41%. Als Hauptdroge galt Kokain 1986 bei 11%, 1988 waren es 16%. Allerdings berichteten Kokaingebraucher in höherem Maße, daß sie die Droge inhalierten statt zu injizieren; der Anteil der „smoker“ stieg von 53% im Jahr 1986 auf 80% im Jahr 1988. Die Zahl der Crack-Konsumenten unter 26 Jahren stieg dramatisch von 19% im Jahr 1986 auf 35% im Jahr 1988 an, insbesondere unter den Latinoamerikanern (von 1% auf 8%).

In einer weiteren Studie aus San Francisco von Robert E. Fullilove et al.<sup>77</sup> wurde das spezifische Infektionsrisiko unter jungen schwarzen Crack-Rauchern untersucht. 222 schwarze Jugendliche und Heranwachsende, die angaben, Crack-Konsumenten zu sein, wurden auf der Straße von schwarzen Streetworkern über ihr Drogenverhalten befragt und darüber, ob dieser Konsum Einfluß auf ihre Sexualgewohnheiten hat. Die Interviews entstanden zwischen Juli und September 1988. 15% berichteten, daß sie mehr als 10 Sexualpartner im letzten Jahr hatten, und nur 23% berichteten, daß sie Kondome benutzen. 51% hatten sexuelle Kontakte während des Crack-Konsums. 55% der befragten weiblichen schwarzen Jugendlichen hatten Geschlechtskrankheiten gegenüber 34% der männlichen. Crack-Konsum ist nach dieser Untersuchung zu einem erheblichen HIV-Infektionsrisiko geworden, insbesondere wegen der starken Zunahme der Geschlechtskrankheiten in dieser Gruppe.

## 7. Drogenkonsum, Sexualverhalten und HIV/AIDS-Prävention

---

Zahlreiche Studien haben in Montréal auf die notwendige Ausweitung der HIV-Prävention unter i.v. DrogengebraucherInnen hingewiesen. Dabei muß der Aspekt der sexuellen Übertragbarkeit mitberücksichtigt werden, weil sich zwar – unterstützt durch Spritzenaustauschprogramme und Verbreitung von Desinfektionsmitteln – das Needle-sharing-Verhalten signifikant verändert hat, nicht aber das Sexualverhalten. Diese Studien gehen im Ergebnis davon aus, daß spezifische Anstrengungen unternommen werden müssen, um in bezug auf das riskante Sexualverhalten neue „normative“ Prämissen unter der Gruppe der i.v. Drogenkonsumenten zu setzen. Dort, wo durch ausgebildete

„peer groups“, d.h. also engagierte User und Ex-User, die Botschaften des Safer Use und Safer Sex in Drogen- und Prostituiertenszenen getragen werden, zeigt sich Veränderungsbereitschaft. Solche Gruppen sollten stärker auch von staatlichen Stellen unterstützt werden.

Folgende Studien zum Problem wurden vorgestellt:

**John Weber et al.:** The Effects of AIDS Education on the Knowledge and Attitudes Towards AIDS by Substance Abusers in a Drug Detoxification Setting; Beth Israel Medical Center, NYC (Th.D.P. 76)

**Abu Abdul-Quader et al.:** Predictors of Attempted Sexual Behavior Change in a Street Sample of Active Male Drug Users in New York City; Narcotic and Drug Research Inc., NYC (Th.D.P. 64)

**Y. Serrano et al.:** Organizing Intravenous Drug Users Against AIDS; ADAPT, New York (Th.D.P. 66)

**Andrew Saxon et al.:** Sexual Behaviors of Intravenous Drug Users; Veterans Administration Medical Center, Seattle, USA (Th.D.P. 85)

**Eva-Maria Fahrner et al.:** Prevention and Counselling Activities of Drug Abuse Centers for HIV-Infected and Non-Infected Drug Addicts; Institut für Therapie-forschung, München (W.D.P. 86)

**Jaine Sunita et al.:** I.V. DU and AIDS: More Resistance to Changing Their Sexual Than Their Needle-Sharing Practices; University of California (W.D.P. 79)

**Paul M. Gibson et al.:** Drug Use and Sexual Behavior in Male Patients at an STD Clinic: Implications for AIDS Prevention; Dep. of Public Health, San Francisco (W.D.P. 82)

**Mary E. Halloran et al.:** Prevention of AIDS in IV Drug Users and its Consequences on the Epidemic in an Interacting Heterosexual Population; Harvard School of Public Health, Boston (W.D.P. 83)

**Wayne Wiebel et al.:** Risk Taking and Risk Reduction Among IV Drug Users in 4 US Cities; University of Illinois, Chicago (W.D.P. 66)

**A. Wodak et al.:** Relationship Between HIV Risk Behaviors, Knowledge and Serostatus of Sydney Intravenous Drug Users, 1987; Albion Street (AIDS) Center, Sydney, Australia (W.D.P. 62)

**Anneke van den Hoek et al.:** Heterosexual Behavior of Intravenous Drug Users; Municipal Health Service, Amsterdam, NL (Th.A.O. 13)

**Samuel Friedman et al.:** Effects of Changes in Drugs Injected on Drug Using Environments and on Risk Reduction among IV Users; Narcotic and Drug Research Inc., NYC, USA (Th.D.O. 3)

**Ron Stall et al.:** Sexual Risk for HIV Transmission in a Gay Male Substance-Abusing Population; Center for AIDS Prevention Studies, San Francisco, USA (W.D.P. 70)

**Melodie R. Schaefer et al.:** HIV Status and Risk Behavior in Participating and Non-Participating I.V. Drug Patients in a HIV Testing/Education Program; Hines Hospital, Ill. (W.D.P. 72)

**N. Wright et al.:** Do Male Intravenous Drug Abusers (IVDA) Give Consistent Responses to Behavioral Questions? Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand (W.D.P. 73)

## 8. Klinische Symptome bei AIDS-erkrankten i.v. DrogengebraucherInnen

In einer Studie von John K. Watters<sup>78</sup> über Endokarditis, subkutane Abszesse und andere bakterielle Infekte wurden 110 aktive DrogengebraucherInnen aus San Francisco über ihre Methoden zur Desinfektion der Einstichstellen, ihre Injektionspraktiken und zu ihrer medizinischen Vorgeschichte befragt. 44% gaben an, wenigstens zeitweise zu desinfizieren; 10% hatten eine Endokarditis-Vorgeschichte, und zwar vor allem diejenigen, die nie die Haut vor der Injektion säuberten. 38% berichteten über Spritzabszesse, auch hier deutlich mehr bei denjenigen, die die Injektionsstellen nicht desinfizierten. Zudem lag die Zahl der Klinikaufenthalte wegen anderer bakterieller Infekte bei den Nicht-Säuberern leicht höher. Frauen waren häufiger von solchen Infekten betroffen als Männer, Weiße häufiger als Schwarze. Bei Endokarditis wurde eine hohe Mortalität (41%) innerhalb von 3 Jahren gemeldet. 1/3 berichtete über entzündete Stellen auf der Haut. In der Regel wurde die Haut von den DrogengebraucherInnen mit Wasser gesäubert. Watters weist auf die Notwendigkeit hin, zur richtigen Desinfektion der Haut vor einer Injektion anzuleiten. Endokarditis trat nämlich nur bei 4,2% von denjenigen auf, die säuberten, gegenüber 14,5% von denjenigen, die nicht säuberten. Bei Abszessen verhielt es sich ähnlich: 25% der „Säuberer“ gegenüber 48,4% der „Nicht-Säuberer“ waren hiervon betroffen.

In einer Studie von Kenrad P. Nelson<sup>79</sup>, Baltimore, USA, ergaben sich signifikante Unterschiede bei bestimmten klinischen Symptomen. In einer Kohorte von 1785 aktiven DrogengebraucherInnen trat Dyspnoe nahezu doppelt so häufig bei HIV-Positiven auf wie bei HIV-Negativen; Müdigkeit trat etwas häufiger auf, Gewichtsverluste 1/3 häufiger und Endokarditis dreimal so oft. Keine signifikanten Unterschiede konnten hingegen bei Erkrankungen wie Durchfall, Lungenentzündung, Tuberkulose, Hepatitis, Zirrhosen, Tumoren oder Diabetes festgestellt werden.

Anders als Nelson stellen Helm/Stille et al.<sup>80</sup> aus Frankfurt fest, daß aktive Tuberkulose oder andere mykobakterielle Infektionen bei HIV-positiven i.v. DrogengebraucherInnen signifikant häufiger vorkommen. Bis 1984 wurden 726 Patienten mit TBC behandelt; zwei davon waren schwule Männer mit AIDS und zwei DrogengebraucherInnen. Von 1982 bis 1988 wurden an der Frankfurter Uniklinik 336 AIDS-Patienten behandelt; hiervon waren 31 oder 9,2% i.v. DrogengebraucherInnen. Von 50 HIV-AK-positiven TBC-Patienten waren 11 i.v. DrogengebraucherInnen. In 10 von 11 Fällen bei AIDS-kranken i.v. DrogengebraucherInnen trat eine TBC vor allen anderen AIDS-manifesten klinischen Symptomen auf, gegenüber nur 2 von 39 Patienten aus anderen Hauptbetroffenengruppen. TBC tritt bei i.v. DrogengebraucherInnen früher, häufiger und mit ernstere klinischen Konsequenzen auf.

Peter A. Selwyn et al. haben in einer Studie die Erfahrungen eines New Yorker Methadon-Programms beschrieben, bei dem i.v. DrogengebraucherInnen zusätzlich zur Methadon-Vergabe auch auf ihre HIV-spezifischen Symptome hin behandelt wurden. Ziel der Studie war es, die Durchführbarkeit und Akzeptanz solcher Behandlungsangebote zu untersuchen, nicht ihre Wirksamkeit. Dabei zeigte sich, daß es gleichermaßen auf die Kontinuität der Behandlung

wie auf die Einbeziehung der Wünsche der Patienten ankam. Außerdem konnte eine Reduktion von Klinikaufenthalten und Kriseninterventionen und eine Abnahme von HIV-Übertragungen durch die gleichzeitige Beratung zur Risikominderung von HIV-Infektionen festgestellt werden. Es wurden 16 (35%) HIV-AK-positive Patienten, 9 (16%) HIV-AK-negative und 21 (46%) mit unbekanntem Serostatus behandelt.

## 9. Mortalität und AIDS

Um die Auswirkungen von AIDS auf die Entwicklung von Krankheitsbildern und Sterblichkeitsraten unter i.v. DrogengebraucherInnen zu untersuchen, wurden entsprechende Trends in einem New Yorker ambulanten Methadonprogramm studiert. Peter A. Selwyn et al.<sup>81</sup> kommen dabei zu folgenden Resultaten: die Zahl der Behandelten aus der Bronx lag zwischen 821 und 898 im Jahr. Zwischen 1984 und 1987 beteiligten sich 943 (59%) männliche i.v. DUs, 655 (41%) weibliche i.v. DUs; davon 320 (20%) Weiße, 461 (27%) Schwarze, 631 (52%) Hispanos und 16 aus anderen ethnischen Gruppen. 844 (53%) waren vor 1984 in das Programm gekommen, 754 (47%) nach 1988. Die Mortalitätsrate stieg von 13,3/1000 im Jahr 1984 auf 44,2/1000 im Jahr 1988. Die Todesursache AIDS stieg von 3,6/1000 auf 14,7/1000, und mit AIDS zusammenhängende Ursachen wie Pneumonien, Endokarditis und Sepsis stiegen von 3,6/1000 auf 13,6/1000. Die AIDS-Inzidenz stieg von 6/1000 auf 20,4/1000. Die Krankenhausaufenthalte von i.v. DUs wegen AIDS, bakteriellen Pneumonien oder Tuberkulose innerhalb dieser Methadonbehandlung stiegen um 71%. AIDS ist zu einem bestimmenden Faktor für Todesursachen bei intravenösen DrogengebraucherInnen geworden.

## Resumée

Die vorgestellten Studien und die Gespräche, die in Montréal vor allem mit Mitgliedern der „International Working Group on AIDS and I.V. Drug Use“<sup>82</sup> geführt werden konnten, bestätigten die Analysen der Deutschen AIDS-Hilfe in ihrem Drogen-Strategiepapier 1988<sup>83</sup>: die Dynamik der HIV-Infektionsübertragungsketten in Drogen- und Prostituiertenszenen ist noch nicht durchbrochen, der gesundheitliche Zustand in der Population i.v. drogengebrauchender Menschen hat sich deutlich verschlechtert; Präventionsstrategien und -maßnahmen müssen auf einen den Lebensstil der Betroffenen akzeptierenden Grundeinstellung aufbauen und darauf, daß neben personellen Informations- und Kommunikationskanälen über Streetwork auch ein breitgefächertes Netz von infrastrukturellen Einrichtungen (Kontaktläden, Kriseninterventionszentren mit ambulanter medizinischer Grundversorgung, Entzugseinrichtungen, Beratungsstellen mit psychosozialen, Arbeits-, Wohnungs- und Therapieangeboten, Methadonbehandlung, drogenfreie Therapie, Förderung von Selbsthilfensätzen) geschaffen wird, um die Präventionsbotschaften des „safer use“ und

„safer sex“ greifbar zu machen. Spritzenaustauschprogramme erweisen sich international als ein wirksames Instrument der AIDS-Prävention in dieser Gruppe, ebenso scheinen Methadon-Behandlungsprogramme einen deutlich präventiven Effekt zu haben. Die Präventionsarbeit gestaltet sich dort am effektivsten, wo sie von einer Peer Group von ehemaligen oder aktuell i.v. Drogengebrauchenden getragen wird. Auch international zeigt sich, daß die Entkriminalisierung der i.v. DrogengebraucherInnen vordringlich für alle Präventionsbemühungen ist. Neben dem Hauptübertragungsweg bei i.v. Drogengebrauch durch gemeinsame Benutzung von Spritzbestecken muß in der Drogenszene der sexuelle Übertragungsweg allerdings als gleichberechtigt stärker ins Bewußtsein kommen, da zwar weltweit deutliche Verhaltensänderungen in bezug auf das Needle-sharing festzustellen sind, jedoch kaum auf Kondom-Benutzung. Als für die zukünftige Präventionsarbeit problematisch erweisen sich steigender Kokain/Crack- oder Heroin/Kokain-Konsum vor allem in den USA, wie auch die deutliche Zunahme von HIV-Infektionen unter Drogengebrauchern in Südostasien (vor allem Thailand). Die soziale und emotionale Unterstützung von HIV-positiven und vor allem an AIDS-erkrankten Drogengebrauchern aber scheint in der Zukunft der Dreh- und Angelpunkt eines humanen Umgangs mit dieser Krankheit in unseren Gesellschaften zu sein; dies vor allem, weil – wie in den USA – ethnische Minderheiten und/oder sogenannte „sozial randständige“ Gruppen von HIV und AIDS besonders betroffen sind, soweit es sich um Drogengebraucher handelt. Es fehlt hier nahezu überall an einer adäquaten Angebots- und Versorgungsstruktur. Die steigende Zahl von Betroffenen, die in Gefängnissen an AIDS sterben, ist – wie es der Schweizer Gerichtsmediziner Timothy Harding ausdrückte – „ein Prüfstein dafür, wie ernst es die Regierungen mit dem Respekt vor Menschenrechten in bezug auf Menschen mit HIV und AIDS wirklich meinen, unabhängig von ihren Deklarationen.“

## Anmerkungen

- 1) Die Klammerverweise am Ende der im folgenden zitierten Konferenzbeiträge enthalten den Schlüssel, unter dem diese im offiziellen Konferenzprogramm aufgelistet werden. Für weitere Informationen siehe Programme of the V. International Conference on AIDS: The Scientific and Social Challenge, Montréal June 4-9 1989
- 2) Daria M. Allen et al.: Seroprevalence of HIV Infection among I.V. DUs in the U.S., AIDS Program, CDC, Atlanta, USA (T.A.P. 10)
- 3) Richard Selite: Epidemiology of AIDS Associated with Intravenous Drug Use, United States, 1979-1988; Centers for Disease Control (CDC) (T.A.P. 37)
- 4) R. Wood et al.: HIV Prevalence among Different Groups of Intravenous Drug Users in Seattle, Washington (T.A.P. 57)
- 5) Nancy H. Corby et al.: HIV Serostatus and Risk Behaviors of Street I.V. DUs; Dep. of Public Health et al. (T.A.P. 42)
- 6) Benjamin Lewis: Coordinated Community Programs for HIV Surveillance among I.V. DUs (T.A.P. 35)
- 7) Allan E. Greenberg et al.: The Evolving Epidemiology of AIDS in New York City, Trends in AIDS Case Surveillance Data; NYC Dept. of Health, AIDS Surveillance Unit, AIDS-Program, CDC (W.A. 812)
- 8) Don D. Des Jarlais et al.: HIV-1 Infection among Intravenous Drug Users in Manhattan, New York City, from 1977 through 1987; New York State, Division of Substance Abuse, in: Jama 1989, 261:1008-1012
- 9) Lawrence S. Brown et al. (NIDA et al.): Demographic and Behavioral Features of HIV

- Infection in Intravenous Drug Users (IV-DUs) in New York City Drug Treatment Program; (T.A.P. 49)
- 10) W. Heckmann: AIDS-Prävention in der Drogen-Szene. In: *Bewährungshilfe*, 36, 1/2, 1989, 76ff.
- 11) Siehe Abschnitt 5 dieses Artikels
- 12) David M. Novick et al.: Drug Abuse Patterns and Ethnicity in IVDA during the Early Years of HIV Epidemic, Beth Israel Medical Center, New York (T.A.P. 48)
- 13) Samuel R. Friedman et al.: Risk Factors for HIV-1 Infection among Street-Recruited IVDU in NYC; *Narcotic and Drug Research Inc. et al.* (T.A.P. 12)
- 14) Im 23. Bericht des WHO Collaborating Centers (Paris) vom 31.12.1989 werden zu diesem Zeitpunkt 31.497 AIDS-Vollbilderkrankungen in Europa gemeldet. Seit Dezember des Vorjahres war ein Anstieg um 65% zu verzeichnen. Die Inzidenzraten (pro Million Einwohner) in Südeuropa (Frankreich, Spanien, Italien und in der Schweiz) steigen weiterhin, während in der Bundesrepublik, in den Niederlanden, Norwegen, Schweden und in Großbritannien ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist. Unter den 31.497 AIDS-Fällen waren 731 (2,3%) pädiatrische Fälle; 86,7% der Betroffenen waren Männer. Die betroffenen Frauen waren im Durchschnitt jünger als AIDS-erkrankte Männer. Die Zusammensetzung der „Hauptbetroffenengruppen“ hat sich bzgl. der Gruppe der homo-/bisexuellen Männern geändert: in Europa gehören 48,0% der AIDS-Fälle in diese Gruppe, während es im Vorjahr noch 56% waren. Seit Dezember 1988 sind in dieser Gruppe 50,4% neue Erkrankungen gemeldet worden. Einen erheblichen Anstieg gab es hingegen in der Gruppe der i.v. DrogengebraucherInnen. Der Anstieg der AIDS-Fälle betrug hier 94,6%; der Anteil an der Gesamtzahl der AIDS-Fälle betrug im Dezember 1989 bereits 30,4% (im Vorjahr waren es 23%), insbesondere durch die rasche Zunahme an AIDS-Erkrankungen unter FixerInnen in Spanien und Italien. In Italien gab es im Dezember 1989 5307 AIDS-Vollbilderkrankungen, von denen 3491 FixerInnen waren (66%), in Spanien waren es 4633 AIDS-Fälle, davon 2910 FixerInnen (63%). Dies ist insofern ein signifikanter Hinweis auf die rasche Zunahme von AIDS-Erkrankungen unter i.v. DrogengebraucherInnen, weil in Italien noch vor einem Jahr weniger Gesamterkrankungen gemeldet waren als in der Bundesrepublik. Aber auch in der BRD ist der Anstieg der AIDS-Erkrankungen unter i.v. DrogengebraucherInnen unvermindert: bis April 1990 sind dem BGA 4749 AIDS-Erkrankungen gemeldet worden, davon waren 629 FixerInnen (435 männlich, 194 weiblich), d.h. 13,25%. Im August 1989 waren es noch 250 (168 männlich, 82 weiblich), d.h. 10,8%. In Europa waren im Dezember 1989 9351 AIDS-erkrankte i.v. DUs gemeldet, ein Jahr zuvor betrug die Zahl noch 2845. Roel A. Coutinho vom Municipal Health Service Department of Public Health and Environment in Amsterdam (NL) prognostizierte in seinem vielbeachteten Vortrag über „Epidemiology and Control of AIDS among Drug Users“ in der Plenarsitzung am 7. Juni 1989, daß bis zum Jahresende 1990 in Europa mit 64.600 AIDS-Fällen gerechnet werden muß und daß dann die Zahl der erkrankten Drogengebraucher mit 28.400 höher sein wird (44%) als die Zahl der homo-/bisexuellen Männer mit 26.100 (41%).
- 15) Robert Olin / Kerstin Käll: HIV Status and Changes in Risk Behaviour among Intravenous Drug Abusers in Stockholm, 1987-1988, Dep. of Social Medicine, Sundbyberg (W.D.P. 76)
- 16) Christian Sohlberg et al.: A Study comparing non HIV-Related Deaths among HIV-Seropositive IVDU's with Deaths among Seronegative IVDU's in Oslo, Norway, the HIV-Prevalence and the Sero-conversion rate among IVDU's; Oslo City Health Department/Norwegian National Institute of Public Health. (Th.D.P. 68)
- 17) Harry van Haarstrecht et al.: No Trend in Yearly HIV-Seroprevalence Rates among IVDU in Amsterdam: 1986-1988; Municipal Health Service, Amsterdam (T.A.P. 36)
- 18) S. Sutherland / T.J. McManus: HIV Seroprevalence in Injecting Drug Users in South London 1985-1988 (T.A.P. 55)
- 19) Carol Steidmore / J.R. Robertson: Long Term Follow-Up and Assessment of HIV Serostatus and Risk Taking in a Cohort of 203 Intravenous Drug Users; Edinburgh Drug Addiction Study (T.A.P. 31)
- 20) F. Bschor / R. Bornemann et al.: Comparative Monitoring of HIV-Spread in the Parenteral Drug Abusers (PDA) Population of Berlin-W. and Hamburg; Freie Universität Berlin, Institut für Rechtsmedizin (T.A.P. 60)
- 21) Walentyna Macurkiewicz et al.: HIV Infection in Intravenous Drug Addicts; Medical Academy; Warschau, Polen (Th. D.P. 41)
- 22) Stefania Salmaso et al.: Second National Survey on HIV Infection, at Risk Behaviours and Behavioural Change among Italian Drug Users; Istituto Superiore di Sanità, Roma (T.A.P. 38)
- 23) S. Gafa et al.: Long Term Follow Up of a Cohort of Drug Abusers of the Area of Reggio Emilia (North Italy); Divisione Malattie infettive (Th.D.P. 67)
- 24) Alfredo Nicodoli: Incidence and Risk Factors of HIV Infection in a Cohort of Italian Drug Addicts (NISDA Study) (T.A.P. 41)
- 25) Jeffrey S. Mandell / K. J. Kitang: San Francisco Looks at AIDS in Southeast Asia; University of California, San Francisco AIDS Professional Education Project and Asian American Recovery Services; In: MIRA (Multiculture Inquiry and Research on AIDS), Vol 3, No 2, Spring 1989, 1-7 (W.D.P. 61)
- 26) E.K. Yedh et al.: Epidemiology of HIV Infection in Hongkong; Medical and Health Department (T.A.P. 120)
- 27) Pedro Cahn et al.: HIV-Infection among IV Drug Abusers in Buenos Aires; Argentina; Academia Nacional de Medicina (Th.D.P. 46)
- 28) Jerry Mandel, Michael Aldrich, Pat Bierneck: What Percentage of Intravenous Drug Users are Women? Project MENU (Methods of Estimating Needle Users at risk for AIDS), Mid-City Consortium to Combate AIDS, San Francisco (T.D.P. 13)
- 29) T. Arnold /R. Frietsch: Zur AIDS-Problematik in der Drogenarbeit – Ergebnisse einer Klientenbefragung. In: *Suchtgefahren* 33, 1987, 237-248
- 30) S. Staszewski et al.: Epidemiology of HIV Infection in Women from Frankfurt Area; Universitätsklinik Frankfurt (W.A.P. 3)
- 31) Isaac B. Weisfuse et al.: The Seroprevalence of HIV Infection in New York City Children; NYC Department of Health (W.A.P. 9)
- 32) Maria Rosario Araneta et al.: No Change in HIV-1 Seroprevalence among Parturients and Women Having Induced Abortions in NYC, 1987-1988; NYC Department of Health (W.A.P. 11)
- 33) Louise McFarland et al.: HIV Infection in Pregnant Women at a Public Hospital in New Orleans, Louisiana; Louisiana Dept. of Health and Hospitals (W.A.P. 8)
- 34) Patricia Sweeney et al.: HIV Infection among Women Attending Women's Health Clinics in the United States, 1988-89; CDC, Atlanta (W.D.O. 1)
- 35) Ann B. Williams: An Educational Assessment of Women at Risk for HIV through Intravenous Drug Use; School of Nursing, University of California, San Francisco (W.D.P. 42)
- 36) The Women's Center; Montefiore Medical Center; 3320 Rochambeau Avenue, Bronx, New York 10467 (Tel.: 212 920-4280)
- 37) Yolanda Serrano: Street Outreach Strategies for Intravenous Drug and Crack Users, Their Sexual Partners, and Addicted Prostitutes at Risk for HIV; ADAPT, New York City (Th.D.P. 65)
- 38) Katherine M. Franke: HIV-Related Discrimination in Abortion Clinics in New York City; AIDS Discrimination Division (T.D.P. 8)
- 39) Denise Ribble et al.: HIV Infection in Lesbians; NYC Community Health Project; (W.A.P. 10)
- 40) Else Smith et al.: HIV Infection in Women in Copenhagen; Dep. of Infectious Diseases, University of Copenhagen (W.B.P. 55)
- 41) Ellen Rautenberg et al.: Corrections AIDS Prevention Program (CAPP) in New York City; NYC Dep. of Health, Div. of AIDS Program Services (M.A.O. 43)
- 42) Dale L. Morse et al.: The Epidemiology of AIDS among New York State Prison inmates; NY State Dep. of Health, NY State Dep. of Correctional Services (Th.D.P. 45)
- 43) Steven G. Thomas: AIDS and Intravenous Drug Users: The Challenge for the Jail Administrator; Dep. of Correction, New York (T.D.O. 3)
- 44) Hermann Joseph et al.: Reducing HIV Transmission by Providing Methadone Treatment to Intravenous Drug Users in Jail; Narcotic and Drug Research Inc.; Dep. of Correction, NYC (W.D.P. 78)
- 45) Diego Serrano et al.: HIV Infection Spread in Northern Italian Prisons; Cancer Center, Aviano, Italia (M.A.O. 38)
- 46) C. Colomo et al.: Prevalence and Risk Factors for HIV Infection among Adolescent Inmates in Madrid; Madrid City Council (M.A.O. 41)

- 47) K. Begley et al.: Training Inmates as HIV Peer Support Counsellors in Gaol; Albion Street (AIDS) Center, Sydney (T.D.O. 30)
- 48) Ragnar Kvaerness et al.: HIV in Prisons. A Description and Evaluation of a Project Designed Specifically for Work with AIDS in Prisons; Etat for Miljørettet Helsevern, Seksjon for tiltak mot AIDS, Fengselsprosjektet, Oslo (Th.D.O. 17)
- 49) Timothy Harding: HIV in Prison: A Test Case for Human Rights; University Institute of Legal Medicine, Geneva, Schweiz (T.D.O. 1)
- 50) Mandell Wallace et al.: IVDU Characteristics Associated with Needle Sharing; School of Hygiene and Public Health, Baltimore, USA (Th.D.P. 50)
- 51) Lawrence S. Brown et al.: Mode of HIV Transmission among Seroconverted Intravenous Drug Users: 1987 and 1988 Cohort Study; Addiction Research and Treatment Corporation, NYC, USA (Th.D.P. 53)
- 52) D. Fleming et al.: Needle Sharing among IVDU's where Needles are Available without Prescription; Oregon Health Division (W.D.P. 69)
- 53) D.W. Lawrence et al.: Needle Sharing Practices among Intravenous Drug Users in a State Allowing the Purchase of Injecting Equipment; School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans (T.A.P. 33)
- 54) Samuel Friedman: Effects of Changes in Drug Injected on Drug Using Environments and on Risk Reduction among IV Users; Narcotic and Drug Research, New York (Th.D.O. 3)
- 55) David Purchase et al.: Historical Account of the Tacoma Syringe Exchange; Point Defiance AIDS Project, Tacoma (Th.D.P. 74)
- 56) Holly C. Hagan et al.: Drug Use among Participants in the Tacoma Syringe Exchange; Tacoma Pierce County Health (Th.D.O. 13)
- 57) Donald Calsyn et al.: Needle Sharing Patterns of Intravenous Drug Users; Veterans Administration Medical Center and University of Washington, Seattle (Th.D.P. 77)
- 58) Don C. Des Jarlais et al.: AIDS Education and the Transition from Non-Injecting Drug Use to Injecting Drug Use; New York State Division of Substance Abuse Services (Th.D.P. 75)
- 59) Harvey Feldman et al.: Modification of Needle Use in Out-of-Treatment Intravenous Drug Users; Youth Environment Study, San Francisco (Th.D.P. 62)
- 60) William J. Woods et al.: Predicting Needle-Sharing Behaviour of IVDU's in Treatment; UCSF Center for AIDS Prevention Studies, San Francisco (W.D.P. 74)
- 61) Joseph Guydish et al.: Sharing Needles: Risk Reduction among Intravenous Drug Users in San Francisco; University of California, Center for AIDS Prevention Studies (Th.D.P. 34)
- 62) Prevention Point Research Group: Street Based Needle Exchange Programs: The Next Step in HIV Prevention; Community based Research Group, San Francisco (Th.D.P. 73)
- 63) A. Duffie/A. Orkin: The Impact of Law and Policy on Needle and Syringes Exchange Programs in Canada; McGill Centre for Medicine, Ethics and Law; Montreal, Canada (Th.D.P. 32)
- 64) A. Woodack et al.: The Effect of a Needle and Syringe Exchange on a Methadone Maintenance Unit; University of New South Wales, Sydney, Australia (W.D.P. 63)
- 65) Kerstin Tunving et al.: A HIV-Prevention Syringe Exchange Program in Lund, Sweden: Observation of the Attitudes of: 1. Attending IVDU's; 2. Counsellors in a Nearby Drug Treatment Center; 3. Society; Dep. of Psychiatry and Neurochemistry, University of Lund (Th.D.P. 36). Dieselbe, et al.: A HIV-Prevention Syringe Exchange Program in Lund, Sweden. Two Years of Observations of the Attenders (W.D.P. 65)
- 66) Graham Hart et al.: Needle Exchange in Central London One Year Follow up; University College and Middlesex School of Medicine; London (T.A.O. 9)
- 67) E. Espinoza et al.: Changing Behavior in French i.v. Drug Abusers; Association des personnels soignants de prisonniers; Fresnes.
- 68) J. Nadler et al.: Trends in HIV Seroprevalence and Risk Behavior Among Drug Treatment Program Entrants; Connecticut Dep. of Health Services (T.A.O. 8)
- 69) Andrew R. Moss et al.: Seroconversions for HIV in Intravenous Drug Users in San Francisco; University of California (T.A.O. 11)
- 70) James L. Sorensen et al.: Methadone Maintenance and Behavior Change in Seropositive Drug Abusers; The San Francisco General Hospital Program for AIDS Counselling and Education (PACE); Center for AIDS Prevention Studies (Th.D.O. 5)
- 71) David M. Novick et al.: Absence of Antibody to HIV in long-term Socially Rehabilitated Methadone Maintenance Patients; Beth Israel Medical Center, New York City (W.D.P. 71)
- 72) Benedict Truman et al.: HIV-Infection among Intravenous Drug Users (IVDU's) in New York City; New York State Dep. of Health (T.A.P. 54)
- 73) Peter Walger et al.: Methadone Maintenance in HIV-Infected I.V. Drug Addicts – Medical and Psychosocial Effects; Medizinische Poliklinik der Universität Münster/Westfalen (Th.D.P. 69)
- 74) Judith Hutterer et al.: Survey of the Methadone Treatment Programme of the Outpatient Clinic of the Vienna Psychiatric University Hospital; Österreichische AIDS-Hilfe und Psychiatrisches Universitätshospital in Wien (Th.D.P. 71)
- 75) Diane Hartel et al.: Temporal Patterns of Cocaine Use and AIDS in IVDU in Methadone Maintenance (MM); Montefiore Medical Center, New York City (Th.D.O. 2)
- 76) A. Abramowitz et al.: Increasing Crack Use among Drug Users in an AIDS Epicenter San Francisco; Center for AIDS Prevention Studies, University of California (Th.D.P. 33)
- 77) Robert E. Fullilove et al.: Crack Cocaine Use and the Risk for AIDS among Black Teenagers in Oakland and San Francisco, California; Center for AIDS Prevention Studies, University of California (W.D.P. 61)
- 78) John K. Watters et al.: Endocarditis, Subcutaneous Abscesses and Other Bacterial Infections in Intravenous Drug Users and Their Association With Skin-Cleaning at Drug Injection Sites; University of California, San Francisco (Th.D.O. 4)
- 79) Kenrad E. Nelson et al.: Clinical Symptoms and Medical Histories of a Cohort of IV Drug Users: Correlation With HIV Seroprevalence; Johns Hopkins University, Baltimore (Th.D.P. 79)
- 80) Stille/Helm et al.: Mycobacterial Infections in HIV-Positive IVDA; Universitätsklinikum Frankfurt, Zentrum der Inneren Medizin (Th.B.O. 15)
- 81) Peter A. Selwyn et al.: Impact of AIDS on Morbidity and Mortality among Intravenous Drug Users (IVDU) in a Methadone Maintenance Treatment Program (MMP); Montefiore Medical Center, Bronx, NYC (Th.D.O. 16)
- 82) International Working Group on AIDS and IV Drug Use; c/o Narcotic and Drug Research Inc., 11 Beach Street, New York, N.Y. 10013. Die Deutsche AIDS-Hilfe ist Mitglied in dieser internationalen Vereinigung.
- 83) AIDS-Forum DAH Band I: AIDS und Drogen, Berlin 1988

## INTERVIEW ZU MONTREAL

Gespräch zwischen Hans Hengelein, dem D.A.H.-Referenten für Menschen mit HIV/AIDS und Wieland Speck, dem Regisseur des Safer-Sex-Pornos („Porno '90“) und der Porno-Spots der D.A.H.

---

**Wieland:** Als ich in Montréal ankam – das war etwa eine halbe Stunde vor der Eröffnungsveranstaltung –, suchte ich mit dem Koffer in der Hand meinen Weg durch das Kongreßzentrum, landete schließlich auf dem Dach, wo die Overflow-Monitore liefen. Plötzlich war ein wahnsinniger Krach zu hören. Der Minister, den man auf dem Bildschirm gerade sprechen sah, guckte etwas irritiert, und gleichzeitig sah man dann, als die Kamera zurückfuhr, daß viele Leute mit hochgehaltenen Schildern auf die Bühne stürmten. Du warst ja schon früher angereist, mit dem ganzen Stand der Deutschen AIDS-Hilfe und den anderen D.A.H.-Leuten: Wie ist es denn dazu gekommen?

**Hans:** Wir waren vor der AIDS-Konferenz bereits auf einer größeren Veranstaltung zu „non-governmental organizations“, also Nicht-Regierungsorganisationen, die sich mit AIDS beschäftigen und haben unter anderem versucht, politische Aktionsformen zu entwickeln. Und aus dieser Konferenz heraus wurde dann die Idee geboren, die Eröffnungsveranstaltung mit dem kanadischen Ministerpräsidenten Mulroney wegen seiner katastrophalen AIDS-Politik zu stören. Dies war in den Gruppen auch so abgesprochen. Das Dilemma war dann, daß die Eröffnungshalle viel zu klein war und die meisten von uns vor der Tür standen, während im Saal Leute auf den Stühlen stehend mit Spruchtafeln auf die Mißstände hinwiesen.

**Wieland:** Es war ja ein großes Novum dieses Kongresses, der bis dato hauptsächlich medizinisch orientiert war, daß zum ersten Mal Vertreter von Sozialwissenschaften integriert waren sowie Künstler, die sich zu AIDS äußern und ebenso Aktivisten aus der Schwulenbewegung. Die Gegenaktion war dann letztlich dominiert von der New Yorker AIDS-Aktivistengruppe „Act up“, die unwahrscheinlich gut organisiert waren. Wie fühlten sich andere Aktivisten oder Leute von AIDS-Hilfen wie der Deutschen AIDS-Hilfe, die ja eine von denen ganz vorne ist, wie ich dort auch wieder erleben konnte. Was war da für eine Solidarität?

**Hans:** Ich glaube, das ist im Moment eher eine theoretische Solidarität, weil Formen des gewaltfreien Widerstandes oder phantasievolle Aktionsformen, z.B. gegen die offiziell verordnete AIDS-Politik, erstmal in den USA und Kanada beheimatet sind und sich nicht so ohne weiteres auf Europa übertragen lassen. Das ist das eine. Das andere ist, daß wir natürlich schon mal aufgrund unseres Gesundheitssystems, unseres Sozialsystems und unserer gesellschaftlichen und



politischen Voraussetzungen Aktionsformen zu anderen Inhalten entwickeln müßten. Insofern war das, was da geschah, von den US-Amerikanern und den Kanadiern dominiert. Allerdings war es eine sehr sympathische Herangehensweise. Um diese Art des Protestes bei uns zu entwickeln, wäre es notwendig gewesen, daß z.B. nicht nur die Deutsche AIDS-Hilfe, sondern auch andere Gruppierungen es Positiven hätten möglich machen müssen, nach Montréal zu reisen. Hier stehen wir meiner Meinung nach erst am Anfang.

**Wieland:** Da es ja nun hauptsächlich ein medizinischer Kongreß ist, fragt man sich, wie weit kann man jetzt mit anderen Aktionen überhaupt zu Wort kommen. Diese übliche Verbeugung vor dem Fachmann, dem Arzt, dem kleinen Gott in Weiß, das war durchaus ein sehr starkes Thema auf diesem Kongreß. AIDS ist wirklich ein Modellfall, weil es eine junge Krankheit ist und weil sie bestimmte soziale Gruppen in dieser modernen Gesellschaft betrifft. Dazu kommt die Erfahrung, daß Patienten nicht mehr kuschen, sondern sich auch zu Wort melden. Gerade weil die Patienten Schwule sind, die sowieso schon haben lernen müssen, sich sehr viel bewußter und sehr viel aktiver durchzusetzen, gab es diese klassische Auseinandersetzung auf diesem Kongreß, auf dem der Begriff Homosexualität ganz selten fiel. Es wurde gesagt, gut, es gibt die Verbreitung in Afrika, allerdings sah man trotzdem sehr wenige schwarze Leute; es ist der weiße amerikanische Schwule, der eben am meisten bedroht ist, und gleichzeitig hat man eben all die vielen Weltkarrieren der Mediziner, die eben an dieser Krankheit arbeiten. In der Messehalle z.B. waren phantastische futuristische Stände aufgebaut von Hoffmann La Roche, Ciba Geigy etc., und zwischen all diesen Ständen, wo man wunderbare Drei-D-Modelle des Antikörpers in fulminanten Aufmachungen sehen konnte – ich denke hier nur an das Maison De France, ein riesiges Schiff aus weißen Segeln, wo in weißen Säulen Monitore über AIDS tönnten, wo man sich denkt, was ist jetzt los –, dazwischen stand also diese kleine gezimmerte Büchse von der Deutschen AIDS-Hilfe und war belagert vom ersten Tag an, und zwar nicht nur wegen der Pornos, das war dann natürlich der Hit der ganzen Sache, aber allein schon wegen der Plakate und wegen der Postkarten. Es war ein verrücktes Mißverhältnis zu sehen, daß ein paar wenige ein riesiges Interesse erwecken und diese luxuriösen Stände immer gähnend leer waren. Da geht also nur einer hin, um sich – und das war ganz gräßlich an diesem Kongreß – anzugucken, wie der neue 10-Minuten-Test funktioniert. 10-Minuten-Tests werden angeboten von verschiedenen Firmen dort, auch ein 5-Minuten-Test. Zwar ist es so, daß es kaum ein Land gibt, das solche Praktiken überhaupt legalisiert hat, aber gleichzeitig wird man sicher sein können, daß diese Firmen, die so viel Geld in die Entwicklung investiert haben, ihre Lobby schon in Bewegung setzen werden, damit die Zöllner eines Tages aus ihrer Brusttasche dieses kontaktlinsenwaschbehältergroße Ding ziehen und per Fingerpieks Einreisende gleich mal für positiv oder negativ erklären können, um sie dann wieder zurückzuschicken oder sonst etwas mit ihnen zu machen. Also eine ganz gefährliche Sache und dazwischen dann dieser Stand mit einem Pulk von Ärzten und Ärztinnen davor, die in ihren Kostümen auf der Auslegware saßen, um sich dann die Pornos anzugucken, genauer: diese-Safer-Sex-Spots, die wir eben gemacht haben, wegen derer ich ja auch da war. Ich war außerdem eingeladen von Sidart, das war diese angegliederte Abteilung „Künstler und AIDS“. Ich hatte da einen Vortrag zu halten zum Thema: AIDS-

Ästhetik und Aktivismus. Da habe ich diesen einen Spot gezeigt, für den auch eben vier Künstler verantwortlich zeichnen, nämlich der Schriftsteller Detlev Meyer, der Dichter Max Goltz, Eschi Rehm als Komponist und ich. Das war ein aufrührerischer Erfolg. Dann hielt ich noch ein Referat über „Porno, Safer Sex und Verhaltensänderung“, was zu einer völlig überfüllten Vortragsituation führte, so daß über die Monitore in die Gänge und auf das Dach des Kongresses übertragen werden mußte, weil alle diese Ärzte und Ärztinnen nun endlich mal sehen wollten: wie sieht es eigentlich aus, wenn Schwule Sex machen! Wie sieht das aus, worauf sie ihre Karriere gründen. Das war schon ein enormes Erlebnis, allerdings war es auch vorauszusehen, wenn man Sex zeigt, kommt alles gerannt, Sex ist immer ein Skandal und immer ein großer Erfolg. Und so war es eben auch da. Zum politischen Aspekt, wenn ihr diese Pornos als Deutsche AIDS-Hilfe, als eine staatlich unterstützte Organisation an die Weltöffentlichkeit bringt, kannst du mir dazu etwas sagen?

**Hans:** Ja, das umfaßt verschiedene Aspekte. Denn auf der einen Seite fand ich es faszinierend, bei den Aufführungen neben dem Monitor zu sitzen, also den Porno nicht zu sehen, sondern den Porno nur zu hören. Nach drei Tagen kannte ich jeden einzelnen Stöhner. Am vierten Tag gab es bei mir irgendwann einen Koller und ich habe gesagt, wenn der Porno läuft, dann gehe ich, ich bleibe nicht länger. Das lag aber eigentlich eher am Publikum. Also ich hatte schon gedacht, daß es die Leute wirklich interessiert. Ich habe nichts gegen Spanner, nur bei manchen, nachdem die sich das Video zum sechsten oder achten Mal reingezogen hatten, da dachte ich, na gut, mit wissenschaftlichem Interesse hat das sicher nichts mehr zu tun, sondern einfach damit, sich aufzulegen. Ist ja auch o.k., gleichzeitig aber wiederum zwiespältig, denn wenn sich die Leute dann wirklich einen abwischen wollten, dann war das halt doch nicht möglich. Insofern blieb es ein zwiespältiges Experiment, das man nicht so richtig hinterfragen konnte. Ein anderes Phänomen mit dem Porno war, daß es mindestens genauso viele Frauen wie Schwule gab, die schon früh morgens nach der nächsten Aufführung des Pornos fragten. Und es fiel auch auf, daß viele Lesben sich den Film angeschaut haben, oft mit dem Wunsch an uns, wir sollten auch einen Safer-Sex-Lesbenporno produzieren. Insgesamt stehe ich nach wie vor zu diesem Vorgehen, ich trage es mit und ich habe auch keine Angst, mich mit dem Ministerium herumzuschlagen, denn wenn man sich Präventionskonzepte überlegt, dann sind sie vielfältig. Und das visuelle Herangehen ist genauso wichtig wie die Broschüren oder wie das gesprochene Wort. Es blieb aber bis zu einem gewissen Grad gegenseitiger Voyeurismus. Pornographie wurde plötzlich in der Öffentlichkeit konsumiert, ohne daß es darüber eine wirkliche Auseinandersetzung gab. Wie war denn das für Dich in Deinen Vorträgen, wo es genau um Begriffe wie Antipornographie, Zensur, den Einsatz von Pornographie in der Prävention ging?

**Wieland:** Die PorNo-Kampagne zum Beispiel ist nicht etwas, das sich gegen die Art Pornographie richtet, die ich jetzt gerade gemacht habe. Nicht nur weil die Pornographie erstmal der Aufklärung dient. Ich habe ja ein Konzept von Spots entwickelt, die als Vorfilme laufen sollen vor Pornos, die z.B. nicht safe sind. Das heißt, wer sich eine Pornokassette kauft oder mietet, hat automatisch einen Safer-Sex-Spot, der auch so geil sein kann, daß er eben als Porno funktioniert. Was Alice Schwarzer ins Spiel gebracht hat, nämlich die Erniedrigung der

Frau im Porno und die Art, wie Heterosexualität darin dargestellt wird, nämlich daß die Frauen im Prinzip gar nicht als Frauen auftauchen, sondern rein als Wunschdenken der heterosexuellen Männer, das finde ich sehr wichtig für die Diskussion, weil uns das ermöglichen wird, über Pornographie ernsthafter zu reden. Pornographie ist ja nur deshalb nötig, weil sie aus dem gesamten anderen medialen Leben dieser ersten Welt ausgeschlossen ist. Jeder Film, den man sieht, wird mit Sicherheit keine pornographischen Teile enthalten. Wenn ich fernsehe oder ins Kino gehe, weiß ich von vorneherein mit Sicherheit, ich werde keinen steifen Schwanz sehen. Und dieses Wissen führt dazu, daß die Sexualität nach wie vor unterm Tisch bleibt, wo sie in dieser Kultur immer schon war. Deshalb entstehen diese Nischen, wo all die Szenen, die in den Spielfilmen fehlen, quasi pur vorkommen, und das ist Porno. Ich meine, wir müßten versuchen, re-integrativ zu wirken und wir müssen die Kultur und die Sexualität wieder zusammenbringen. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt, bezogen auf unsere Herrschaftsformen. Von daher bin ich also mit der Schwarzer in vielen Sachen wirklich sehr einverstanden, und bezeichnend ist die Diskussion, wie sie geführt wird, nämlich Frau Schwarzer wird quasi beleidigt, während man über diese PorNo-Kampagne redet und zwar fast von allen Leuten, wenn man sie reden hört. In Montréal war die Erfahrung mit Porno die, daß dieses Fachpublikum mal sehen wollte, was da hergestellt wurde für die Deutsche AIDS-Hilfe. Es sind 6 Filme, einer ist gedacht für Gruppen. Alle anderen sind eigentlich so angelegt, daß sie entweder als Vorfilme vor Pornofilmen für die Leute zuhause laufen, die sich die Kassetten eben beschaffen, oder aber für Safer-Sex-Gesprächskreise, wo Leute zusammenkommen, um über Safer Sex und ihre Probleme damit zu reden und sich dann einen Film anzugucken, wo sie sehen, daß es funktionieren kann. Von daher war das in Montréal eine Ausnahmesituation. Es gab nicht das eigentliche Zielpublikum für diese Filme, von daher rührte auch eine schwierige Situation, ganz klar, das lag auf der Hand. Na gut, der Erfolg war groß, gleichzeitig wird es natürlich einige Ärzte geben, die im Hintergrund dagegen arbeiten werden, das ist uns auch deutlich geworden, das wissen wir inzwischen auch. Aber das haben wir ja von vorneherein gewußt, deshalb ist es ja immer eine offensive Sache, mit Sexualität nach außen zu gehen. Die andere Frage ist, wie fassen Lesben Schwulenpornos auf, und da muß ich sagen sehr gut.

Es war für mich auch eine tolle Erfahrung, einfach so über Sexualität zu sprechen, zu sagen, schaut, unsere Kultur benutzt Sexualität wie diese süßen Trauben, die zu hoch hängen, und wir, die wir Sexualität als Teil unserer Identität begreifen – und gerade als Schwuler ist man ja über die Sexualität noch mehr definiert, als den meisten von uns oft lieb ist –, müssen diese Trauben runterholen. Wir müssen entscheiden können, ob wir sie wollen oder nicht. Wenn sie nämlich immer hochhängen, hat man das Gefühl, man will sie, weil man nicht weiß, ob man sie jemals kriegt. Dieser Effekt führt zu Herrschaftsverhältnissen, die man im Prinzip erst einmal neutralisieren müßte, um überhaupt eine Emanzipation zu ermöglichen. Von daher war es eine gute Diskussion und das haben die Lesben genauso begriffen. Ich finde auch, daß die Lesben dringend Pornos machen müßten. Ich kann keinen Lesbenporno machen, das ist klar. Ich habe vorgeschlagen, Heterospots zu machen und zwar in Co-Regie mit einer Frau, um auf diese Art und Weise die Geschlechter wirklich kommunikativ zu ma-

chen, nicht nur irgendwelche abgegriffenen Wunschbilder zu projizieren, sondern eine kommunikative, kultivierte Darstellung der Sexualität zu finden.

**Hans:** Ich würde gerne noch einmal auf die deutschen Besucher an unserem Stand zurückkommen. Die Bundesrepublik scheint ja auf dem Wissenschaftsmarkt entsexualisiert zu sein, und unsere ärztliche Versorgung ist anscheinend fest in heterosexueller Hand. Es gab kaum jemand, der daran Interesse hatte, mit uns zu diskutieren, sondern die meisten hatten zunächst das Bedürfnis, sich von uns distanzieren. Außer von ein paar Leuten, die man sowieso kennt, gab es überhaupt keinen Zuspruch, sondern nur den Versuch hinter den Kulissen, diesen Film zu kippen. Und das sagt ja viel über Menschen, die in einem Bereich forschen, der von Homosexualität nicht zu trennen ist. Und wie waren Deine Eindrücke? Ist Dir auch aufgefallen, daß die US-Amerikaner – denen man ja vorhält, sie wären pröder als wir – einen offeneren Umgang mit dem hatten, was wir da anboten?

**Wieland:** Ein nationaler Aspekt spielt auf jeden Fall rein. Das heißt, wenn amerikanische Ärzte sagen, daß es bei ihnen niemals möglich wäre, so einen Porno mit öffentlichen Geldern zu machen, mußte ich sie erstmal aufklären, daß das überhaupt nicht stimmt. Schon im Jahr '85 gab es von der „gay men's health crisis“, New York, die auch einen Stand hatten und mit neuem pornographischen Material vertreten waren, etwas Ähnliches, auch staatlich finanziert; das hat allerdings aus verschiedenen Gründen nicht gut funktioniert. Die Deutschen waren natürlich sehr kritisch und dachten vielleicht, huch, wenn sie dem jetzt zustimmten, setzten sie sich zuhause in die Nesseln, während ein Amerikaner auf dem Kongreß zu mir sowas natürlich leichter sagen kann. Keiner wird ihn jemals wieder darauf festnageln. Zum zweiten ist Sexualität ein großes Tabu, und Ärzte behandeln lieber Männer, die aus irgendwelchen Gründen keinen hochkriegen, die fortpflanzungsmäßig nicht zurechtkommen, die dann mit den schrillsten, aber wirklich schrillsten Techniken versorgt werden. Da werden Körperteile aufgeschnitten und es werden künstliche Erektionen eingebastelt usw., da wird die Baukastenmentalität legomäßig angewendet, bloß nicht an die Gefühle denken. Es geht nicht um den Menschen, der mit seiner Sexualität kommunizieren lernt, sondern: dieser Stecker muß in die Dose, damit der Funke dann überspringt, damit die Menschheit bleibt, wie sie ist. Diese Mentalität kann natürlich nicht mit einer lustfreundlichen Veröffentlichung von Sexualität einverstanden sein. Die würden ihr Leben darüber infrage stellen. Von daher ist eigentlich unter dem Stichwort Homophobie für mich ganz klar, weshalb die so reagieren.

**Hans:** Wieso bist du eigentlich mit dem Pornoprojekt letztendlich bei der Deutschen AIDS-Hilfe gelandet? Ich meine, schwule Pornoproduzenten hätten längst die Möglichkeiten sehen müssen, in den Markt einzusteigen. Das einzige, woran ich mich in diesem Zusammenhang erinnere, ist Pornostar Al Parker mit seiner Bratfolie, der uns erzählen wollte, daß es eben damit ganz besonders geil wäre, arschzulecken.

**Wieland:** Die Geschichte ist schon fast fünf Jahre alt, ich habe damals gerade das Konzept für die Spots gemacht. Es gibt in der Bundesrepublik keine schwule Porno-Produktion und somit auch keinen Einstieg in die weltweite Mafia, dominiert zu 85% von den USA, 10% Frankreich und 5% sonstige, irgendwelche Schmuddelvideos aus Nordeuropa. Ich bin mit dem Konzept zu Gum-

mifabrikanten gegangen, die jedoch keine Werbemittel dafür rausrücken wollten. Dann habe ich mich an Pornoproduzenten gewandt, das wären eigentlich die richtigen Leute gewesen, und zwar in Frankreich und den USA, wo ich mit drei Produzenten gesprochen habe, in Frankreich mit einem, und alle waren interessiert, aber Geld wollten sie dafür nicht vorschießen. Sie hatten sich doch tatsächlich schon daran gewöhnt, daß eigentlich der Staat eingreifen müßte, wo es doch darum gehe, die Leute vor Schaden zu bewahren. Das ist schon ein witziger Aspekt. Auf jeden Fall: dieser ganze Weg hat schon seine 4 Jahre gedauert, bis dann die Deutsche AIDS-Hilfe an mich herantrat. Dort hatte man festgestellt, daß für die Safer-Sex-Gesprächskreise eben solche Filme fehlten, Filme, in denen Sexualität lustvoll dargestellt wird und zwar so, daß HIV nicht übertragen werden kann, also die Praktikabilität von Kondomgebrauch gezeigt wird. Ich habe sehr viele Interviews mit Leuten geführt, die Probleme hatten, den Gummi drüberzukriegen. Die sagen, wenn ich es schon schaffe, einen Partner irgendwo aufzutreiben – wir reden immer so, als ob alles fickt wie blöde; also so wild ist es nicht, wenn du mit den einzelnen redest, dann siehst du doch, wieviel Aufwand oft drin steckt, bis es mal zum Sex kommt – und dann in dieser Situation, die sich psychologisch schon recht raffiniert herausgebildet hat, auch noch zu gucken, wo ist der Präser und wie mache ich ihn jetzt drüber, was macht der andere wohl für ein Gesicht, wenn er es sieht und so weiter, schwupp, ist die Erektion flöten. Man kann natürlich sagen, das ist albern, kann ja nicht so schwer sein, einen Präser drüberzukriegen, stimmt. Aber man muß einfach die Übung haben und auch die Selbstsicherheit dabei. Und genau dazu soll das Video eben auch helfen, einfach die Schwelle zu überschreiten und Gummis zu zeigen auf dem Bildschirm und nicht nur die ganze Fickerei ohne, so wie anno dazumal. Ohne ein Beispiel vor Augen zu haben, wird es immer viel schwieriger sein, so eine Aktion auch selber zu machen. Jedenfalls haben wir die Sachen so konzipiert, daß es nicht so aussieht wie in den amerikanischen Spots, in denen der Eindruck erweckt wird, es sei überhaupt kein Problem, den Gummi drüber zu machen. Man sieht also den Mann, das Gesicht, den Ständer und dann nochmal die Brustwarze, Schnitt zurück auf Schwanz – und der Gummi ist schon drüber und der Schwanz schon drin und alles ist wunderbar, und zum Orgasmus ist der Gummi plötzlich verschwunden, man sieht nicht einmal mehr, wie er runterkommt oder wie Sperma im Präser aussieht. Das habe ich im Film noch nie gesehen. Ich war echt neugierig darauf, das im Film zu zeigen, ich fand das toll, mit dem Gummi überhaupt so umzugehen, weil ich habe mir schon früher mit Gummi einen runtergeholt, den hatte ich meinem Vater aus dem Nachttisch geklaut. Alles ein bißchen spielerisch darzustellen, kann nur hilfreich sein. Da wird der Präser erstmal falsch draufgesetzt, das habe ich nicht aus dem Video rausgeschnitten, das habe ich bewußt drin gelassen, was soll's, es ist ein Schwanz zu sehen, ist doch prima.

**Hans:** Sophinette Becker oder auch Martin Dannecker meinen ja, ein Pariser würde sich nie erotisch besetzen lassen, ob mit oder ohne Reservoir. Glaubst du denn, daß es Dir gelungen ist?

**Wieland:** Für mich ist es nicht die Aufgabe, daß ich das tatsächlich psychologisch schaffe, sondern ich kann's einfach nur zeigen. Es geht mir um die Präsenz. Wenn ich mit einem Präser fickte oder mich mit einem Präser ficken lasse, dann gehört dieser Präser für mich zum Sex dazu. Ich habe nicht die Wahl. Sich

einzureden, daß irgendjemand heute die Wahl hätte, mit oder ohne Präser zu ficken, ist ziemlich hirnrisig. Es gibt eine Menge Sachen, die man beim Sex machen kann, die man noch nicht gemacht hat und so. Von daher ist es für mich das Wichtigste, zu zeigen, was praktikabel ist. Nicht geeignet finde ich zum Beispiel die hochkomplizierten Sextechniken, die die französische AIDS-Hilfe vorschlägt mit dem Erfolg, daß kein Mensch sich daran hält. Anderes Beispiel: die Amerikaner empfehlen noch eine Nonoxynol 09 Gleitcreme, also erst noch einen Tropfen in den Präser und dann aufsetzen, das ist so eine backrezeptmäßige Herangehensweise, die letztendlich nur die paar Leute erreichen wird, die entweder völlig verschüchtert sind, oder die sich das jetzt zum Fetisch erküren, aber die „normale Masse“, was soll die mit solch schwierigen Anleitungen? Was ich zeigen wollte, ist einfach: es geht.

**Hans:** Was hältst du denn von dem Vorwurf von Seiten der französischen AIDS-Hilfe in Montréal: „dieser Film ist Mord“?

**Wieland:** Mord ist es für mich, wenn man sich hinter die Schreibtische verschanzt und hochkomplizierte Techniken verlauten läßt, die dann auch Mitterrand selber lesen kann und denkt, na das ist so kompliziert, daß die Schwulen wahrscheinlich überhaupt keinen Sex mehr machen, und das ist wirklich safe. Natürlich passiert das nicht, die Leute sagen einfach, leck mich und machen ihren Sex, wie sie ihn immer gemacht haben, in Frankreich sowieso. Und man hat gar nichts erreicht. Es gibt ja wirklich die risikoarmen Praktiken, wie Blasen ohne Abspritzen, das weiß man und das muß man auch so benennen. Man kann aber nicht sagen, man darf nicht mehr blasen, wie das die Franzosen tun, weil das einfach nicht lebbar ist, das ist ein Sexualrat, der nicht funktioniert, der vor allem auch nicht vonnöten ist.

**Hans:** Es gab ja ein starkes Rahmenprogramm, SIDART, also Kunst und AIDS. Wie ist denn Deine Einschätzung, gibt es angesichts der Gefahr von AIDS die Vernetzung schwuler Künstler?

**Wieland:** Das gibt es auf jeden Fall, es hat auch unter den schwulen Künstlern den Effekt, den es für die schwulen Bewegungen hatte, nämlich eine Aktivierung und eine Solidarisierung, auf jeden Fall. Es war erstaunlich, was die Organisatoren dieser SIDART-Reihe alles auf die Beine gestellt haben. Es waren eine Menge Leute da, die wir kennen, zum Beispiel Vito Russo, der Cinéast aus USA, der auch schon in Berlin bei den Filmfestspielen Lesungen hielt über Schwule im Film. Da war Tom Hulce, der den Mozart gespielt hat in diesem Amadeus-Schinken, der sich als offen schwuler Schauspieler bekannte, und das ist ein ganz interessanter Aspekt, weil diese Leute wichtig werden für die Öffentlichkeitsarbeit. Es war Yves Navarre eingeladen, der Schriftsteller aus Frankreich, Simon Watney war da, ein bekannter Mann aus Großbritannien, der in Montréal gerade sein neues Buch vorgestellt hatte, in dem es auch um AIDS und Politik geht. Es ist in der Generation der um die 35 - 45jährigen Künstler festzustellen: man geht jetzt nicht mehr den üblichen Weg wie eigentlich alle Generationen vorher, nämlich Schriftsteller zu werden, Filme zu machen, was auch immer, aber dann eben „schwule Sensibilität“ in den Arbeiten zu verbraten, nicht jedoch selbst als Schwule aufzutreten. Jetzt jedoch treten alle als Schwule auf, so wie es mir ja auch ging. Das ist auf jeden Fall eine neue Qualität, es wird zum ersten Mal viele offen Schwule geben, die so auch alt werden, da kann man wirklich gespannt sein. Naja, wenn wir nicht sterben. Wir sind näm-

lich wirklich schon ungeheuer ausgedünnt. Das muß man mit tiefer Trauer feststellen. Zum Beispiel denke ich da an den Regisseur des ersten Filmes mit dem Thema AIDS überhaupt, das war „Buddies“ von Arthur Bressan, und ganz, ganz viele, die einfach weg sind. Leute, auf die ich mich auch schon gefreut habe, ohne sie zu kennen, daß wir irgendwann mal was zusammen machen können. Angesichts des Konglomerats von verrückten, teuren Ständen in der Markthalle und der ganzen Angebote von allen möglichen Drogen und Präparaten stellt sich ja auch die Frage: jetzt gibt es schon so viel Entwickeltes und trotzdem hört man immer von einem grauen Markt, über den sich Leute mit AIDS doch noch Medikamente besorgen, die es offiziell in Deutschland oder umgekehrt in den USA nicht gibt. Da hast du bestimmt sehr viel mehr Erfahrung.

**Hans:** Ja, in Montréal sind wir zum Beispiel mit dem Wunsch konfrontiert worden, ein Versorgungsnetz für Hypericin für die USA aufzubauen, einem Extrakt aus dem Johanniskraut, das bei uns frei verkäuflich ist. Der Graubereich wird immer undurchsichtiger, und es gibt inzwischen einige Organisationen, z.B. in Florida, die jetten mal kurz nach Old Germany, packen sich eine Tonne Johanniskraut in den Koffer, und wir bekämen im Gegenzug beispielsweise Compound Q. Das Problem ist, daß es Medikamente gibt, die in anderen Ländern als Lebensmittel zugelassen sind, was dann diesen Tabletten-Jet-Set zur Folge hat. Ich finde das insgesamt sehr problematisch, weil das berechnete Anliegen mal wieder individualisiert wird, nämlich zu Gunsten derjenigen, die die Knete haben. Letztendlich wird damit den einzelnen Medikamenten die Chance genommen, vernünftig erprobt zu werden. Ich bin auch dafür, daß die Verwaltungsabläufe so gekürzt werden, daß jedes Medikament die Chance hat, schnell zum Einsatz zu kommen. Ich bin auf der anderen Seite absolut dagegen, Wirkungsnachweise und ethische Standards über Bord zu werfen, gerade in einem Graubereich, in dem Scharlatane nicht mehr zu unterscheiden sind von denjenigen, die Leuten meinetwegen dabei helfen wollen, sich psychisch zu stabilisieren, und sei es mit einem Placebo ohne Nebenwirkungen. Viele von uns haben unabhängig von AIDS Cocktails aus verschiedenen Medikamenten als gefährlich kritisiert, weil die Wechselwirkungen nicht mehr überprüfbar sind, und genau das ist jetzt passiert. Das finde ich auf der einen Seite psychologisch nachvollziehbar, auf der anderen Seite zeigt sich, daß oft kritikalos alles mögliche geschluckt wird, daß der einzelne vielleicht auch gar nicht mehr auf sich selber hört, was ihm gut tut oder was nicht. Und darin liegt für mich die Grenze, falls wir eine Gruppe wie ACT UP in der BRD aufbauen sollten, was ich mir durchaus wünsche, denn politische Aktionsformen mit phantasievollem Charakter sind wirklich Mangelware. Wir haben inzwischen in den AIDS-Hilfen das Problem, vieles „verinstitutionalisiert“ zu haben, selbst wenn wir es oft nicht wollen, und deshalb tut politische „Selbsthilfe“ not.

Montréal ist die zweitgrößte französischsprachige Stadt in der Welt und hat auch eine sehr eigenwillige Schwulenszene. Was hast du denn von der Szene in Montréal mitbekommen?

**Wieland:** Zunächst einmal, Montréal ist eine sehr schöne Stadt, das muß man schon sagen. Und es hat den reizvollen Vorteil, daß sich nordamerikanische Eigenheiten mit den französischen vermischen. Also es gibt eine Menge schwuler Läden, die auch über große Terrassen verfügen, wo man viel Platz hat,

wo man im Freien ist. Das war sehr schön, weil es sehr warm war in diesen 10 Tagen, es war richtiger Hochsommer. Dann war ich auch in einem von diesen Stripperläden. In Deutschland habe ich mir ja wirklich die Augen oder die Finger wundgesucht nach den Models für unsere Pornos. Und das muß man an der Stelle auch mal sagen, es war wirklich ungeheuer anstrengend, die Models zu finden; bis ich zufrieden war, das ging ewig. Und in diesem Stripperladen in Montréal tanzten doch tatsächlich die schönsten Männer, die man sich vorstellen kann, direkt vor der Nase, und für fünf kanadische Dollar haben sie dann ihre Kistchen vor dem Tisch, an dem man saß, zurechtgerückt und haben einem was vorgetanzt. Das war schon beeindruckend, muß ich sagen, sowas hatte ich noch nie gesehen. Und so ging es natürlich auch vielen anderen, gerade auch US-Amerikanern, weil in den USA sowas undenkbar ist. In Toronto, der englischsprachigen Metropole Kanadas, ist so etwas ebenfalls absolut undenkbar. Naja, jedenfalls ist die Stadt durchaus einen Besuch wert, einfach um sich da ein bißchen umzugucken. Dazu paßt natürlich, daß ich noch eingeladen wurde zu einer Transenshow, die in einem Club stattfand, auf Talkshow gemacht, wie es auch im SchwuZ schon öfter war, aber mit einem gemischten Publikum, also mehr Mittelklasse, Unterhaltungsvorstadtpublikum, und die Tunten haben da eine Fernsehshow abgezogen, ich mußte mich auf die Bühne setzen und irgendwelche dummen Fragen beantworten, in französisch, was sehr schwierig ist, weil der Quebecoisische Zungenschlag doch relativ schwer zu verstehen ist. Ich bekam natürlich die Hälfte der Witze nicht mit, und dann lief einer von den Pornos, das war noch irgendwie ganz ulkig. Auf jeden Fall, es ist schon eine Menge los da. So hatte man doch abends wenigstens noch ein bißchen Entspannung, weil wir den ganzen Tag eben dieses Thema „Sex und Tod und Tod und Sex“ hatten, diese unglückliche Verbindung, die uns Schwulen sowieso immer angehängt wurde in den letzten 5000 Jahren. Gerade waren wir aus dieser Zwickmühle ein bißchen raus, waren wir dabei, diese Verbindung im Bewußtsein aufzulösen, da kommt AIDS und bewirkt, daß diese Verbindung wieder voll für uns zum Tragen kommt. Es ist jetzt auf jeden Fall die Zeit, die beiden großen Tabus – Sex und Tod – mit neuer Anstrengung zu kultivieren.

**KONGRESS »WHAT WORKS: AN INTERNATIONAL  
PERSPECTIVE ON DRUG ABUSE TREATMENT  
AND PREVENTION RESEARCH«,  
23. - 25. OKTOBER 1989 IN NEW YORK**

**BERICHT ÜBER DEN KONGRESS I**

Christine Höpfner

Das Thema des Kongresses lautete: Welche Ansätze sind bei der Behandlung von Drogenabhängigkeit und der Präventionsarbeit wirksam, und welche neuen Methoden werden derzeit erprobt? Vorgestellt wurden aktuelle Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet sowie in den Bereichen AIDS und intravenöser Drogengebrauch, Epidemiologie des Drogengebrauchs und Strafrecht. Absicht war es, politische Entscheidungsträger und die in der Drogenarbeit tätigen Praktiker mit den neuesten Informationen zu versorgen.

Die Eröffnungssitzung gab einen Überblick über das Ausmaß der Drogenproblematik in den Vereinigten Staaten und die verschiedenen Ansatzmöglichkeiten, mit denen Forschung und Praxis diesem offensichtlich nationalen Desaster begegnen wollen.

Besonders beeindruckend – weil symptomatisch für den Umgang mit Drogen und Drogengebrauch auf öffentlich-politischer Ebene – war der Beitrag des stellvertretenden Gouverneurs des Staates New York. Er bezeichnete den Drogengebrauch als „die“ Ursache für den physischen wie geistigen Verfall einer Nation. Wortgewaltig wird das Böse charakterisiert: „Wie können wir den Dämon bekämpfen, der uns aus allen Ecken anstarrt? In unsere Wohngebiete ziehen crack houses ein, jetzt auch in die besseren der Mittelklasse. Der Drogengebrauch ist das schrecklichste und drängendste Problem unseres Bundesstaates.“ Aufgabe von Forschung sei es – und hier wurde die sattsam bekannte Kriegsmetaphorik bemüht –, die „Atomwaffe gegen den Drogenmißbrauch“ zu entwickeln. Der Krieg gegen Drogen sei kein Krieg im herkömmlichen Sinne, „sondern ein Guerilla-Krieg“. Abgesehen davon, daß derartige Formulierungen ungute Assoziationen wecken, stellt sich unweigerlich die Frage, welchen Sinn eine flächendeckende Vernichtungswaffe in einem Guerillakrieg denn haben sollte. Der sprachliche Fehlgriff wird offensichtlich, wenn später – völlig zutreffend – festgestellt wird, daß ein Anti-Drogenprogramm auf Makroebene verfehlt wäre, statt dessen Maßnahmen nötig seien, die auf die jeweiligen „community“ zugeschnitten sind. Es fehle jedoch an Personal und geeigneten Hilfsangeboten. Vorgeschlagen wird etwa die Einrichtung von „campus centers“, in denen verschiedene Behandlungsangebote nebeneinander bestehen. Beispielsweise sprengt das gegenwärtige Drogenproblem das bisherige „foster care system“. Eine Antwort auf die Überbelastung dieses Pflegeeltern-Programms könnte ein spezielles Betreuungsangebot für drogengebrauchende Mütter sein, die dann ihre Kinder nicht aufgeben müßten, wenn sie in Therapie gehen. Der Beitrag schloß mit einem abermaligen Appell für die

nationale Sache: Beim Kampf gegen den Drogengebrauch gehe es um „Werte“. „Wir sind jetzt an einem Wendepunkt. Ich bin überzeugt, daß es Antworten auf unsere Fragen gibt.“

Ideologisch geprägte Emotionalität, wenn es um das Thema Drogen geht, ist bekannterweise nicht unbedingt rein US-spezifisch. Auch hierzulande bedient man sich in Diskussionen mitunter einer Sprache, die Unbehagen verursacht. Wann immer das Drogenproblem mit dem Mittel des Kampfes gelöst werden soll – und sei es auch nur auf rhetorischer Ebene –, wird der Krieg gegen den Drogengebrauch unweigerlich zum Krieg gegen die Drogengebraucher. Dieser Beitrag machte allerdings auch deutlich, wie ungleich stärker die Vereinigten Staaten mit der Drogenproblematik konfrontiert sind als etwa die Bundesrepublik. Den Eindruck einer – vor allem in den Metropolen – allgegenwärtigen, greifbaren Bedrohung vermittelten auch die Beiträge aus Forschung und Praxis, wenngleich hier Sachlichkeit im Vordergrund stand.

Die in der Eröffnungssitzung angerissenen Problembereiche lassen sich wie folgt skizzieren:

- Bedauerlich ist, daß auf den meisten bisherigen Konferenzen lediglich Forscher mit Forschern kommuniziert haben und kein Austausch mit politischen Entscheidungsträgern oder Praktikern erfolgt ist. Auch ist die Forschungsarbeit nicht immer den unmittelbaren Bedürfnissen der Praktiker gerecht geworden. Der Mangel praxisbezogener Studien macht sich z.B. in der Arbeit mit drogenabhängigen Müttern bemerkbar. Die gravierende Zunahme betroffener Kinder verdeutlicht die Notwendigkeit einer Forschung, die von den Fragestellungen und Problemen der vor Ort Tätigen ausgeht: Wie kann z.B. Kindern drogengebrauchender Eltern geholfen werden? Oft ist ihre Konzentrationsfähigkeit erheblich beeinträchtigt, sie haben extreme Lernschwierigkeiten.
- Auch in den Vereinigten Staaten sitzen die Forschungsgelder nicht locker, man muß um sie kämpfen. Wenn Mittel gefordert werden, kommt sofort die Frage, ob sie für etwas verwendet würden, was auch Erfolg verspricht. Die Geldgeber wollen also genau wissen, ob sich ihre Ausgaben auch wirklich lohnen. Vor allem müßte die finanzielle Unterstützung mehr Kontinuität besitzen. In den letzten Jahren verhielt es sich mit der Mittelvergabe wie mit dem Rauf und Runter einer Achterbahn: mal gab es viel, mal wenig Geld.
- Dringend erforderlich ist intensivere Forschung im Bereich der Epidemiologie des Drogengebrauchs, weil die Datenlage ungenügend ist. Kritisiert wird außerdem, daß Epidemiologie meist nur im medizinischen Sinne verstanden wird. Alle anderen Fachdisziplinen wie Soziologie, Ökonomie, Psychologie etc. müßten aber ebenfalls miteinbezogen werden. In den Einzelbereichen ist inzwischen zwar viel geforscht worden, es bestehen aber immer noch Defizite.
- Die gesamte Aufklärungs- und Präventionsarbeit zum Thema Drogen muß künftig viel stärker segmentiert werden. Beispielsweise müssen Kinder und Jugendliche mit geringem Risiko anders angesprochen werden als solche mit hohem Risiko. Wird Aufklärung als ein für Kindergarten und Schule undifferenziertes Gesamtpaket gehandhabt, wird sie fehlschlagen. Es gibt ganz verschiedene Ansätze, die sich wiederum nur für ganz bestimmte Populationen eignen, also nicht übertragbar sind. In Kansas City wurde über sechs Jahre

hinweg eine Studie zur Aufklärung über Alkohol-, Zigaretten- und Marihuanakonsum durchgeführt. An der Aufklärung waren Eltern, Lehrer, Erzieher, Sozialarbeiter, örtliche Medien – kurz: die gesamte „community“ – beteiligt. Die sehr ermutigenden Ergebnisse zeigten deutlich, daß derartige Programme über die schulische Aufklärung hinausreichen müssen. Dringend nötig ist ein den verschiedenen Populationssegmenten der „community“ entsprechender „comprehensive approach“ mit sehr starker Differenzierung. Es gilt herauszufinden, wie für aktuell oder ehemals drogengebrauchende sowie für drogengefährdete Jugendliche bessere Lebensbedingungen – z. B. durch die Vermittlung von „job skills“ (berufliche Qualifikation) – geschaffen werden können. Präventionsprogramme gegen Drogengebrauch müssen insbesondere die individuelle Ebene – Persönlichkeit, soziale Verhältnisse, Spezifika der Drogenkarriere usw. – berücksichtigen.

- Personalstärke und Ausbildungsstand stehen in keinem Verhältnis zu den derzeitigen Erfordernissen in der Drogenarbeit. Den zu beobachtenden Mängeln auf diesem Gebiet kann nur durch besseres „recruiting“ (Auswahl der Mitarbeiter) begegnet werden. Auch im Hinblick auf den Wissenstransfer im Bereich Medikationsmöglichkeiten bei der Behandlung neuer und herkömmlicher Drogen liegt vieles im argen.
- Es ist bereits bekannt, welche Präventionsansätze bei Drogengebrauch zur Reduktion von HIV-Übertragungen wirksam sind. Ermutigende Resultate hinsichtlich safer use und safer sex wie auch der Reduktion des Drogengebrauchs liegen bereits vor. Nicht klar ist jedoch, was zur Realisierung dieser Ansätze von politischer Seite zu erwarten ist, ob und wie weit mit der Unterstützung der „communities“ gerechnet werden kann. In New York City beträgt die HIV-Prävalenzrate unter Drogengebrauchern 50-60%. New York fällt damit völlig aus dem nationalen Rahmen. Nur Chicago hat mit 33% eine ähnlich hohe Rate. Mittlerweile werden in 50 US-amerikanischen Städten „bleach outreach programs“ durchgeführt; Spritzenaustausch in relativ kleinem Umfang gibt es in New York, Tacoma, Boulder und Portland. Insgesamt ist das Spektrum der Behandlungsansätze in den Vereinigten Staaten sehr bescheiden. Eine stärkere Forcierung etwa von Spritzenaustauschprogrammen wird auch künftig aufgrund öffentlichen Widerstandes nicht möglich sein, obgleich es inzwischen klare Hinweise darauf gibt, daß derartige Programme weder bei Drogengebrauchern höheren Drogenkonsum noch bei potentiellen Verbrauchern höhere Einstiegsraten verursacht haben. Das geht ebenso aus den verschiedenen weltweit durchgeführten Studien hervor. (Ein recht amüsantes Detail am Rande: Auf einer Overhead-Folie zum Thema Spritzenaustausch in Europa lasen wir zu unserer Überraschung, daß die in der Schweiz und der Bundesrepublik existierenden Programme von der AIDS-Hilfe Schweiz durchgeführt werden!)
- Intravenöser Kokaingebrauch wird das große Problem der Zukunft. HIV-Übertragungen im Zusammenhang mit needle sharing bei der Kokain-Injektion spielen eine immer größere Rolle. Ähnliche Entwicklungen zeichnen sich – aufgrund der stimulierenden Wirkung dieser Drogen und der ebenfalls zunehmenden Prostitution – im Bereich der sexuellen HIV-Transmission ab. Die mit Kokain- und Crack-Gebrauch verbundenen gesellschaftlichen Probleme schlagen sich auf verschiedenen Ebenen nieder. So ist der überall

festzustellende Mangel an Empathie ein Resultat sozialer Distanz, der Distanz zwischen den Rassen, der unterschiedlichen ökonomischen Standards, aber auch der Angst vor Gewalt. Angesichts der zunehmend prekärer werdenden psycho-sozialen Problemlage Kokainabhängiger sind diesbezügliche Behandlungsprogramme dringender denn je. Medikamentengestützte Therapien werden zwar erprobt, ob die derzeit gegen Kokain und Crack eingesetzten Pharmaka tatsächlich wirksam sind, muß sich erst noch erweisen. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die in den 30er und 40er Jahren eingerichteten „narcotic farms“: Dort war die Rückfallquote zwar hoch, dennoch waren die Farmen in Bezug auf soziale Eingliederung, verringerte Kriminalität und Reduktion des Drogengebrauchs ziemlich erfolgreich. Ähnliche Verbesserungen konnten inzwischen im Rahmen zahlreicher Studien festgestellt werden.

- Noch mehr als bisher müssen alle Anstrengungen darauf gerichtet werden, daß in den „communities“ verschiedene Behandlungsprogramme – sowohl drogenfreie wie auch risikovermindernde Ansätze mit Hilfe von Bleach, Spritzenaustausch oder Methadon – ohne Behinderungen seitens der Bevölkerung und der Politiker durchgeführt werden können. Zwar wird man selbst mit den besten Behandlungsprogrammen kein drogenfreies Amerika erreichen können. Eine derartige Zielsetzung wäre illusorisch. Es kann immer nur um Reduktion des Drogengebrauchs und um Risikoverminderung gehen, nicht um einen totalen Sieg über das Drogenproblems. Möglich ist jedoch die Entwicklung eines Netzwerks zur Unterstützung der aktuell oder potentiell drogengebrauchenden Menschen.

### Workshop 3: The Impact of AIDS on the Partners and Children of Intravenous Drug Users

---

#### Zusammenfassung:

Bis Ende Juni 1989 waren in den Vereinigten Staaten 98.255 AIDS-Erkrankungen gemeldet worden. Bei 9% der Fälle handelte es sich um intravenös drogengebrauchende Frauen. In New Jersey ist der Anteil betroffener Frauen mit 21% weitaus höher. Jedoch auch hier ist der größte Teil der AIDS-Erkrankungen auf den Risikofaktor des i.v. Drogengebrauchs zurückzuführen (65%).

Die derzeit zu beobachtende AIDS-Epidemie unter drogengebrauchenden Frauen hängt eng mit bestimmten Verhaltensweisen zusammen. Um AIDS-bezogene Sachverhalte richtig einschätzen zu können, sind deshalb zunächst die Faktoren zu beachten, die speziell für den Drogengebrauch von Frauen ausschlaggebend sind:

Frauen werden meist durch Männer – Freunde oder Sexualpartner – zum Drogengebrauch veranlaßt. Ist der Partner drogenabhängig, nehmen die Partnerinnen häufig ebenfalls Drogen. Wesentlicher Grund hierfür ist ein Gefühl der Solidarität: die Frauen wollen von diesem wichtigen Lebensbereich ihres Partners nicht ausgeschlossen sein, sondern aktiv daran teilhaben.

Die Mehrheit drogengebrauchender Frauen führt ein Leben gemäß traditionellen Mustern und Wertvorstellungen, sie sind Mütter und Hausfrauen. Ande-

erseits haben nicht wenige der Frauen weibliche Sexualpartnerinnen oder sind lesbisch. Die auf der Straße und der Szene lebenden Drogengebraucherinnen – sie stellen die Minderheit dar – sind überwiegend nicht emanzipiert und kaum gebildet.

Zwischen Drogengebrauch und sexuellen Beziehungen besteht ein komplexer Zusammenhang. Frauen, die nicht selbst auf die Straße gehen, um sich Drogen zu besorgen, beziehen ihre Drogen auf anderem Wege, meist über den Partner. Bei drogenabhängigen Prostituierten ist der Partner oftmals gleichzeitig ihr Zuhälter. Häufig sind männliche Drogenabhängige nicht bereit, gemeinsam mit ihren Partnerinnen eine Behandlung zu beginnen. In solchen Fällen sehen die Frauen dann gleichfalls von einer Behandlung ab. Wie so oft sind auch in drogengebrauchenden Partnerschaften die Frauen in erster Linie für den „emotional tone of the relationship“ verantwortlich. Beim Sex dreht es sich dann um Fragen wie „Was empfindet er? Mache ich alles richtig? Macht ihm Sex mit mir Spaß?“ Die HIV-Infektion ist für diese Frauen, die ständig Gefahren ausgesetzt sind, nur ein Risiko unter vielen anderen. Die Lage der Frauen wird vor allem dann prekär, wenn ihre Beziehungen zerbrechen, wenn sie niemanden mehr haben, der sie mit Drogen versorgt. Meist können sie sich alleine nicht mehr zurechtfinden, sie sind hilf- und haltlos, ökonomisch völlig am Ende, außerstande, für sich selbst zu sorgen.

In den Vereinigten Staaten – und nicht nur dort – sind drogenabhängige Frauen die Niedrigsten unter den Niedrigen, sie werden gemeinhin als Abschaum angesehen. Schon seit jeher haben sie – auch in ökonomischer Hinsicht – am Rande der Gesellschaft gelebt. Wer aber ständig ausgegrenzt wird, ist nur sehr schwer zu erreichen. Da drogengebrauchende Frauen zudem häufig mißbraucht werden und demzufolge sehr mißtrauisch sind, kommen sie nicht von sich aus in Drogeneinrichtungen. Dieser Umstand ist angesichts der AIDS-Gefahr umso schwerwiegender. Man weiß von Behandlungsprogrammen, in denen bereits 10% der Frauen AIDS-assoziierte Symptome haben. Mittlerweile gibt es in vielen „extended families“ mehrere Angehörige mit HIV oder AIDS, die wiederum von selbst betroffenen Frauen gepflegt werden. Für diese Frauen und Mütter gibt es kaum Unterstützung von außen.

Der Umstand, daß die aufsuchende Drogenarbeit („outreach“), Drogenintervention und -behandlung schon immer vorwiegend auf männliche Klienten ausgerichtet worden ist, macht sich gerade heute tragisch bemerkbar. In den vorhandenen Einrichtungen sind mehrheitlich männliche Berater und „outreach workers“ tätig, die meisten angewandten Strategien und Theorien basieren auf den Motiven und Verhaltensweisen männlicher Drogengebraucher. „Outreach“ ist z.B. ein typisch männerorientierter Ansatz, denn weibliche Drogengebraucher trifft man weitaus seltener auf der Straße an als männliche. Es gibt nur wenige speziell auf Frauen zugeschnittene Programme und noch weniger für Frauen mit HIV. Äußerster Mangel herrscht insbesondere an Behandlungsangeboten für schwangere Drogenabhängige. Für sie gibt es bisher weder eine umfassende medizinische Versorgung noch existieren Modelle dafür, wie psychosoziale Unterstützung beschaffen sein müßte.

Das am Harlem Hospital durchgeführte „Family Care Program“ für drogenabhängige schwangere Frauen stellt lediglich den berühmten Tropfen auf dem heißen Stein dar. Als im Jahr 1985 eine Zunahme drogenbedingter Schwanger-



schaftskomplikationen festgestellt wurde, stellte die Stadt New York vier städtischen Krankenhäusern Gelder für die Entwicklung entsprechender Hilfsprogramme zur Verfügung. Die Abteilungen Geburtshilfe, Gynäkologie und Psychiatrie des Harlem Hospitals arbeiteten ein „Special Prenatal“-Programm aus, um den Bedürfnissen von drogenabhängigen schwangeren Frauen gerecht werden zu können. Während anfangs Frauen in das Programm kamen, die überwiegend Heroin nahmen, geben heute 75% der Frauen Kokain und Crack als die am häufigsten gebrauchten Drogen an. Aufgrund der zunehmenden Anzahl HIV-positiver Frauen wurde das Programm durch spezielle Betreuungsangebote für diese Zielgruppe erweitert. Inzwischen enthält das „Family Care Program“ auch Methadonbehandlungsprogramme mit psychosozialer Begleitung. Es hat sich gezeigt, daß es nicht genügt, lediglich die Frauen anzusprechen, sondern daß die ganze Familie einbezogen werden muß. Allerdings bleiben viele Frauen, die dringend einer Schwangerschaftsbetreuung oder Drogenbehandlung bedürftigen, den Krankenhäusern fern. Gerade was das Wissen um die Bedingungen für eine bessere Erreichbarkeit dieser Zielgruppe angeht, liegt im Forschungs- und Praxisbereich vieles im argen.

AIDS bei Frauen ist vor allem ein Minoritätenproblem. Das Mengenverhältnis zwischen weißen und schwarzen Frauen mit AIDS beträgt 1:12,2, das zwischen weißen und hispano-amerikanischen Frauen 1:8,5. Mit ethnischen, kulturellen und ökonomischen Unterschieden innerhalb der weiblichen Drogenszene hat sich die Forschung bisher jedoch kaum befaßt. Allerdings sollte zum Beispiel die Frage „Welches sind die Verhaltensspezifika der schwarzen Drogengebraucherinnen?“ nicht von weißen Forscherinnen untersucht werden. Es geht nämlich nicht darum herauszufinden, was weiße Frauen über schwarze Frauen denken. Um dergleichen Mißverständnissen vorzubeugen, müssen Untersuchungen in diesem Bereich von Angehörigen der jeweiligen ethnischen Gruppe durchgeführt werden.

Trotz ungenügender Datenlage im Bereich Frauen und Drogengebrauch und viel zu weniger Behandlungsmodelle ist dennoch größtenteils bekannt, welche Ansätze in der Drogenarbeit Erfolge versprechen. Man weiß zum Beispiel, daß „community based social work“ sinnvoll ist, daß Langzeithilfen, die sich an die ganze Familie richten, gute Resultate erzielen. Das Problem ist nur, daß nie genug Geld vorhanden war, um das Wissen in die Praxis umsetzen zu können.

#### **Workshop 7: What Works for School Based and Community-Based Substance Abuse Prevention Programs?**

---

##### **Zusammenfassung:**

Die Probleme des Drogengebrauchs und der Abhängigkeit von chemischen Substanzen bei Jugendlichen haben in den Vereinigten Staaten Krisenausmaß angenommen. Im Rahmen umfassender Problemlösungsstrategien setzt Drogenaufklärung deshalb zunehmend im Erziehungsbereich an. Während frühere Aufklärungsbemühungen hinsichtlich einer Reduktion des Drogengebrauchs wenig erfolgreich waren, konnten in den letzten zehn Jahren beträcht-

liche Fortschritte erzielt werden. Zwei generelle Ansätze dominieren die heutigen Drogenpräventionsprogramme: Konzentration auf soziale, den Drogengebrauch begünstigende Einflüsse sowie Konzentration auf die Entwicklung von „life coping skills“ zur Erhöhung sozialer Kompetenz.

Das von Roberts, Fitzmahon & Associates initiierte „Comprehensive Drug Education Program“ richtet sich an Kinder und Jugendliche aller Altersstufen. Ausgangspunkt des Programms war die Frage nach den Ursachen für Drogenmißbrauch bei Heranwachsenden. Man stützte sich hierbei auf die von J. David Hawkins und Richard F. Catalano im Zusammenhang mit der Erforschung der Ursachen des Drogenmißbrauchs identifizierten Risikofaktoren. Diese sind im Sinne etwa der für Herz- oder Lungenkrankheiten bestehenden Risikofaktoren zu interpretieren. Das heißt: Weist ein Kind oder die Familie eines dieser Charakteristika auf, besteht beim Kind verstärkte Gefahr für die Entwicklung von Alkohol- oder Drogenproblemen. Das bedeutet jedoch nicht, daß es in jedem Fall zu Drogenmißbrauch kommen muß.

Folgende Risikofaktoren werden genannt:

- Alkoholismus in der Familie
- Kriminalität oder unsoziales Verhalten in der Familie
- „Family Management Problems“ (dazu gehören unklar definierte Verhaltensregeln, inkonsequente Handhabung der Regeln, nachlässige Kontrolle des kindlichen Verhaltens, exzessive Bestrafung, ständiges Kritisieren, kein Lob, Überbesorgtheit eines Elternteils und Distanz des andern)
- Antisoziales Verhalten und Verhaltensstörungen (Aggression, Hyperaktivität, Nervosität, Unaufmerksamkeit etc.) im frühen Schulalter
- Elterlicher Drogengebrauch und diesbezügliche positive Haltungen der Eltern; Einbeziehung der Kinder („Hol' mir doch mal ein Bier aus dem Kühlschrank“ / „Zünde mir eine Zigarette an“)
- Schlechte Noten und schulisches Versagen
- Geringes schulisches Engagement
- Entfremdung, rebellisches Verhalten, Ablehnung von Autorität, traditionellen Normen und Werten, geringe soziale Verantwortung und Kompetenz sowie Sensationshunger im frühen Jugendalter
- Drogengebrauchende Freunde (stärkster Indikator für jugendlichen Drogengebrauch)
- Positive Einstellung des Jugendlichen gegenüber Drogengebrauch
- Früh erfolgreicher Erstgebrauch von Drogen.

Angesichts der inzwischen zahlreich zur Verfügung stehenden Aufklärungsprogramme fällt es den Erziehenden oftmals schwer, die richtige Wahl zu treffen. Folgende Kriterien können lt. Fitzmahon als Maßstab hinsichtlich der Effektivität von Drogenpräventionsprogrammen dienen:

- Was die Frage nach den Ursachen jugendlichen Drogengebrauchs angeht, basieren viele Programme lediglich auf Vermutungen. Grundlage wirksamer Aufklärung können jedoch nur die Erkenntnisse der aktuellen Forschung sein.
- In neueren Studien wurde als durchschnittliches Einstiegsalter in den Drogengebrauch 9-10 Jahre für Nikotin-, 10-11 Jahre für Alkohol- und 11-12 Jahre für Marihuanakonsum festgestellt. Dementsprechend muß Aufklärung bereits vor dem Zeitpunkt einsetzen, an dem Jugendliche möglicherweise erste

Erfahrungen mit Drogen machen. Auch kann sich Aufklärung nicht auf eine Schulbuchlektion oder eine Klassenstufe beschränken, sondern bedarf eines umfassenden Curriculums, das im Kindergarten beginnt und in allen Klassen der „high school“ fortgesetzt wird. Die Lehrinhalte müssen jeweils auf das im vorangegangenen Jahr Erlernte aufbauen.

- Ein Aufklärungsprogramm darf sich nicht allein mit Informationen über Drogen und die Folgen des Drogengebrauchs begnügen. Der Lehrplan muß ebenso praktische Lektionen enthalten, in denen die Schüler lernen, wie man Informationen richtig benutzt. Zentralen Raum nimmt die Vermittlung sogenannter „social skills“ (Wie kann ich Probleme vermeiden? Wie kann ich mein Verhalten kontrollieren? Wie vertrete ich meinen Standpunkt? Wie treffe ich Entscheidungen? Wie begegne ich antisozialem Verhalten? Wie kann ich mich gegen den Druck der Gruppe wehren?) und „refusal skills“ (Wie sage ich Nein zu Freunden?) ein. Das Beherrschen von derartigen Fähigkeiten und Fertigkeiten kann wesentlich zur Reduktion des Drogengebrauchs beitragen.
- Die Einbeziehung der Eltern ist unverzichtbar. Sie müssen über die Inhalte des Lehrprogramms Bescheid wissen, um zu Hause als Verstärker der Botschaften wirksam werden zu können.
- Das Aufklärungsprogramm muß kulturspezifisch ausgerichtet sein, um Schüler unterschiedlicher ethnischer Herkunft erreichen zu können.
- Die Botschaft „Kein Drogengebrauch im Schulalter“ muß eindeutig und klar vermittelt werden.
- Untersuchungen haben gezeigt, daß der frühe Gebrauch von Einstiegsdrogen (Nikotin, Alkohol, Marihuana) die Wahrscheinlichkeit für den späteren Konsum harter Drogen erhöht. Aufklärung darf deshalb nicht nur auf harte Drogen Bezug nehmen, sondern muß in den frühen Lernphasen die mit den Einstiegsdrogen verbundenen Probleme ansprechen.
- Ein effektives Aufklärungsprogramm muß – zur Entlastung der Erziehenden – alles für seine Durchführung Nötige enthalten. Und da jede „community“ für sich ein Spezifikum darstellt, muß sich der Lehrplan den jeweiligen lokalen Voraussetzungen und Bedürfnissen anpassen können.
- Das Thema Drogen soll möglichst nicht isoliert behandelt werden, sondern soll integraler Bestandteil eines umfassenden Gesundheitserziehungsprogramms sein.
- Der Lehrplan muß – will er attraktiv sein und Spaß machen – mehr als lediglich Textmaterialien und das übliche Frage-Antwort-Spiel enthalten. Seine Inhalte müssen für die Adressaten von Relevanz sein, und seine Lektionen müssen den verschiedenen Lernstilen gerecht werden.
- Viele Erziehende verfügen weder über ausreichende Kenntnisse zur Faktenlage des Alkohol- und Drogengebrauchs noch sind sie in der Lage, ihren Schülern „social skills“ zu vermitteln. Darüber hinaus können Erziehende nicht darauf verzichten, das eigene, die Lehrtätigkeit beeinflussende Verhalten kritisch zu überprüfen. Aus diesen Gründen sind spezielle Trainingsprogramme für Erziehende wichtiger Bestandteil von Drogenpräventionsprogrammen.

Bergljot Baklein vom norwegischen National Institute for Alcohol and Drug Research betont, daß es „die“ beste Methode der Drogenaufklärung nicht

gibt. Was an einem Ort funktioniert, kann an einem anderen völlig verfehlt sein. Zudem tun sich norwegische Schulen oftmals sehr schwer, mit dem Drogenproblem adäquat umzugehen. Thematisiert wird die im Rahmen der Drogenaufklärung Jugendlicher überaus wichtige Funktion von Botschaftsträgern, die den Botschaftsempfängern bekannt und vertraut sind. Neuere Daten lassen darauf schließen, daß die von „peers“ – also Jugendlichen, die der jeweiligen Bezugsgruppe angehören – vermittelten Botschaften weitaus besser greifen als die von weniger bekannten und vertrauten Personen. Dementsprechend ist das norwegische Drogenaufklärungsprogramm, das auf die Ausbildung von „peer-leaders“ abgestellt war, sehr erfolgreich. Die Vermittlung von Wissen und Einstellungen zum Drogengebrauch erfolgt in diesem Modell nach dem Schneeballprinzip: „peer-leaders“ verschiedener Jahrgangsstufen wirken auf mehrere „pilot youths“ ein, welche wiederum als Multiplikatoren auf Klassenebene fungieren. Die überwiegende Mehrheit der Schüler ist von dem, was sie von ihren Mitschülern gelernt haben, äußerst beeindruckt. Die Einbeziehung von Schülern als Lehrende im Rahmen der Drogenaufklärung findet in Norwegen bereits breite Anwendung. Dieser zweischrittige Ansatz wird häufig von Abstinenzbewegungen und anderen Freiwilligenorganisationen initiiert. Ein Viertel des norwegischen Drogenerziehungsprogramms für Oberschulen verfügt über Schülergruppen, die in Kursen zum Thema Drogen ausgebildet und vor Ort eingesetzt werden.

Nancy S. Tobler (Center for Social Work Practice Research, University at Albany/State University of New York) präsentierte die von ihr vorgenommene Analyse von 143 Drogenpräventionsprogrammen für Jugendliche. Ziel dieser Analyse war es, diejenigen Strategien ausfindig zu machen, die hinsichtlich einer Reduktion des Drogengebrauchs bei Teenagern am wirksamsten sind. Die Beantwortung der Frage, welche Hoffnungen an Prävention geknüpft werden können, hängt von den jeweiligen Adressaten ab. Bei Schülern der 6. bis 8. Jahrgangsstufe ist Prävention im Sinne von „Verhinderung oder Hinauszögern des Drogengebrauchs“ zu begreifen. Bei Schülern der 9. bis 12. Klasse hingegen zielt Prävention eher darauf ab, das Experimentieren mit Drogen hinauszuzögern bzw. zu reduzieren. Alkohol- und Drogengebrauch wird in zwei Hauptkategorien eingeteilt: experimenteller Gebrauch ohne sofortige oder langfristige Folgen und Drogenmißbrauch mit sofortigen wie auch langfristigen negativen Folgen. Diese Dichotomie erlaubt die Unterscheidung zwischen den „normativen“ Verhaltensweisen Heranwachsender und den „antisozialen“ hochriskanten Verhaltensweisen des Drogenmißbrauchs bzw. der Drogensucht. So wird berichtet (Dryfoos, 1987), daß ca. 10% der 11-17-jährigen aufgrund von Marihuana- und/oder Alkoholgebrauch sowie Straftaten sowohl im Hinblick auf schwere Straffälligkeit als auch starken Drogengebrauch stark, weitere 40% bedingt gefährdet sind. Ermutigend ist, daß die übrigen 50% der Heranwachsenden keine der genannten Verhaltensweisen zeigten. Die epidemiologische Statistik läßt die Vermutung zu, daß Drogenmißbrauch bzw. -sucht völlig anderer Natur ist als experimenteller Gebrauch. Drogenmißbrauch steht im Zusammenhang mit abweichendem Verhalten oder einer „antisozialen“ Persönlichkeitsstruktur. Schwerer Alkoholismus wird als ein Produkt gestörter affektiver Beziehungen in der Familie erachtet. Beispielsweise ist bei sieben Millionen Jugendlichen unter 20 Jahren entweder der Vater oder die Mut-

ter alkoholabhängig, andere Jugendliche sind Opfer physischer Gewalt oder sexueller Mißbrauchs von Angehörigen. Mit Drogenmißbrauch korrelieren weitere Risikofaktoren wie geringes Ego, leichte Beeinflussbarkeit durch jugendliche Bezugspersonen (peers), nichtkonforme Haltungen oder geringer Schulerfolg. Diese Jugendlichen bedürfen anderer Präventionsprogramme als solche mit relativ niedrigem Problempotential.

Da das Alter des Heranwachsens für alle Jugendlichen Risiken beinhaltet – Stichworte: Initiation, Unzugänglichkeit, Leitfiguren, Abgrenzung/Vereinzelung, Gruppendruck und Ausprobieren –, sollten Präventionsprogramme diese Themenbereiche ansprechen. Zur Erklärung jugendlichen Drogengebrauchs im Zusammenhang mit „peer pressure“ kann Banduras Theorie für soziales Lernen hilfreich sein: Lernen erfolgt durch positive und negative Verstärkung, also durch Beobachtung der Folgen bestimmter Verhaltensweisen. Möglicherweise resultieren auch die auf Drogengebrauch bezogenen Einstellungen und Handlungen aus diesem Schema. So folgen viele Jugendliche in sogenannten social situations dem Beispiel anderer, die mit dieser Situation vertraut sind. Da die Wahrnehmung Jugendlicher von der sozialen Umgebung und kulturellen Normen geprägt ist, muß ein Präventionsprogramm, das die verschiedenen Ursachen des Drogengebrauchs ignoriert, zwangsläufig fehlschlagen. Der oft festzustellende Pessimismus im Hinblick auf die Effektivität von Prävention rührt wahrscheinlich daher, daß sich Forscher einzig darauf konzentriert haben, ob dergleichen Programme funktionierten oder nicht. Die weitaus wichtigere Frage, welcher Typ Präventionsprogramm bei welchen Zielgruppen erfolgreich sein kann, wurde meist vernachlässigt. Was ergibt nun die Effektivitätsanalyse unterschiedlicher Aufklärungsansätze? Die einzig auf Wissensvermittlung abzielenden Programme gingen von der Annahme aus, daß angst erzeugende Taktiken vom Drogengebrauch abhalten können. Diese Programme waren zwar erfolgreich, was Wissen anbetrifft, bewirkten jedoch kaum Verhaltensänderungen. Programme, die sich lediglich dem affektiven Aspekt widmeten, ohne auf das Thema Drogen Bezug zu nehmen, erwiesen sich auf allen Ebenen als mangelhaft. Beide Strategien versagten wahrscheinlich deshalb, weil sie von falschen Annahmen ausgingen bezüglich dessen, was Jugendliche vom Drogengebrauch abzuhalten vermag. Ein dritter, den Wissens- und affektiven Aspekt kombinierender Ansatz konzentrierte sich auf Verhaltensänderung durch kritisches Hinterfragen persönlicher Anschauungen, Werte und Entscheidungen. Obwohl diese kombinierte Strategie weitaus effektiver war als die genannten Einzelansätze, blieb ihr Erfolg doch beträchtlich hinter dem der sogenannten Peer-Programme zurück.

Die in Peer-Programmen verfolgte Strategie geht davon aus, daß positiver Gruppendruck, wenn er mit dem Erwerb von „refusal skills“ einhergeht, das Verhalten gegenüber Drogengebrauch stark beeinflussen kann. Peer-Programme waren nicht nur geeignet, den Drogengebrauch zu reduzieren, sondern waren vor allem effizient: 50% der Programme erzielten im Rahmen von 10 oder weniger Stunden positive Ergebnisse. Die in den Peer-Programmen in letzter Zeit vorgenommene Aspektverlagerung – weg vom Ansatz der Verhaltensänderung, hin zum Erwerb von Fertigkeiten, die ihrerseits Verhaltensänderungen bewirken können – scheint sich zu bewähren. Offensichtlich können signifikante Ergebnisse auch mittelbar, d.h. ohne Verhaltensänderung erreicht werden.

Eine weitere Programmkategorie, die sogenannten alternativen Strategien, beinhaltet stark individualisierte Ansätze bei der Vermittlung grundlegender Fähigkeiten und Fertigkeiten. Im Zentrum dieser „one-to-one education“ steht insbesondere die berufliche Vorbereitung. Ziel derartiger Programme ist der Erwerb persönlicher Kompetenz. Sie wollen dem einzelnen helfen, sich in seiner Umgebung zurechtzufinden, ihm das Gefühl vermitteln, daß er seine Lebenswelt meistern kann. Alternative Programme wurden in erster Linie gefährdeten Jugendlichen angeboten und erbrachten gute Ergebnisse: die Schulnoten verbesserten sich und der Drogengebrauch ging zurück. Obgleich zeit- und kostenintensiv, waren diese Programme geeignet, das Verhalten einer schwierigen und schwer zugänglichen Zielgruppe zu verändern.

Integraler Bestandteil aller Peer-Programme ist einerseits eine stark ausgeprägte Wissenskomponente, die auf aktuellen und vor allem glaubhaften Fakten über die Konsequenzen des Drogengebrauchs basiert, andererseits die Komponente „positive peer influence“, die durch die Interaktion in der Bezugsgruppe gefördert werden kann. Da die Interaktion eine Schlüsselrolle spielt und jeder partizipieren soll, sind derartige Gruppen meist kleiner als die Durchschnittsklasse.

Bezüglich der altersspezifischen Gestaltung der Drogenprävention ergab die Analyse folgendes: Bei Schülern der Unterstufe waren diejenigen Programme am effektivsten, die den Erwerb von Fertigkeiten in den Vordergrund stellen. Die auf jüngere Schüler abzielenden Programme unterschieden zwischen der Vermittlung spezieller „refusal skills“ und der Vermittlung eines breiten Spektrums von Fertigkeiten. Bei erstgenanntem Ansatz wird die Rolle des sozialen Drucks beim Drogengebrauch thematisiert. Für die Einübung der Fähigkeit des „Nein-Sagens“ – nötig, um interpersonellem Druck begegnen zu können – steht ausreichend Zeit zur Verfügung. Der Erwerb dieser speziellen Fähigkeiten erfolgt über faktenbezogene Informationen zum Drogengebrauch, Rollenspiele, feed-back und positive Verstärkung durch „peers“. Die auf ein breiteres Spektrum von Fertigkeiten abgestellten Programme gehen weit darüber hinaus: neben „refusal skills“ werden hier insbesondere Fertigkeiten in den Bereichen Kommunikation, Selbstbehauptung, Problemlösungs- und Entscheidungsfindungsstrategien eingeübt.

Ein völlig anderer Ansatz wurde für Oberstufenschüler gewählt: Im Zentrum standen gutstrukturierte Gruppendiskussionen, die auf den Austausch persönlicher Gedanken, Gefühle und Erfahrungen abzielten. Als besonders förderlich für eine offene Diskussion erwies sich der Einsatz außerschulischer professioneller Berater, die eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen vermochten.

In Peer-Programmen erbrachte sowohl der Einsatz von Psychologen und Beratern wie auch der von Lehrern und jugendlichen Bezugspersonen gute Ergebnisse. Offensichtlich ist der durchschnittliche Lehrer durchaus in der Lage, derartige Programme durchzuführen und die nötige Interaktion zu fördern, während speziell ausgebildete Jugendliche insbesondere für die Erzeugung eines guten Kommunikationsklimas geeignet scheinen.

Da die in jüngerer Zeit entwickelten Programme aktuelle Erkenntnisse über die Ursachen des Drogengebrauchs inkorporiert haben, können sie soziale, kognitive, biologische sowie Verhaltens- und Entwicklungsfaktoren berücksichtigen. Da soziales Lernen durch Interaktion zwischen der Lebenswelt, den kogni-

tiven Prozessen und dem Verhalten des einzelnen erfolgt, bilden die Formung sozial erwünschten Verhaltens, positive Verstärkung von außen sowie emotionale Kontrolle die Schlüsselemente dieser „psychosozialen Programme“, die mit der Entwicklung interpersoneller Kompetenzen Hand in Hand gehen. Der Peer-Ansatz ist naheliegend, bilden sich peer-groups doch gerade deshalb heraus, weil der Zusammenhalt ein Gefühl der Sicherheit zu erzeugen vermag. Diese Gruppen dienen ja auch häufig als Familienersatz. In der Bezugsgruppe fällt es dem einzelnen z. B. leichter, beim Rollenspiel eine bezüglich Drogengebrauch realistische Situation zu simulieren und bestimmte Entscheidungs- und Handlungsmuster einzuüben. Gerade die hier erworbenen „refusal skills“ geben Jugendlichen die Möglichkeit, künftig in eigener Sache zu handeln.

### Workshop 11: Treatment of Crack and Cocaine Abusers

#### Zusammenfassung:

In früheren Jahren handelte es sich bei Kokaingebrauchern meist um Angehörige der Mittelklasse: Kokain galt als chic. Dieses Bild hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Kokain ist inzwischen auch für weniger gut situierte Bevölkerungsgruppen erschwinglich; die Mehrzahl der Abhängigen sind meist junge Farbige und Hispanics der „inner city population“. Als Anfang der 80'er Jahre immer mehr Kokainabhängige in sehr desolatem Zustand in die Kliniken kamen, reagierte man in erster Linie mit psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Ausgangspunkt der Behandlung war die Annahme einer Prädisposition für Drogenabhängigkeit. Dementsprechend widmete sich die Psychotherapie ausschließlich der Erkundung der dem Drogengebrauch zugrundeliegenden psychodynamischen Faktoren. Spezielle Methoden zur Erreichung einer Kokainabstinenz blieben weitestgehend unberücksichtigt. Derartige Programme waren aufgrund ihrer unspezifischen Gestaltung wenig erfolgreich. Inzwischen ist allgemein bekannt, daß Drogengebrauch und -abhängigkeit zum eigentlichen Thema der Behandlung gemacht werden müssen. Aufklärungs- und verhaltenstherapeutische Strategien dominieren heute bei der Behandlung von Kokaingebrauchern. Vorgestellt wird eine unter 240 Kokaingebrauchern durchgeführte Pilotstudie, in der „neurobehavioral treatment“ angewandt wurde. Die Studienteilnehmer wiesen Verhaltens-, kognitive und emotionale Störungen auf und hatten Probleme im Familien- und Beziehungsbereich. Die einzelnen, dem Kreislauf der Kokainabhängigkeit folgenden Behandlungsstadien lassen sich wie folgt skizzieren:

- Entzugsphase (Tage 0-15): Hier wird auf der Verhaltensebene versucht, das Leben des Klienten neu zu strukturieren.
- „Honeymoon“ (Tage 15-45): In dieser Phase sind Energieschübe und überschwenglicher Optimismus charakteristisch. Letzterer muß auf ein realistisches Maß zurückgedrängt werden. Da es jetzt sehr wichtig ist, daß die Patienten die Problematik der Abhängigkeit und deren Auswirkungen sowie das Verlangen nach Drogen verstehen, setzt hier auf kognitiver Ebene der Aufklärungsunterricht über die genannten Themen ein.

- „The Wall“ (Tage 45-100): In diesem Stadium laufen offensichtlich biologische Prozesse ab. Depressionen, neu auftretende Entzugserscheinungen und Rückfälle in den Drogengebrauch und deren Rechtfertigung sind kennzeichnend. Auch hier stehen kognitive Strategien im Vordergrund. Thematisiert wird z.B.: Welche Faktoren begünstigen Drogengebrauch und Suchtverhalten? Welche Reizwirkung haben Paraphernalien?
- Die Phase „adjustment“ setzt etwa nach 100 Behandlungstagen ein. Die Patienten fühlen sich relativ wohl, fangen jedoch auch an, die Behandlung weniger ernstzunehmen. Beobachtet wird Alkoholkonsum, der wiederum Rückfälle in den Kokaingebrauch begünstigt. In diesem Stadium kommt es darauf an, Rückfälle so weit wie möglich zu reduzieren und den Patienten zur Weiterführung der Behandlung zu ermutigen.

Bei diesem Programm handelte es sich um ein offenes System: In der Anfangsphase waren die Zeitabstände zwischen den Behandlungen (jeweils mit Urin-test) sehr kurz. Bei fortschreitendem Programm, im Rahmen des „outpatient stimulant treatment“, verlängerten sich die Abstände. Das Pilotprogramm hat gezeigt, daß die hier angewandte Methode sehr viele Patienten in Behandlung zu halten vermag und geeignet ist, den Kokaingebrauch für längere Zeit zu unterbrechen. Zur Zeit wird dieses Modell, das sich auch bei Amphetamingebrauchern bewährt hat, in mehreren Studien evaluiert. Die Struktur des neurobehavioristischen Ansatzes liefert außerdem einen therapeutischen Rahmen für die Evaluation medikamentengestützter und anderer Behandlungsansätze wie z.B. Akupunktur.

Wie kann Kokainabhängigkeit definiert werden? Der biologische Erklärungsansatz lautet: Es handelt sich um ein „conditioning phenomenon“. In den ersten Behandlungsphasen fühlen sich die Patienten meist wohl, verspüren auch kein Verlangen nach Drogen. Später jedoch treten Angstzustände auf. Ausgelöst von den konditionierten „cues“ nimmt auch das Verlangen nach Kokain zu. Das Leben wird als langweilig, schal und leer empfunden, man erinnert sich bestimmter Situationen, in denen Kokain genommen wurde und wie aufregend das Leben mit der Droge war. Wie inzwischen bekannt ist, verursacht Kokain physiologische Veränderungen im Gehirn. Kokainabhängigkeit ist eben nicht nur ein psychologisches Problem. Die physiologisch bedingte Abhängigkeit ist bei Kokain allerdings schwächer als bei Alkohol und Heroin.

Kokain löst zu Anfang des Gebrauchs starke euphorische Zustände aus. Bei längerem Konsum und größeren Einnahmemengen nehmen Angst und Paranoia zu. Die Menschen leiden unter regelrechten Angstattacken, die auch durch weiteren Kokaingebrauch nicht mehr reduzierbar sind. Um mit der Angst fertigzuwerden, wird dann häufig Alkohol getrunken. Trotz geringerer körperlicher Abhängigkeit verläuft der Zerstörungsprozeß bei Kokain-/Crackgebrauch schneller als bei anderen Drogen. Das geschieht innerhalb weniger Monate, nicht – wie etwa bei Alkohol – im Laufe von Jahren.

Es ist sehr schwer, die Abhängigen dauerhaft von der Droge wegzubringen. Die meisten bisher durchgeführten Studien hatten viel zu kurze Laufzeiten, um dieser Tatsache gerecht werden zu können. Auch kommt in vielen Behandlungsprogrammen das psychologische „backup“ viel zu kurz. Die sexuelle Komponente, die insbesondere bei Crackgebrauch eine wesentliche Rolle spielt, bleibt meist unberücksichtigt. Darüber hinaus ergeben sich in den Behand-

lungsprogrammen – aufgrund des geringen Bildungsstandes der Klienten – häufig erhebliche Kommunikationsprobleme. Dringend notwendig sind „comprehensive therapies“, von denen es nur sehr wenige gibt. Derartige Angebote sind sehr teuer und derzeit meist nur für ökonomisch Bessergestellte erschwinglich. Zu fordern sind überdies Programme, deren Ansätze von den kulturellen Implikationen einzelner Populationen ausgehen. Noch viel muß geforscht werden, um Programme entwickeln zu können, die ethnische und soziale Hintergründe wie auch die spezifischen Bedürfnisse von Frauen und Männern hinreichend berücksichtigen.

Der Umstand, daß die Mehrheit der meist sehr jungen Kokain- und Crack-Gebraucher noch nie in Therapie war und Arbeitslosigkeit wie auch Kriminalität bei dieser Population überaus hoch ist, ändert alles, was im Rahmen einer Behandlung zu tun ist. Vor allem ist es sehr schwer, diese Menschen zu erreichen und sie „bei der Stange zu halten“. Berichtet wird von einem Programm, bei dem bereits 40% der vorgesehenen Teilnehmer die Behandlung erst gar nicht begonnen hatten. Weitere 30% haben nur an den ersten Sitzungen teilgenommen. Der Mißerfolg wird u. a. damit begründet, daß der Zeitraum zwischen den Behandlungsterminen – er betrug eine Woche – zu lange war.

Ein sehr erfolgreich verlaufenes klinisches Programm ließ folgendes erkennen: Vor allem in der Anfangsphase ist ein sehr intensives und dichtes Programm mit genauem und konkretem Aktionsplan vonnöten. Eine begleitende Chemotherapie kann hier hilfreich sein, weil sie den Entzug zu lindern vermag. Ein solches Angebot wirkt zugleich als Anreiz, eine Therapie zu beginnen. Erst nach etwa 14 Monaten kann die Intensität des Programms gelockert werden. Selbsthilfegruppen und familiäre Unterstützung werden jetzt wichtiger. Konflikte zwischen Therapeuten und Selbsthilfegruppe sind allerdings keine Seltenheit: diese sind meist ideologischer Art.

Bei der Behandlung von Kokain- und Crack-Gebrauchern ist die Einbeziehung der Angehörigen überaus wichtig. Intensiver Aufklärung und Therapie, – insbesondere in den ersten Behandlungsphasen – bedürfen nämlich nicht nur die Patienten, sondern auch ihre Angehörigen. Bezüglich Kokaingebrauch und -abhängigkeit existieren meist sehr naive Vorstellungen. Häufig wird geglaubt, daß Entzugerscheinungen und Rückfälle passé sind, befindet man sich erst einmal in Behandlung. Die Patienten stellen sich die Therapie meist viel einfacher vor, als sie tatsächlich ist. Das Sicherheitsnetz Therapie erweist sich aber sehr schnell als ein Netz mit Löchern – darauf muß vorbereitet werden. In der „relapse education prevention“ muß der Therapeut den Beteiligten zwar Hoffnung und Optimismus geben, gleichzeitig aber ehrlich sein und die zu erwartenden Schwierigkeiten benennen. Eine gut vorbereitete Familie kann entscheidend dazu beitragen, daß der Patient in Behandlung bleibt. Sie muß ihm Rückhalt geben, braucht aber auch Unterstützung, um dieses leisten zu können. Deshalb reicht es nicht aus, wenn lediglich Therapeut und Patient engen Kontakt halten, dieser muß ebenso zwischen Therapeut und Familie bestehen. Jedenfalls ist wiederholt festgestellt worden: je stärker die Familie zusammenhält, desto größer ist der Behandlungserfolg. Dieser Zusammenhalt muß gefördert werden: die herkömmliche Annahme, ein drogenabhängiger Angehöriger stabilisiere die Familie, erwies sich nämlich als falsch. Fazit: Wenn man es schafft, die Leute in Behandlungsprogrammen zu behalten, ist das schon ein

wesentlicher Erfolg. Es sind viele Versuche und Anläufe nötig, weil sich Rückfälle kaum vermeiden lassen.

Derzeit werden mehrere Medikamente zur Behandlung von Kokainabhängigkeit erprobt. Anders als bei Heroin kann Methadon, das lediglich Opiate zu blockieren vermag, nicht als „Wunderdroge“ gegen Kokain/Crack eingesetzt werden. U.a. werden Pharmaka wie Lithium, „stimulants“ und Dopamin-Antagonisten auf ihre Wirksamkeit bei Kokainabhängigkeit untersucht. Man erwartet, daß derartige Medikamente das Verlangen nach der Droge verringern. Beispiele zu den Ergebnissen bisheriger Studien:

- Amantadin: Bei Patienten, denen dieses Medikament verabreicht wurde, war die „drop out rate“ mit 86% sehr hoch. Unklar ist, ob es das Verlangen nach Kokain tatsächlich stillen kann.
- Bromocriptin: Hier konnten Reduktionen hinsichtlich des Verlangens nach Kokain und seines Gebrauchs beobachtet werden.
- Antidepressiva: Alle derartigen Pharmaka setzen das Verlangen nach Drogen herab, einige können sogar Abstinenz erwirken.
- Desipramin, Lithium: Hiermit können ca. 30-50% der Patienten über drei bis vier Wochen abstinent bleiben. Vor allem Desipramin scheint bei entsprechender Dosierung sehr gut zu wirken.

#### Workshop 18: Models of Outreach for Intravenous Drug Users and Their Sex Partners

---

Gegenübergestellt werden zwei Ansätze in der Arbeit mit i.v. Drogenabhängigen: Während „organizing“ primär darauf abzielt, in der Bezugsgruppe „peer pressure“ bezüglich Risikominderung zu mobilisieren, konzentriert sich „standard outreach“ (etwa mit dem bei uns gebräuchlichen Begriff „streetwork“ vergleichbar) vor allem auf individuelle Aufklärung. Trotz definitorischer Unterschiede läßt sich „organizing“ als Spezifikum von „outreach“ begreifen.

„Outreach“ hat zum Ziel, Drogenabhängige direkt anzusprechen, um sie z.B. in Behandlungskliniken zu bringen oder Selbsthilfe zu initiieren. Neben persönlicher Motivation und Information beinhaltet dieses Modell die Verteilung von Printmedien sowie Information über Videos und Tonkassetten. Die Arbeit mit Drogenabhängigen ist ohne „outreach“ nicht denkbar, da es keine andere Möglichkeit gibt, an Junkies heranzukommen. „Shooting galleries“ z. B. müssen aufgesucht werden, weil die Junkies von sich aus nicht in die Einrichtungen kommen – das Mißtrauen gegenüber Institutionen ist tief verankert. Zudem können über die direkte Ansprache wichtige Informationen, die der Klient in einer Institution erhalten hat, verstärkt werden. Mit „outreach“ können die verschiedensten Zielgruppen – Schwule, Drogengebraucher, Sexualpartner, Bisexuelle wie auch Prostituierte – erreicht werden. „Outreach“ ist zwar nicht „die“ Antwort auf alle Probleme, in bestimmten Bereichen aber unverzichtbar. So gibt es in Chicago ein Programm für „runaways“, in dem versucht wird, die Kinder von der Straße zu holen. Das ist allerdings ein sehr schwieriges und langwieriges Unterfangen. Viel Geduld und Fingerspitzengefühl sind nötig, um das

Vertrauen dieser Kinder und Jugendlichen gewinnen und sie in entsprechende Institutionen bringen zu können.

In San Francisco, in dessen Zentrum Drogengebrauch und Beschaffungsprostitution kulminieren, wird „outreach“ seit 1985 praktiziert. Ursprünglich als extensive Medienkampagne – mit sehr geringer Wirksamkeit – betrieben, ging man später zum Einsatz von „outreach workers“ über, was sich als weitaus effektiver erwiesen hat. Da auch in Kalifornien Spritzenaustauschprogramme verboten sind, hat man sich hier wie anderswo auf „bleach“ konzentriert. Beobachtet wurde, daß sich schwarze Junkies im Hinblick auf risikominderndes Verhalten beim Drogengebrauch besser bewähren als andere ethnische Gruppen. Beim Kondomgebrauch hingegen haben alle Populationen gleich große Schwierigkeiten.

Wer kann „outreach“ machen? In Frage kommen neben geschulten Sozialarbeitern insbesondere „peers“, Personen aus der Bezugsgruppe. Die „peer group“ hat bekannterweise starken Einfluß auf den Klienten. Dieser Einfluß muß unbedingt genutzt werden. Es scheint durchaus möglich zu sein, das bei den Schwulen San Franciscos erfolgreiche Stop AIDS Project auch auf Drogengebraucher zu übertragen.

Charakteristikum der herkömmlichen Drogenarbeit war die „Komm-Haltung“. Die Klienten mußten sozusagen „durch mehrere Ringe springen“, um dorthin zu gelangen, wo man ihrer mehr oder weniger nur harrte. Dergleichen hat bekanntlich demotivierende Wirkung. Hier hat sich bereits einiges geändert: Man geht vermehrt auf die Menschen zu, statt auf sie zu warten, man motiviert sie von außen, statt einzig auf Eigeninitiative zu setzen. Traurig aber wahr: Wenn es AIDS nicht gäbe, würden wahrscheinlich überhaupt keine neuen „outreach“-Ansätze ausprobiert werden. Das ist im Grunde ein zynischer Aspekt. Das Problem, mit dem man sich herumschlägt, ist, daß mit „outreach“ die Menschen zwar erreicht, motiviert und informiert werden können, es aber kaum adäquate Angebote für die anschließende Behandlung gibt. Seit AIDS ist es umso wichtiger geworden, das Angebot oder „service delivery“ neu zu definieren: Es geht nicht mehr in erster Linie um Abstinenz, sondern primär um Erhaltung von Gesundheit und Leben, also um „harm reduction“. Man hat es vorwiegend mit Menschen zu tun, die noch nie in Behandlung gewesen sind, muß also umdenken, von traditionellen Inhalten wegkommen. Nötig ist ebenso ein Behandlungsrahmen, der die Sexualpartner HIV-gefährdeter und -betroffener Menschen wie auch „street kids“ umschließt.

Während mit herkömmlichem „outreach“ eher Erfolge bei der Reduktion des Drogengebrauchs zu erzielen sind, hat sich „organizing“ als eine adäquate Methode in der HIV-Prävention erwiesen. An der Universität von Minneapolis/St. Paul wird dieser Ansatz praktiziert: Dort werden Szenen-Insider für die Präventionsarbeit ausgebildet, Frauen und Männer, die bei den Junkies Ansehen genießen und entsprechend akzeptiert sind. Diese wiederum organisieren Programme für i.v. Drogenabhängige und richten u.a. Frauengruppen ein. Dieser Ansatz ist sehr wichtig, da bisher kaum versucht wurde, in dieser Population so etwas wie Selbsthilfe („self sustaining leadership“) auf die Beine zu stellen. Die Strategie des „organizing“ – sie wird übrigens auch in New York City versucht – hat bisher auf allen Ebenen Erfolge gebracht: sie bewirkte bedeutende Verbesserungen in Bezug auf Risikoverhalten (vermehrter Gebrauch von sterilen Nadeln, von „bleach“ und Kondomen).

Alle Beiträge machten eines deutlich: Bei Prävention muß es heute vor allen Dingen um „harm reduction“ gehen. Das Beharren auf traditionellen Ansätzen in der Drogenarbeit im Sinne einer einzig gültigen Wahrheit wäre illusorisch und – nicht zuletzt wegen AIDS – unverantwortliche ideologische Verbohrtheit. Nicht anders als in der Bundesrepublik wird das Konzept der „harm reduction“ in den Vereinigten Staaten stark angefeindet. Umso lobenswerter ist der Versuch, dennoch im Interesse der Betroffenen Alternativen zu schaffen und zu propagieren.

## BERICHT ÜBER DEN KONGRESS II

Ingo Michels

Vom 23.-25. Oktober 1989 fand in New York die Internationale Konferenz „What Works: an International Perspective on Drug Abuse Treatment and Prevention Research“ statt, auf der sich führende amerikanische ForscherInnen über Drogenabhängigkeit und deren Behandlung, die Problematik der steigenden Zahl von Drogenkonsumenten, adäquate Hilfsmöglichkeiten für Abhängige und die zunehmende Zahl von HIV-positiven und AIDS-kranken Drogenabhängigen berieten. Ebenso war eine Reihe von Wissenschaftlern aus Großbritannien, Australien, den Niederlanden, Frankreich und Italien anwesend.

### **Chemotherapien für Opiatabhängige**

In dieser Arbeitsgruppe wurden die Ergebnisse pharmakologischer Behandlung von Opiatabhängigen in den USA präsentiert: sowohl die Resultate aus der seit 25 Jahren betriebenen Forschung zur Effektivität von Methadon-Behandlung (Substitutionsbehandlung) als auch die Erfahrungen mit Opiat-Antagonisten wie Naltrexon und zusätzlicher Behandlung mit Antidepressiva oder Opiaten wie Buprenorphin (Temgesic). Der Diskussion zugrunde liegt die US-amerikanische Behandlungsphilosophie, die von Roy Pickens, dem Direktor der Klinischen Forschungsabteilung des „National Institute on Drug Abuse“ (NIDA), in der Eröffnungsveranstaltung treffend so dargestellt wurde: nicht alle Drogengebraucher bedürfen per se einer Behandlung; auch könne Drogenabhängigkeit nicht geheilt werden, es bestehe jedoch die Möglichkeit einer „Funktionserhaltung“, d.h. einer Unterstützung der Minimierung von Schäden, wobei verschiedene Behandlungsmethoden – sowohl die drogenfreie Therapie als auch die pharmakologische Behandlung – in gleicher Weise gerechtfertigt seien. Das Ziel eines „drogenfreien Amerika“, wie es offiziell in den Medien und von der Regierung propagiert wird, hält er für unrealistisch.

John C. Ball vom Zentrum für Suchtforschung des NIDA, der erfahrenste amerikanische Forscher, erläuterte den Erfolg der Methadon-Behandlung. Von den rund 500.000 Heroinabhängigen in den USA werden etwa 80.000 in 667 Behandlungseinrichtungen in „Methadone Maintenance Treatment Programs“ (Methadon-Erhaltungsprogramme) behandelt, davon sind 98% i.v. HeroingebraucherInnen. Das Alter der Klienten beträgt 25 bis 35 Jahre; durchschnittlich liegt eine 11jährige Heroin- und eine 4-5jährige Kokain-Abhängigkeit vor; die Kriminalitätsrate ist hoch, und 2/3 der Klienten haben Gefängnisaufenthalte hinter sich.

Ball verwies darauf, daß die Methadon-Behandlung nicht für sich allein wirksam sei, ihr Erfolg vielmehr von bestimmten Behandlungsvoraussetzungen bzw. begleitenden Faktoren abhängt: von der konsequenten Programmorientierung, den Fähigkeiten der Leiter, der Erfahrung der Mitarbeiter, den zusätzlichen Beratungsangeboten, einer adäquaten Dosierung des Opiats und einer niedrigen „burn out“-Rate des Behandlungsteams. Wichtig für den Erfolg ist die „Haltequote“ der Programme, d.h. solche Klienten, die mehr als ein Jahr in Behandlung gehalten werden können, reduzieren zu 70% den intravenösen Drogengebrauch, während 82% derjenigen, die das Programm vorher verlassen, rückfällig werden. Die durchschnittliche Haltequote der Programme beträgt nach einem Jahr noch 64%, nach drei Jahren 41% und nach vier Jahren immerhin noch 29%. Bei 79% der Klienten kann eine deutliche Reduktion der Kriminalitätsbelastung festgestellt werden. Ball hält es deshalb für erwiesen, daß die Methadon-Behandlung ein wirksames Instrument der Behandlung Heroinabhängiger und damit auch der HIV-Prävention ist.

Cindey Fazey vom Zentrum für urbanistische Studien der Universität Liverpool erläuterte das britische System des Umgangs mit DrogengebraucherInnen. In Großbritannien ist Heroin streng genommen nicht „illegal“, denn es kann von niedergelassenen Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen verschrieben werden. Das Image des Drogenkonsums und des Drogenkonsumenten ist nicht von der anderswo üblichen Ablehnung geprägt. Drogenfreiheit (Abstinenz) gilt als „Ideal“, nicht aber als Ziel der Behandlung oder gar deren Voraussetzung. Die Behandlung von Drogenabhängigen durch niedergelassene oder Klinik-Ärzte wird als Palliativbehandlung begriffen, das Ziel ist die Schmerzlinderung oder die Verhinderung körperlicher und psychischer Schädigungen durch intravenösen Drogenkonsum, nicht die Abstinenz. Im britischen Behandlungssystem geht man davon aus, daß die Schädigungen nicht von einer bestimmten Droge verursacht werden, da der Konsum einer „reinen“ Droge (z.B. Heroin) keine organischen Schädigungen hervorruft, wenn sie unter entsprechend sterilen Bedingungen konsumiert wird.

Diese Behandlungsphilosophie wird als „harm reduction“ definiert. Sie existiert in Großbritannien seit 1926, als dort – anders als z.B. in Deutschland – eine „Medizinisierung“ anstatt einer Kriminalisierung des Drogenproblems beschlossen wurde. Dies hat dazu geführt, daß auch heute gelassener mit der Drogenproblematik umgegangen wird (wie es auch in den Niederlanden der Fall ist) als etwa in Deutschland, wo ein „strafender Ansatz“ vorherrscht. Allerdings kritisierte Cindey Fazey am britischen System, daß die Heroin-Vergabe in den 60er Jahren wieder eingestellt wurde, nicht zuletzt mit der Begründung, daß man den Junkies ja schließlich kein Mittel verschreiben könne, an dem sie „Spaß“ hätten. Die Heroin-Verschreibung habe – so die Meinung von Fazey – nicht etwa deshalb nicht funktioniert, weil es Probleme mit den Junkies gab, sondern mit den niedergelassenen Ärzten, die es verschreiben sollten und durften. Da sie zu leichtfertig damit umgingen, wurde die Kompetenz zur Verschreibung den (besonderen) Drogenkliniken übertragen. Dort entwickelten sich zwei Handhabungen: einige Drogenkliniken verschrieben Heroin, andere verweigerten sich. Die Heroin-Vergabe wurde allgemein durch die Methadon-Verschreibung ersetzt. Es wurden aber auch Versuche unternommen, die Applikationsform von Heroin zu ändern: Rauchen („chinesed“) statt intravenöse In-

jektion. Ebenso experimentierten britische Ärzte mit injizierbaren Amphetaminen und „spraybarem“ Kokain. Allerdings wurden diese Versuche hauptsächlich zum Heroinentzug eingesetzt, während oral verabreichtes Methadon die hauptsächliche Behandlungsform wurde. Darüber hinaus gibt es in Großbritannien eine Reihe von Spritzenaustauschprogrammen, auf die weiter unten eingegangen wird. Die genannten Maßnahmen und vor allem der sozialmedizinische Ansatz bei der Behandlung von Drogenabhängigen haben – davon ist Cindey Fazey überzeugt – dazu geführt, daß im Gebiet von Liverpool (Merseyside), wo dieser Ansatz traditionell schon lange Anwendung findet, die HIV-Prävalenz unter i.v. DrogengebraucherInnen relativ niedrig ist, obwohl die Merseyside die größte Zahl von Junkies in England aufweist.

Laut Thomas Kosten von der Yale Universität, Abteilung für die Behandlung von Drogenmißbrauch, ist neben dem Einsatz von Methadon die Therapie mit Naltrexon die in den USA am häufigsten angewandte Behandlungsmethode. Naltrexon, ein länger wirksamer und wie Methadon oral verabreichtes Opiat-Blocker, erweist sich zwar als wirksam und führt – anders als Methadon – nicht zu schwerwiegenden Entzugssyndromen, besitzt jedoch nur eine geringe Haltekraft (vgl. auch Kosten, T.R. und Herbert, H.D.: Strategies to Improve Compliance with Narcotic Antagonists. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10/2, S. 249-266, 1984). Zwischen 50 und 60% der Klienten brechen die Behandlung innerhalb des ersten Monats ab. Allerdings kann diese „dropout“-Rate verringert werden mit zusätzlicher psychotherapeutischer Behandlung (vor allem familien- und verhaltenstherapeutischer Psychotherapie). Clonidin, eigentlich ein Mittel gegen Bluthochdruck, wird von Kosten als ein sehr effektives, nicht abhängig machendes Mittel zur Entgiftung bezeichnet (vgl. auch Kleber, H.D. et al.: Clonidine in Outpatient Detoxification from Methadone Maintenance. *Archives of General Psychiatry*, 42, S. 391-398, 1985). Um die relativ häufig auftretenden depressiven Phasen chemotherapeutisch zu behandeln, wird die Vergabe eines Heroin-/Kokain-Substituts mit dem Einsatz von Antidepressiva oder auch angstlösenden Psychopharmaka (Tranquilizer) verbunden (vgl. auch Kosten, T.R. et al.: A 2.5-Year Follow-Up of Cocaine Use Among Treated Opioid Addicts – Have Our Treatments Helped? *Archives of General Psychiatry*, 44, S. 281-284, 1987). Antidepressiva scheinen bei der Methadonbehandlung eine gewisse zusätzliche Wirkung in Bezug auf geringeren Beigebrauch von Kokain und Heroin zu haben. Desipramin z.B. scheint eine „substantielle Reduktion von Kokain-Gebrauch“ zu bewirken (vgl. auch Kosten, T.R. et al.: A Preliminary Study of Desipramine in the Treatment of Cocaine Abuse in Methadone Maintenance Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48/11, November 1987).

Ebenso scheint auch ein anderes Opiat, nämlich Buprenorphin (Handelsname: Temgesic), als mögliche chemotherapeutische Behandlungsform bei Heroinsucht gewisse Erfolge aufzuweisen, zumal es in Studien gute Haltequoten und einen reduzierten Gebrauch anderer Substanzen wie Heroin und Kokain aufwies sowie einen letztlich drogenfreien Weg erleichtert (vgl. auch Kosten, T.R., Kleber, H.D.: Buprenorphine Detoxification From Opioid Dependence – A Pilot Study. *Life Sciences*, 42, S. 635-641, 1987).

Erprobt wird außerdem das Acetylmethadol LAAM, eine lange wirkende Form von Methadon. Diese Droge ermöglicht es, mit einer einzigen Dosis eine



ausreichende Stabilisierung über zwei bis drei Tage zu erreichen (vgl. auch Cohen, S.: Neuester Stand der Heroinforschung, in: Rausch und Realität, Band 3, hrsg. von Völger/von Welck, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek 1982, S. 1419-1425).

In Großbritannien, so berichtete Colin Brewer vom Stapleford Zentrum an der Hanway Klinik in London, werden auch mit der Vergabe von injizierbarem Methadon Versuche durchgeführt. Vor zwei Jahren wurde das Programm in London für eine kleine Zahl von Methadon-Patienten gestartet. Da diese es aus Gewohnheit oder wegen ihres Lebensstils vorziehen, die Droge zu injizieren, können sie auf diese Weise im Programm gehalten werden. Die Klienten gehen jedoch einer geregelten Arbeit nach und sind sozial stabilisiert. Daß sie eine injizierbare Lösung von Methadon erhalten, wird auch der Polizei gemeldet – nicht zum Zwecke der Kontrolle, sondern eher, damit sie nicht in Schwierigkeiten geraten. Auch in Amsterdam überlegt man, ob für eine kleine Zahl von Methadon-Patienten, die nicht aufhören wollen zu „drücken“, injizierbares Methadon vergeben werden soll.

Die Erfahrungen mit chemotherapeutischen Behandlungsmethoden sind noch recht unzureichend und erst in einigen Studien überprüft worden. Man sollte daraus noch keine allzu großen Schlußfolgerungen ziehen. Auffällig jedoch ist, daß in den englischsprachigen Ländern (USA, Großbritannien, Australien) wie auch in den Niederlanden ein anderes Verständnis von der Behandlung Opiatsüchtiger besteht. Ein ausschließlich auf Abstinenz und lediglich psychotherapeutischer Behandlung beruhender Ansatz ist dort fremd, wenn gleich er keineswegs ausgeschlossen wird. Die Behandlungsphilosophie ist zudem nicht so dogmatisch und starr wie in der Bundesrepublik. Cindy Fazy formulierte es sehr treffend: „Es gibt verschiedene Wege für verschiedene Menschen zu verschiedenen Zeiten“.

### Drogentherapie als AIDS-Interventionsstrategie

Elizabeth Barton, Leiterin der therapeutischen Gemeinschaft „Samaritan Village“, erläuterte, wie die AIDS-Epidemiologie das „environment“, d.h. die Alltagsstruktur der therapeutischen Gemeinschaft verändert. In den Einrichtungen des Village sind ca. 20% der Klienten HIV-positiv – ein Umstand, der die Behandlung beeinflussen muß in Bezug auf:

- die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der seropositiven Klienten,
- die Ausübung einer „Infektionskontrolle“, z.B. durch kontinuierliche, alle Klienten verpflichtende Aufklärung über HIV-Transmissionswege,
- die „aggressive“ Vermittlung der Maßnahmen zur Risikominimierung durch professionelle interdisziplinäre „task forces“ sowie peer-groups.

Die Einbindung der Klienten in diese Maßnahmen bildet die Grundlage für die HIV-Prävention im Langzeitbereich. Außerdem werden die medizinische Grundversorgung sowie ein modifiziertes Therapieprogramm für schon an AIDS erkrankte Klienten zur Verfügung gestellt. Nach dem Therapieaufenthalt folgt eine ambulante Betreuung.

Auf die strukturellen und psychischen Probleme bei der Arbeit mit HIV-positiven oder an AIDS erkrankten Klienten in therapeutischen Gemeinschaften wies

James L. Sorensen, Universität von Kalifornien/San Francisco, hin. Er nannte z.B. die Diskriminierung von Klienten, Wohnungsprobleme nach Therapieaufenthalt, Hilflosigkeit und Ängste der MitarbeiterInnen, insbesondere bei Themen wie Sterben und Tod. Sorensen plädierte für ein Modell der Unterstützung der gesundheitlichen Stabilisierung durch nicht angstzeugende Konfrontation mit dem Problem, soziale Hilfestellung, HIV-Antikörpertests und eine Intensivbehandlung mit Methadon.

Ein besonderes Problem stellen diejenigen Klienten dar, die ihr Verhalten nicht ändern. Offensichtlich sind die bestehenden Angebote nicht für alle geeignet. Neue Wege müssen gesucht werden.

Benny J. Primm, Executive Director der Addiction Research & Treatment Corporation, Brooklyn/NY, faßte die Grundlagen der Behandlung von HIV-positiven und an AIDS erkrankten Klienten in therapeutischen Gemeinschaften wie folgt zusammen:

- Bereitstellung der medizinischen Grundversorgung in den Einrichtungen,
- Angebot des HIV-Antikörpertests, um medizinische Frühbehandlung zu ermöglichen,
- Behandlung HIV-assoziiierter Krankheiten (z.B. Hepatitis, Pneumonien, Influenza etc.) mit AZT und aerosolem Pentamidin,
- Berücksichtigung der Kultur der jeweiligen ethnischen Gruppe,
- Verstehen und Beherrschen der Sprache der DrogengebraucherInnen.

Notwendig seien außerdem Programme zur Streßreduzierung, wie z.B. Biofeedback, Psychotherapie, Meditation, Hypnose und Entspannung. Begleitend seien serologische Untersuchungen durchzuführen (um festzustellen, ob sich die Streßreduktion günstig auf den Zustand des Immunsystems auswirkt – Stichwort Psychoneuroimmunologie). Auch die Partner der Klienten sollten in das Behandlungsprogramm einbezogen werden.

### Die Rolle von Spritzenaustauschprojekten in der HIV-Prävention

Zunächst erläuterte Ernst Boning vom Amsterdamer Gesundheitsamt das dort durchgeführte Spritzenaustausch-Programm und betonte, daß es unverzichtbarer Bestandteil der HIV-Prävention unter i.v. DrogengebraucherInnen sei. Boning befürchtet allerdings, daß auf lange Sicht eine Zunahme der HIV-Prävalenz zu erwarten sei, weil ein – wenn auch kleiner – Teil der Konsumenten zumindest gelegentlich weiterhin Needle-sharing praktizieren werde. Ein wichtiges Indiz für den Erfolg des Amsterdamer Programms ist der drastische Rückgang von akuter Hepatitis B um rund 70% unter i.v. DrogengebraucherInnen (van den Hoek/Coutinho et al. 1988/89). Desgleichen wurde festgestellt, daß die HIV-Prävalenz mit 30% konstant geblieben ist. Die Amsterdamer Drogenpolitik zwischen 1979 und 1984 kann als pragmatisch und nicht-bestrafend begriffen werden. Sie strebte folgende Ziele an:

- möglichst frühzeitiges Erreichen der Abhängigen,
- Reduzierung der Krankheitsrisiken des Heroin-Konsums bei denjenigen, die (noch) nicht für Abstinenz gewonnen werden können,
- Motivierung der DrogengebraucherInnen zur Teilnahme an drogenfreien Therapien bzw. Rehabilitationsprogrammen,

■ Kooperation mit der Polizei, dem Hilffsystem und der Stadtteilbevölkerung.  
In den Jahren zwischen 1984 und 1989 wurde diese Politik aufgrund der AIDS-Problematik insofern erweitert, als zusätzlich über AIDS informiert, Methadon in niedrigschwelligen Programmen vergeben, Spritzenaustausch installiert und Kondome verteilt wurden. Weitere Ziele der Gesundheitspolitik waren die Entwicklung einer umfassenden medizinischen Versorgung für die bereits an AIDS Erkrankten und die Verhinderung von Diskriminierung und Marginalisierung HIV-positiver Menschen.

Das erste Spritzenaustausch-Programm wurde in Amsterdam im Jahre 1984 gestartet und zunächst vom Junky-Bund durchgeführt. Angestrebt wurden Verhaltensänderungen in Bezug auf das bisher praktizierte Needle-sharing. Demgegenüber wurde befürchtet, daß der Drogenkonsum zunehmen und der Spritzen-Schwarzmarkt angekurbelt würde. Man argumentierte, Drogenarbeiter ermutigten zum Drogenkonsum und investierten weniger Zeit in die abstinenzorientierte Beratung. Diese Befürchtungen bestätigten sich jedoch nicht:

Die Zahl der vermuteten Drogenkonsumenten (5000-6000) blieb stabil, wobei weniger als die Hälfte intravenösen Drogengebrauch praktizierte. Das Durchschnittsalter der Konsumenten stieg zwischen 1983 und 1988 von 27 Jahren auf 31 Jahre an, ein Hinweis darauf, daß in Amsterdam die Zahl der Neueinsteiger rückläufig ist. 40% der ProgrammteilnehmerInnen berichteten über einen Rückgang des Drogengebrauchs, während 30% zunehmenden Gebrauch angaben. Nur 3% berichteten, daß sie sich in letzter Zeit in Risikosituationen befunden hätten gegenüber 28% derjenigen, die nicht am Programm teilgenommen haben. Auch das needle-sharing ging deutlich zurück: von der Programmgruppe praktizierten es nur noch 9% gegenüber 22% der Nicht-TeilnehmerInnen. 74% der AustauschlerInnen benutzten ausschließlich ihr eigenes Spritzbesteck, hingegen nur 28% der Nicht-AustauscherInnen.

Ein Problem stellte die wachsende Zahl weggeworfener gebrauchter Spritzbestecke in Parks und auf Spielplätzen dar. Da rund 30% der ProgrammteilnehmerInnen ihr benutztes Spritzbesteck nicht zurückbrachten, wurde beschlosssen, neues Besteck nur dann zu vergeben, wenn gleichzeitig gebrauchtes abgegeben wird. In der Allgemeinbevölkerung ist bis heute keine Zunahme von Nadelstichverletzungen aufgrund weggeworfener Spritzbestecke festgestellt worden.

Chuck Eaton, Leiter des Needle Exchange Program in New York City, stellte die Frage, welche Chancen Spritzenaustausch-Programme angesichts der vehementen Ablehnung derartiger Ansätze in New York City überhaupt haben. Dort gibt es nämlich nur ein Pilotprojekt mit 208 Teilnehmern (das ist etwa 0,1% der für die Stadt geschätzten Gesamtzahl von i.v. DrogengebraucherInnen). Dieses ist außerdem nicht in Szenenähe, sondern in der wenig geeigneten Umgebung von verschiedenen Justizbehörden angesiedelt. Auch die Teilnahme selbst ist mit einigen Hürden verbunden, da die Klienten sich um die Aufnahme in das Programm bemühen müssen. Eaton bezweifelte, daß angesichts dieser Barrieren die Botschaft „safer use“ die New Yorker DrogengebraucherInnen erreichen könne.

Auch Stephen Schultz vom New York City Department of Health stellte erhebliche Unterschiede zwischen dem New Yorker Programm und dem in Europa (z.B. in U.K. und den Niederlanden) und Australien angebotenen Spritzen-

austausch fest. Die zunehmende Zahl von HIV-Transmissionen in der Gruppe der i.v. DrogengebraucherInnen erfordere dringend ein Umdenken in den Vereinigten Staaten. Spritzenaustauschprogramme seien in Europa und Australien in ein Hilffsystem eingebunden, das in New York nur in spärlichen Ansätzen vorhanden sei. Nur rund 15% der DrogengebraucherInnen werden von den Behandlungsprogrammen erreicht. Zudem müßte stärker die Problemlage der ethnischen Minderheiten berücksichtigt werden, da unter den New Yorker DrogengebraucherInnen Schwarze und Hispanos überproportional vertreten sind.

Die Schwierigkeit, Spritzenaustauschprogramme zu starten, liegt nicht zuletzt darin, daß sie von den politischen Vertretern der schwarzen und hispanischen „communities“ als Genozid an den Minderheiten deklariert werden, weil sie angeblich den Drogengebrauch fördern und so die „communities“ zerstören würden (vgl. auch Drucker E: New York – Through the Eye of the Needle, The International Journal of Drug Policy, 1/1, 1989, S. 8-10). Die „Street Research Unit“ – eine Gruppe vorwiegend schwarzer und hispano-amerikanischer SozialarbeiterInnen und Ex-UserInnen, die von der New York State Division of Substance Abuse Services zur Durchführung von Vor-Ort-Arbeit initiiert wurde – verteilte auf der Konferenz ein Faltblatt, das sich in scharfer Form gegen die Ausstellung und den Verkauf jeglicher Utensilien zum Drogengebrauch in sog. head-shops wandte. Die freie Zugänglichkeit zu Spritzbestecken untergrabe die Effektivität jeder Anti-Drogenkampagne und erwecke zudem den Eindruck, der Gebrauch von Drogen sei akzeptabel und eröffne darüber hinaus einen Weg, durch den sich junge Menschen von den herrschenden sozialen Konventionen absetzen und ihre Unabhängigkeit beziehen könnten.

Don Des Jarlais, der stellvertretende Direktor der Forschungsabteilung des Narcotic and Drug Research Inc. in New York City, betonte, man müsse auch das Problem der Gewaltanwendung (Gebrauch von Schuß-, Schlag- und Stichwaffen) in der Drogenszene sehr ernst nehmen, weil es u.a. die Arbeit der Streetworker zu einem gefährlichen Unternehmen werden lasse.

Gerry V. Stimson von der Abteilung Soziologie an der University of London – Goldsmith's College erörterte anhand internationaler Erfahrungen die Stärken und Grenzen von Spritzenaustauschprogrammen. Sie seien geeignet, i.v. DrogengebraucherInnen zu erreichen, insbesondere diejenigen, die keine anderen Hilfeleistungen in Anspruch nehmen und bisher noch keine Unterstützung bei Drogenproblemen erhielten. Demgegenüber bestehe bei diesen Programmen kaum die Möglichkeit, mit DrogengebraucherInnen in Kontakt zu bleiben. Die Fluktuation sei hoch, die Haltekraft gering. Zudem gelinge es nur in Ansätzen, jüngere DrogengebraucherInnen, solche mit kürzerer Drogenkarriere, Frauen und „high risk injectors“ zu erreichen. Andererseits sei bei Spritzenaustauschprogrammen eine zufriedenstellende Rücklaufquote zu verzeichnen. Es handle sich um eine niedrigschwellige Maßnahme, und die Klienten seien mit der Serviceleistung sehr zufrieden. Allerdings schlage sie fehl, wenn es an politischer und administrativer Unterstützung mangelt und wenn Regeln und Restriktionen zu starr gehandhabt werden. Das begleitende Beratungs- und Informationsangebot erziele bessere Erfolge im Bereich des Drogengebrauchs als in dem des Sexualverhaltens.

Im Hinblick auf Veränderungen des Risikoverhaltens stellt Stimson fest, daß Spritzenaustausch vor allem Personen mit niedrigerem Risikoverhalten anzu-

sprechen vermag. Die Klienten berichten, daß ihr Needle-sharing und die Anzahl ihrer Sexualpartner zurückgegangen seien.

Es liegen noch keine definitiven Forschungsergebnisse darüber vor, ob sich die HIV-Infektionsraten unter DrogengebraucherInnen aufgrund einer leichteren Verfügbarkeit von Spritzbestecken verändert haben. Stimson führt das zurück auf die Kürze des Evaluationszeitraums, auf den Umstand, daß bisher in den Ländern nur wenige methodisch durchstrukturierte Seroprävalenz- und Serokonversionsstudien durchgeführt worden sind sowie auf Probleme bei der Gestaltung aufschlußreicher Untersuchungen. Obgleich die Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen der Spritzenvergabe ungenügend sind, lassen die bislang vorliegenden Studien dennoch auf niedrige Infektionsraten unter den Klienten schließen.

Nach Stimson kann eine breiter angelegte Spritzenvergabe theoretisch zu vermehrtem i.v. Drogengebrauch führen und die Attraktivität von Therapien schmälern. Die negativen Auswirkungen sind schwer festzustellen, da in vielen Ländern adäquate Basisdaten zur Häufigkeit des i.v. Drogengebrauchs und zur Therapiebereitschaft fehlen. Lediglich aus den Niederlanden wird berichtet, daß die Zahl der Injektionen nicht zugenommen hat und die Nachfrage nach Therapien gestiegen ist. Immerhin stützen die bisher vorliegenden Resultate das Argument, daß man DrogengebraucherInnen zu Verhaltensänderungen motivieren könne, wodurch eine Reduktion der Zahl von Neuinfektionen zu erreichen wäre. Es sei nötig, für innovative Ansätze wie Spritzenaustausch-Programme adäquate Forschungsdesigns zu entwickeln, die auch die Untersuchung der negativen Effekte von Interventionsstrategien ermöglichen. Ebenso müsse untersucht werden, in welchen Situationen die Anwendung von Safer Use und Safer Sex erschwert ist und welche Faktoren Verhaltensänderungen ermöglichen oder verhindern.

Dem Problem, daß Gruppen mit hohem Risikopotential von „office based programs“ kaum erreicht werden können, müsse mit der Entwicklung anderer Vergabemöglichkeiten (z.B. über Streetwork oder Apotheken) begegnet werden. Es gelte zu untersuchen, welche Angebote am besten geeignet wären, die Spritzenvergabe und die Möglichkeit anderer Hilfestellungen zu maximieren und mit welchen Methoden man Verhaltensänderungen unterstützen kann.

In den Ländern, in denen es noch keine oder nur vereinzelte Spritzenaustausch-Programme gibt, scheitert die Einführung bzw. Ausweitung an politischen Hindernissen. Stehen erst einmal positive Forschungsergebnisse aus vielen Ländern zur Verfügung, werde es kaum noch Gründe geben, derartige Experimente weiterhin zu verzögern.

## **DOKUMENTATION TREFFEN NICHTSTAATLICHER ORGANISATIONEN**

### **ERSTE INTERNATIONALE ZUSAMMENKUNFT VON AIDS-HILFE-ORGANISATIONEN**

Wien, 28. Februar - 3. März 1989

**Gemeinsame Erklärung zur Rolle von nichtstaatlichen AIDS-Hilfe-Organisationen bei der Prävention von HIV-Infektionen und der Fürsorge und Unterstützung von Personen mit AIDS und HIV-assoziierten Erkrankungen**

Vertreter von 50 AIDS-Hilfe-Organisationen der Weltgesundheitsorganisation

#### **AIDS-Hilfe-Organisationen**

AIDS-Hilfe-Organisationen (ASOs) unterstützen Einzelpersonen und Gemeinschaften aufgrund von Bedürfnissen, die aus der AIDS-Pandemie resultieren. Diese Bedürfnisse treten speziell in den Bereichen Prävention, Fürsorge und bei der Beschaffung von Geldmitteln auf. ASOs sind normalerweise in der Gemeinschaft verankert und nichtstaatlich. Die Interessen und Bedürfnisse der von der Pandemie betroffenen Personen werden, per definitionem, am besten von den ASOs vertreten, die von und für HIV-infizierte Personen gegründet wurden. Andere ASOs sind aus den unterschiedlichsten Gruppen – Sexualberatern, Schwulen- und Lesbenbewegung, Gesundheitsfürsorgediensten, ethnischen Minderheiten und Gemeinschaften mit besonderen nationalen oder kulturellen Interessen – hervorgegangen. Die Ziele der ASOs sind ausschließlich oder hauptsächlich AIDS-bezogen; des Weiteren haben viele andere nichtstaatliche Organisationen AIDS-Themen in ihre bestehenden Programme mit aufgenommen.

Die Tatsache, daß die Mehrheit der ASOs aus den Gemeinschaften, denen sie auch helfen, hervorgegangen ist, ist die Grundlage für ihre drei Hauptmerkmale: ihre Übereinstimmung mit und ihre Glaubwürdigkeit bei den Personen und Gruppen, für deren Hilfe sie gegründet wurden; ihre Fähigkeit, als Bezugspunkte oder Vermittler zwischen eben den Personen und öffentlichen Dienststellen zu fungieren; und ihre Legitimation als Anwälte der Sache. Integraler Bestandteil der ASOs ist die persönliche Kenntnis und Erfahrung, wie sie nur Personen haben, die mit HIV leben, bzw. deren Partner und Familien.

ASOs wurden hauptsächlich in den von AIDS in den 80er Jahren am meisten betroffenen Industrienationen gegründet: Nordamerika, Westeuropa, Australien und Neuseeland. Sie entstehen zunehmend auch in Entwicklungsländern mit ebenfalls hohen Infektionsraten sowie in Gegenden, wo die Pandemie noch nicht so verbreitet ist.

## Gemeinsame Interessenbereiche und Ziele

Während sich laufend neue ASOs bilden, bzw. die bestehenden ihre Programme weiterentwickeln, festigt sich ihr Rückhalt in den Gemeinschaften und kann durch gleichzeitige Unterstützung von nationalen und internationalen Behörden verstärkt werden. Das Maß, in dem sich nichtstaatliche, staatliche und zwischenstaatliche Reaktionen in Bezug auf AIDS ergänzen, zeigt sich in dem Vorhandensein von gemeinsamen Interessenbereichen und Zielsetzungen.

Sowohl die Definition von Gesundheit als „ein Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Nicht-Vorhandensein von Krankheit oder Gebrechen“ in der Satzung der Weltgesundheitsorganisation als auch das damit zusammenhängende Satzungsprinzip „sich des bestmöglichen Gesundheitsstandards zu erfreuen, ist eines der grundlegenden Rechte eines jeden Menschen unabhängig von Rasse, Religion, politischer Überzeugung, wirtschaftlicher oder sozialer Lage“, sind untrennbar von der Formulierung von Prioritäten und von Tätigkeiten im Bereich der Fürsorge und Unterstützung HIV-infizierter Personen. Genauso haben nichtstaatliche, staatliche und zwischenstaatliche Organisationen, die sich mit AIDS beschäftigen, gleichwohl aber ihre Unabhängigkeit, ihre Autonomie und ihre spezifischen Interessen und Mandatsbereiche beibehalten, die Ziele der globalen AIDS-Strategie als gemeinsame Zielsetzung: die Prävention von HIV-Infektionen, die Verringerung der persönlichen und sozialen Auswirkungen und die Vereinheitlichung nationaler und internationaler Bemühungen im Kampf gegen AIDS.

Bei der Prävention, und auch durch Entwicklung und Verbreitung von gut gestalteten, gruppenspezifischen Informations- und Unterrichtsmaterialien, haben ASOs Möglichkeiten geschaffen, um den Einzelnen bei der Reduzierung seines Risikoverhaltens zu unterstützen. Hier haben die ASOs wichtige Erfolge erzielt in der Vermittlung zwischen Wissen und Praxis. Durch die Schaffung eines unterstützenden sozialen Umfelds haben sie ein sehr wichtiges Basiselement für erfolgreiche HIV-Prävention gestärkt. ASOs leisten unentbehrliche Arbeit für die Verringerung der physischen und psychischen Auswirkungen von HIV-Infektionen auf den Einzelnen und die Gemeinschaft, und zwar durch Bereitstellung von Betreuung in Pflegeheimen und zu Hause, durch „buddying“ (dem AIDS-Kranken wird ein persönlicher Helfer an die Seite gegeben), Beratung und in speziellen AIDS-Kliniken. Auf nationaler und internationaler Ebene haben sie Einfluß bei der Förderung von Verbesserungen der Hilfsangebote im öffentlichen Bereich für HIV- oder AIDS-betroffene Personen sowie bei der Reduzierung diskriminierenden Verhaltens gegenüber Betroffenen.

Bei der Entstehung und Entwicklung der ASO-Netze hat es sich gezeigt, daß die Erfahrungen kleiner Organisationen auf lokaler Ebene für andere Gruppen in anderen Städten, Ländern, Kontinenten und Kulturen ein wichtiges Lehrmittel darstellen. Das Gefühl nationaler, internationaler und interkultureller Zusammengehörigkeit, das sich durch die ASO-Netze entwickelt, ermöglicht es, daß aus solchen Erfahrungen gelernt wird, und es ist deshalb unverzichtbar für den Erfolg im weltweiten Kampf gegen AIDS.

Der Schutz von Menschenrechten und Menschenwürde für HIV- oder AIDS-Betroffene und das Vermeiden ihrer Diskriminierung und Stigmatisierung bei

der Bereitstellung von Hilfen, in der Arbeitswelt und auf Reisen ist der zentrale Punkt bei der Erreichung der gemeinsamen Ziele: Prävention sowie Verringerung der persönlichen und sozialen Auswirkungen und Zusammenschluß der Bemühungen auf internationaler Ebene.

## Hauptanliegen an die AIDS-Hilfe-Organisationen

AIDS-Hilfe-Organisationen sehen sich großen Hindernissen bei ihrer erfolgreichen Arbeit gegenüber. Diese unterscheiden sich von Land zu Land und stehen oft miteinander im Zusammenhang. Sie können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

Die Legitimation der ASOs, einschließlich der Anerkennung ihrer Kompetenz in Fragen zu AIDS, sowie die Wichtigkeit ihres Beitrags zur Prävention, Fürsorge und zur Entwicklung politischer Grundsätze wird häufig offiziell nicht anerkannt. Die Rolle von Personen, die mit HIV oder AIDS leben, und die ihrer Organisationen, wird von anderen ASOs und Organisationen unterbewertet.

Von der Kompetenz der ASOs wird nur unzureichend Gebrauch gemacht; so sind z.B. ASOs in Behörden, die sich innerhalb einzelner Länder regional und international mit AIDS befassen, unterrepräsentiert. Insbesondere sind einheimische Völker und ethnische Minderheiten unterrepräsentiert.

Das Fehlen von ausreichenden und stetig fließenden Geldmitteln ist für viele ASOs ein Problem, das häufig mit der Legitimation, die ihnen von Regierungsseite und anderen wichtigen Geldgebern gewährt wird, im Zusammenhang steht. Gleichzeitig bedeutet der Ausbau von Bindungen an geldgebende Institutionen aber auch eine Notwendigkeit zur Anpassung an Zielsetzungen und Unternehmungen, die möglicherweise die Unabhängigkeit und Autonomie der ASOs bedrohen.

Unterschiedliche Vorurteile, Verordnungen und Gesetze bilden strukturelle Hindernisse für die Aktivitäten der ASOs, und, in einigen Fällen, sogar existentielle. Diese Hindernisse sind unter anderem Vorurteile, Gesetze oder Verordnungen gegen Sexualberater, Homosexualität, Zugänglichmachung und Besitz von Spritzbestecken, sowie gegen die Veröffentlichung von eindeutigen Aufklärungsmaterialien über die Prävention von HIV-Übertragung auf sexuellem Weg.

Die Terminologie, die im Zusammenhang mit AIDS benutzt wird, verstärkt häufig negative Einstellungen, verhindert Verständnis und verletzt diejenigen, die mit einer HIV-Infektion oder mit AIDS leben. Während die Betroffenen sich darum bemühen, ein unterstützendes soziales Umfeld zu schaffen, wobei Begriffe eingesetzt werden, die Stärke und Ermutigung vermitteln und nicht Passivität und Resignation, werden in der Öffentlichkeit Begriffe wie „Opfer“, „Leidender“ und „Patient“ benutzt, die diese Bemühungen untergraben und zur Diskriminierung beitragen.

ASOs haben umfangreiche Erfahrungen in vielen Orten und Ländern gesammelt. An den Ergebnissen dieser Erfahrungen müssen andere ASOs und öffentliche Organisationen auf nationaler und internationaler Ebene teilhaben können. Die Mechanismen, um dies zu erreichen, sind zur Zeit nicht ausreichend und benötigen Unterstützung in ihrer Entwicklung.

Sind die ASOs angesichts der Pandemie außerordentlich rasch entstanden und gewachsen, so stellen sie jetzt fest, daß die Aneignung von modernen Managementmethoden, jeweils ihrer besonderen Situation entsprechend, unerläßlich ist. Dies beinhaltet unter anderem strategische Planung, Kommunikationsmethoden und Vernetzungen, die Aufbringung von Mitteln sowie die Entwicklung effektiver Managementstrukturen im Zusammenhang mit schnellem Wachstum, Neuerungen bei der Bereitstellung von Hilfen, Freiwilligenarbeit und epidemiologischer Unsicherheit.

#### **Zukünftige Zusammenarbeit zwischen ASOs und der WHO**

Ein breitgefächertes Spektrum von AIDS-Hilfe-Organisationen, die viele Interessengruppen, speziell Personen mit HIV-Infektionen oder AIDS vertreten, hat gemeinsame Zielsetzungen miteinander und mit der Weltgesundheitsorganisation: Prävention von HIV-Infektionen; Reduzierung der persönlichen und sozialen Auswirkungen auf ein Minimum; Fürsorge und Unterstützung von AIDS-Betroffenen; Einigkeit auf nationaler und internationaler Ebene im Kampf gegen die Pandemie und ihre Auswirkungen. Teilnehmer an dem Treffen von AIDS-Hilfe-Organisationen in Wien betonten die Wichtigkeit dieser Zielsetzungen und forderten nachdrücklich eine weitere Verstärkung der Bemühungen um Zusammenarbeit zur Erreichung der Ziele.

Die Teilnehmer würdigten die Unterstützung des Treffens von Wien durch die WHO als ein Beispiel für die Zusammenarbeit von verschiedenen Organisationen. Als Bestandteil für eine zukünftige Zusammenarbeit empfahl das Treffen dringend eine Fortsetzung der gemeinsamen Arbeit mit ASOs, um Wege zu finden, die Arbeitsbeschränkungen zu überwinden, insbesondere in den Bereichen Legitimation und Kompetenz der ASOs, Mitspracherecht in Organisationen, die sich mit AIDS befassen, strukturelle Hindernisse wie z.B. Vorurteile, Gesetze und Verordnungen, die die Prävention von HIV-Infektionen bzw. die Fürsorge und Unterstützung von Betroffenen erschweren, nationale und internationale Vernetzung der ASOs und Verbesserung der organisatorischen Möglichkeiten der strategischen Planung, das Finden von Geldgebern und die Entwicklung entsprechender Managementstrukturen. Auf dem Treffen wurde betont, daß diese Empfehlungen sich auf Arbeitsbeschränkungen sowohl in Industrienationen als auch in Entwicklungsländern beziehen.

Das Treffen stellte fest, daß Autonomie, Unabhängigkeit und die unterschiedlichen Interessen der Organisationen, ob nichtstaatlich, staatlich oder zwischenstaatlich, eine erfolgreiche Zusammenarbeit oft erschweren. Die Teilnehmer hoben hervor, daß es durchaus möglich sei, Autonomie und Unabhängigkeit, trotz Zusammenarbeit zwischen den Organisationen in Bereichen gemeinsamer Interessen auf gemeinsame Zielsetzungen hin, beizubehalten und empfahlen ein fortlaufendes, positives Mitwirken bei der Bildung von lokalen, nationalen und internationalen Allianzen im Kampf gegen AIDS.

Zweihundvierzigste Weltgesundheitsversammlung  
WHA42.34  
19. Mai 1989  
Tagesordnungspunkt 19

## **NICHTSTAATLICHE ORGANISATIONEN (NGO'S) UND DIE GLOBALE AIDS-STRATEGIE**

#### **Die zweihundvierzigste Weltgesundheitsversammlung,**

In Erinnerung an die technische Diskussion auf der achtunddreißigsten Weltgesundheitsversammlung über eine Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen bei der Umsetzung der globalen Strategie für Gesundheit für alle, und der damit im Zusammenhang stehenden Resolution WHA38.31 der Weltgesundheitsversammlung;

Ferner in Erinnerung an die Resolutionen WHA40.26 und WHA41.24 der Weltgesundheitsversammlung, die Resolution 1987/75 des Wirtschafts- und Sozialrats, die Resolutionen 42/8 und 43/15 der Vollversammlung der Vereinten Nationen sowie die Londoner Erklärung zur AIDS-Prävention;

In Anerkennung der Tatsache, daß nichtstaatliche Organisationen aufgrund ihrer Kontakte und ihres Zugangs zu Einzelpersonen und Gemeinschaften, ihrer Verpflichtung und Vielseitigkeit, ihrer Kenntnis und Erfahrung besondere Einwirkungsmöglichkeiten auf den einzelnen und die Gesellschaft bezüglich AIDS und der Bedürfnisse HIV-infizierter und AIDS-betroffener Personen haben;

In Würdigung der schnellen und angemessenen Reaktion vieler nichtstaatlicher Organisationen bei der Bereitstellung von Hilfen für Einzelpersonen und Gemeinschaften, die von der AIDS-Pandemie betroffen sind;

In Anerkennung der Tatsache, daß Organisationen HIV-infizierter und AIDS-betroffener Personen zum Verständnis der Empfindlichkeiten und Bedürfnisse derer, die betroffen sind, sowie zur Politik und zu Programmen bezüglich AIDS beitragen können;

In Anerkennung und Würdigung des Engagements und der Ergebnisse des weltweiten AIDS-Programms der WHO, sowohl bei der Suche nach Wegen zur Entwicklung von effektiven Arbeitsbeziehungen zu nichtstaatlichen Organisationen, wie auch bei der Erweiterung ihrer Leistungsfähigkeit in der Reaktion auf AIDS im Rahmen der globalen AIDS-Strategie;

In Erinnerung an die Zielsetzung der globalen AIDS-Strategie, nämlich die Prävention von HIV-Infektionen, die Verringerung der persönlichen und sozialen Auswirkungen und die Koordination von nationalen und internationalen Bemühungen im Kampf gegen AIDS;

#### **1. Bestätigt,**

daß sich die Rollen von Regierungen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen bei der globalen AIDS-Strategie auf eine Art und Weise ergänzen

zen, die es ihnen erlaubt, zu den weltweiten Bemühungen entsprechend ihren jeweiligen Eigenschaften und Möglichkeiten beizutragen.

### **2. Fordert die Mitgliedstaaten eindringlich dazu auf,**

- (1) Vertreter nichtstaatlicher Organisationen in nationale AIDS-Komitees und andere Körperschaften, wenn immer es möglich ist, mit einzubeziehen;
- (2) den wichtigen Beitrag, den nichtstaatliche Organisationen bei Entwurf, Umsetzung und Überprüfung nationaler AIDS-Planungen leisten können, anzuerkennen;
- (3) gesetzliche Regelungen, die eine Umsetzung der globalen Strategie und nationaler Programme gegen AIDS behindern, zu vermeiden und zwecks Überwindung diskriminierender Grundhaltungen mit den nichtstaatlichen Organisationen zusammenzuarbeiten;
- (4) Unterstützung für die entsprechenden nichtstaatlichen Organisationen im Hinblick auf ihre Bedürfnisse und ihre finanziellen und technischen Mittel bereitzustellen und nach Lösungen für strukturelle Hindernisse, die ihr Wirken beeinträchtigen, zu suchen;

### **3. Fordert die nichtstaatlichen Organisationen auf:**

- (1) ihre Aktivitäten mit denen anderer nichtstaatlicher Organisationen, sowie in Verbindung mit der Politik nationaler AIDS-Komitees, Regierungsstellen, die sich mit AIDS befassen, der WHO und sonstiger zwischenstaatlicher Organisationen zu koordinieren.
- (2) angemessen und mit Einfühlungsvermögen auf lokale Gegebenheiten zu reagieren, um eine optimale Mobilisierung und Nutzung von Mitteln sicherzustellen, wobei auf deren effektive und rationelle Verwaltung besondere Aufmerksamkeit zu legen ist.
- (3) da, wo es angebracht ist, zu Programmen beizutragen, die einen AIDS-Bezug haben, insbesondere in der Gesundheitsvorsorge und anderen Formen der gemeinschaftlichen Weiterentwicklung.

### **4. Ersucht den Generaldirektor,**

- (1) weiterhin den möglichen Beitrag, den nichtstaatliche Organisationen bei der Entwicklung von innovativen und fortschrittlichen Reaktionen auf AIDS auf örtlicher Ebene leisten, im Einklang mit den Prinzipien und Zielsetzungen der globalen AIDS-Strategie zu berücksichtigen.
- (2) die Zusammenarbeit zwischen der WHO und den entsprechenden nichtstaatlichen Organisationen bei der Unterstützung der globalen Strategie und bei nationalen Programmen gegen AIDS zu fördern.

Dreizehnte Plenarsitzung, 19. Mai 1989  
A42/VR/13

## **DAS MANIFEST VON MONTREAL**

Erklärung der allgemeinen Rechte und Bedürfnisse HIV-betroffener Menschen

---

### **Präambel**

Die HIV-Infektion (Infektion mit HIV mit oder ohne Begleitsymptome) ist eine weltweite Epidemie, die alle Länder betrifft. Menschen sind infiziert, krank und kämpfen um ihr Leben. Ihre Stimmen müssen gehört und ihre besonderen Bedürfnisse müssen erfüllt werden. Diese Erklärung hebt die Verantwortung aller Völker, Regierungen, internationalen Organisationen, multinationalen Unternehmen und Gesundheitsdienste hervor, die Rechte aller HIV-betroffenen Menschen zu gewährleisten.

### **Forderungen**

1. Alle Regierungen und alle internationalen und nationalen Gesundheitsorganisationen müssen sich entschieden und vehement der Bekämpfung der HIV-Infektion als einem chronischen, beherrschbaren Zustand zuwenden. Die Gewährleistung von Zugang und Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten muß als Bestandteil der sozialen und moralischen Verpflichtung von Regierungen ihren Bürgern gegenüber gesehen werden.

2. Die Regierungen müssen zur Kenntnis nehmen, daß die HIV-Infektion nicht hochinfektiös ist. Beiläufiger Kontakt birgt keine Infektionsgefahr, und irrationale Ängste vor einer Übertragung müssen bekämpft werden.

3. Durch einen internationalen Rechtskodex muß die menschliche Würde HIV-betroffener Personen anerkannt und bewahrt werden. Dieser Kodex muß folgendes beinhalten:

- a) Antidiskriminierungsgesetzgebung zum Schutz von Arbeitsplatz, Wohnraum und Zugang zu Hilfsdiensten für HIV-betroffene Personen;
- b) aktive Einbeziehung der betreffenden Gruppen HIV-betroffener Personen in sie möglicherweise berührende Entscheidungsprozesse;
- c) garantierter Zugang zu genehmigten und in der Erprobung befindlichen Medikamenten und Behandlungsmethoden, sowie qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung;
- d) das Recht auf anonyme und absolut vertrauliche HIV-Antikörpertests; vor und nach dem Test müssen Beratungsmöglichkeiten verfügbar sein;

- e) das Recht auf medizinisch angemessenen Wohnraum;
- f) keine Einschränkungen der internationalen Bewegungsfreiheit bzw. bei der Einwanderung HIV-betroffener Personen;
- g) volle gesetzliche Anerkennung von lesbischen und schwulen Beziehungen;
- h) keine Zwangstests, unter welchen Umständen auch immer;
- i) keine Quarantäne, unter welchen Umständen auch immer;
- j) Schutz der Fortpflanzungsrechte HIV-betroffener Frauen, einschließlich des Rechts, sich für eine Geburt und den Abstand zwischen Geburten frei entscheiden zu können und Informationen und Möglichkeiten zu erhalten, dies zu tun;
- k) besondere Aufmerksamkeit für die einzigartigen Probleme und Bedürfnisse von Personen, die Medikamente intravenös nehmen, sowie Regelungen für eine Behandlung auf Verlangen bei Mittelmißbrauch;
- l) besondere Aufmerksamkeit für die einzigartigen Probleme und Bedürfnisse HIV-betroffener Gefangener und die Zusicherung, daß für ihre Behandlung und Fürsorge dieselben Maßstäbe gelten wie für die allgemeine Bevölkerung;
- m) das Recht auf Kommunikation und alle Hilfen bezüglich HIV, und zwar in der Sprache (Schrift-, Zeichen- oder gesprochene Sprache) der Wahl, wenn nötig mit Dolmetscher;
- n) Zur-Verfügung-Stellen von angemessener Unterbringung bei Hilfsdiensten und Einrichtungen für Behinderte;
- o) Katastrophen- bzw. Immunitätsrechte – das garantierte Rechte für Personen, die sich mit einer lebensbedrohenden Krankheit konfrontiert sehen, Behandlungsmöglichkeiten für sich zu wählen, die ihnen nützlich erscheinen;

4. Um alle medizinischen Informationen im Zusammenhang mit der HIV-Infektion zugänglich zu machen, muß eine multinationale, internationale Datenbank eingerichtet werden. Diese beinhaltet alle Daten, die sich auf Medikamente und Behandlungsmethoden, insbesondere bio-medizinische Grundlagenforschung und Anzeichen jeglichen Fortschritts in Klinischen Tests beziehen.

5. Versuche mit Placebos müssen, wenn sie einziger Zugang zu bestimmten Behandlungsmethoden sind, als unethisch an sich betrachtet werden.

6. Zulassungskriterien für Medikamente und Behandlungsmethoden sollten auf internationaler Basis standardisiert werden, um weltweit den Zugang zu neuen Medikamenten und Behandlungsmethoden zu erleichtern.

7. Internationale Erziehungsprogramme, die umfassende geschlechtliche Aufklärung enthalten, wobei sexuelle Ausrichtungen jeglicher Art – unter Berücksichtigung der jeweiligen Kulturen – unterstützt werden, wie auch Erläuterungen zu „safer sex“, sichererem Gebrauch von Spritzen und anderen Methoden zur Prävention von HIV-Übertragungen, müssen zur Verfügung gestellt werden.

8. Die ungleiche soziale Stellung der Frau, die den Zugang zu Informationen über HIV-Übertragungsmöglichkeiten beeinflusst, wird festgestellt. Das Recht der Frau, Zugang zu Programmen zu erhalten, die dieses Ungleichgewicht aufheben, und auch das Recht der Frau, über ihren eigenen Körper zu bestimmen, müssen anerkannt werden.

9. Industrienationen müssen einen internationalen Entwicklungsfonds einrichten, um arme und Entwicklungsländer dabei zu unterstützen, ihre Verantwortung zu gesundheitlicher Fürsorge zu erfüllen, was die Bereithaltung von Kondomen, Einrichtungen zur Versorgung mit nicht-infiziertem Blut und Einwegspritzen in genügender Anzahl einschließt.

10. Es muß erkannt werden, daß in den meisten Teilen der Welt Armut ein wichtiger Nebenfaktor bei der HIV-Infektion ist. Deshalb ist weltweit die Umwandlung von Militärausgaben in Gelder für Gesundheit und grundlegende soziale Einrichtungen notwendig.

## KONFERENZ VON MONTREAL, PLENUMSRESOLUTION

wie verabschiedet am 4. Juni 1989

### **Schwerpunkte**

Die Arbeitsgruppe zu einer der ICASO (Internationale Konferenz der AIDS-Hilfe-Organisationen) vergleichbaren Organisation im Verlauf der ASO-NGO Konferenz. Teilnehmer der Gruppe legten fest:

- A. Gemeinsame Bedürfnisse
- B. Einjähriges Mandat
- C. Mitglieder einer Arbeitsgruppe für ein Jahr

### **Gemeinsamkeiten, die verbinden: unsere Bedürfnisse**

1. Kontakte/Kommunikation/Vernetzung
2. Internationale Fürsprache/politische Lobbytätigkeit
3. Vermehrung der Geldmittel/miteinander teilen
4. Regelmäßige laufende Konferenzen oder Treffen
5. Vernetzung mit anderen internationalen Organisationen

### **Wir beschlossen die Einsetzung einer Arbeitsgruppe für ein Jahr**

Mandat:

- Erstellung eines Entwurfs über Zweck und Statuten zur Verteilung in sechs Monaten
- Verfeinerung des Entwurfs (s.o.) und Ausarbeitung von konkreten Vorschlägen
- Entwurf des Etats und Sicherstellung der Finanzierung
- Empfehlung eines Vorschlags für das Treffen 1990 in San Francisco innerhalb von 90 Tagen
- Festlegung des Empfangskomitees
- Versuche, die Kontinuität zu sichern

Anmerkung: Dem ASO-NGO-Plenum vorgelegt am 4. Juni 1989.  
Zustimmung zur Resolution vom Plenum erhalten.

Die europäischen, nichtstaatlichen AIDS-Hilfe-Organisationen trafen sich im „La Maison France“ am Montag, dem 5. Juni 1989 um 15 Uhr im Anschluß an die



Vor-Konferenz, bei der ein solches Treffen nicht hatte abgehalten werden können.

Dabei wurde klar, daß die europäischen NGOs spezifische gemeinsame Interessen haben, die als Grundlage zur Schaffung einer gemeinsamen Organisation dienen könnten:

- ähnliche Systeme der Gesundheitsvorsorge,
- unterschiedlich starke, jedoch beständige Formen der Diskriminierung,
- geographische Regionen (Süd- und Osteuropa), die besonderer Hilfe bedürfen.

Erinnern wir uns daran, daß auf der von der WHO einberufenen Wiener Konferenz der „Österreichischen AIDS-Hilfe“ eine Koordinierungsaufgabe zugewiesen wurde, die daraufhin einen Fragebogen an 30 Organisationen verschickte, von denen aber nur neun geantwortet haben.

Des Weiteren hatte die von den kanadischen Organisationen einberufene Vor-Konferenz in Montréal beschlossen, das ICASO (Internationale Konferenz der AIDS-Hilfe-Organisationen) Projekt weiterzutreiben, und mit gleichem Ziel eine Arbeitsgruppe mit jeweils einem Repräsentanten aus jeder Region der Erde bestellt: Europa wurde in eine östliche und eine westliche Region unterteilt.

#### **Im Rahmen des oben Erwähnten wurden folgende Beschlüsse gefaßt:**

- 1) Die Suche nach einer europäischen, nichtstaatlichen AIDS-Hilfe-Organisation wird weiter verfolgt.
- 2) Der österreichische Verband wird den Fragebogen noch einmal verschicken.
- 3) Im Zusammenhang mit der in Wien zugeteilten Koordinierungsaufgabe wird der österreichische Verband eines seiner Mitglieder als Repräsentanten für Westeuropa für die ICASO-Arbeitsgruppe nominieren.
- 4) Ein Treffen der nichtstaatlichen AIDS-Hilfe-Organisationen wird in der Schweiz organisiert werden.
- 5) Dieses Treffen wird nicht für alle offen sein, wie es in Montréal der Fall war, oder begrenzt auf nur ein paar Organisationen, wie in Wien, sondern es ist beabsichtigt, in den teilnehmenden Ländern alle wirklich in der AIDS-Hilfe tätigen, nichtstaatlichen AIDS-Hilfe-Organisationen zu gruppieren, so daß jeder Teilnehmer eindeutig eine bestimmte Organisation repräsentiert.
- 6) Dieses Treffen wird die besondere Aufgabe haben, die Gründung des ECASO-(Europäische Konferenz der AIDS-Hilfe-Organisationen)Sekretariats zu verfolgen.
- 7) Dem österreichischen Verband ist für das Herausfinden und die Aufstellung einer Liste der Organisationen in den osteuropäischen Staaten die Verantwortung übertragen worden.

Zu Protokoll genommen von Jean Javanni

Erster Regionalworkshop für AIDS-Hilfe-Organisationen über Zusammenarbeit und Netzwerk-Aktivitäten

## **DIE EINRICHTUNG EINES ASO-ZENTRUMS IN EUROPA**

Wien, Österreich, 12.-15. Oktober 1989

Arbeitspapier von K. Krickler  
Österreichische AIDS-Hilfe, Wien

#### **Einleitung:**

Die vorangegangenen internationalen ASO (AIDS-Hilfe-Organisation)-Treffen in Wien und Montréal haben eindeutig das Interesse und den Wunsch gezeigt, eine internationale Einrichtung – Zentrum, Hauptquartier, Zusammenschluß, Rat, Verband oder wie immer man es nennen will – der AIDS-Hilfe-Organisationen zu schaffen. In Montréal wurde eine Arbeitsgruppe für ein Jahr eingesetzt, um in den zwölf Monaten zwischen der V. und VI. Internationalen AIDS-Konferenz die Schaffung eines internationalen Verbandes der in der Gemeinschaft verankerten AIDS-Hilfe-Organisationen vorzubereiten. Diese Arbeitsgruppe, bezeichnet als Organisationskomitee für einen internationalen Rat der AIDS-Hilfe-Organisationen (ICASO), besteht aus neun Personen, die neun verschiedene Regionen der Welt vertreten, und wird ihre Vorschläge auf einer internationalen ASO-Zusammenkunft, die der AIDS-Konferenz in San Francisco im Juni 1990 vorangeht, vorstellen müssen.

Ohne die Zielsetzungen und Absichten dieser ICASO vorwegnehmen zu wollen, ist es aber doch realistisch, die Hauptaufgabe dieser Einrichtung als internationale nichtstaatliche Organisation (NGO) mit Lobby-Funktion bei anderen internationalen Einrichtungen wie den Vereinten Nationen und ihren Organisationen (WHO, ILO, UNESCO, UNIDO etc.) und als Fürsprecher einer weltweiten Antidiskriminierungspolitik zu sehen.

Für viele ASOs wurde es klar, daß die konkrete Zusammenarbeit und Vernetzung auf der Ebene der verschiedenen Weltregionen stattfinden müsse, da die Ähnlichkeiten zwischen den einzelnen Ländern hier zu finden sind. Global gesehen unterscheidet sich die Lage – epidemiologisch und im Hinblick auf die Form der örtlichen Organisation – zu sehr von Region zu Region, um eine konkrete Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Regionen sinnvoll zu machen.

Bei dem Maison-France-Treffen in Montréal wurde deshalb beschlossen, eine nichtstaatliche Organisation der europäischen ASOs zu bilden.

## Ein europäischer Rat der AIDS-Hilfe-Organisationen

Ich vermute, daß es nicht nur die europäischen ASOs, die sich in Montréal trafen, waren, die die Idee von der Schaffung eines – sagen wir mal – ASO-Zentrums in Europa unterstützen, sondern daß auch die meisten Teilnehmer dieses Treffens dies tun. Um ein solches Zentrum zu schaffen, müssen ein paar Fragen berücksichtigt und einige grundsätzliche Entscheidungen getroffen werden.

- Welche Organisations- und Rechtsform soll dieses Zentrum haben? Soll es ein ordentlicher Verband mit Satzung und Statuten sein oder einfach ein ständiges Sekretariat, das die Arbeit zwischen den informellen ASO-Treffen erledigt?

Auf den europäischen ASO-Fragebögen die wir verschickt haben, ist von allen ASOs, die die Bögen zurückgeschickt haben, der Punkt angekreuzt worden, wonach ein europäisches ASO-Netzwerk formal eingerichtet werden soll. In keinem der zurückgekommenen Fragebögen war der Punkt „Das Netzwerk soll informellen Charakter haben“ angekreuzt.

Die Mehrheit der achtzehn Organisationen, die sich für eine formale Schaffung eines Netzwerks ausgesprochen hatten, wählten die Möglichkeit „existierende Strukturen ausnutzen“ (14), acht hielten die Gründung eines offiziellen Zentrums für Zusammenarbeit mit der WHO für eine gute Idee, und nur 3 wählten den Punkt, wonach „das europäische Netzwerk völlig unabhängig von jeder bestehenden Organisation oder internationalen Einrichtung sein soll“ (einige Gruppen kreuzten mehr als eine Möglichkeit an, andere gar keine).

- Wie könnte der Wunsch nach der Schaffung eines ordentlichen Verbands mit der Forderung, bestehende Strukturen auszunutzen, in Einklang gebracht werden?
- Wie soll dieses europäische Zentrum in den Vorgang und die Struktur von ICASO eingebettet werden?
- Oder soll das europäische Zentrum nur eine von vielen Filialen des ICASO sein, um die sich die zukünftige Satzung des ICASO kümmern wird?

Was immer auch das Ergebnis unserer Überlegungen sein wird – wir sollten versuchen, in Wien eine definitive Entscheidung zu treffen, um in der Lage zu sein, mit der konkreten Zusammenarbeit und der Vernetzung zu beginnen.

Erster Regionalworkshop für AIDS-Hilfe-Organisationen über Zusammenarbeit und Netzwerk-Aktivitäten

## PLANUNGEN FÜR DIE 90ER JAHRE: KURZFRISTIGES, PROFESSIONELLES, REGIONALES PROGRAMM GEGEN AIDS

Wien, 12.-15. Oktober 1989

Arbeitspapier von M. Mikkelsen  
Weltgesundheitsorganisation  
Regionalbüro Europa  
Kopenhagen, Dänemark

### Einleitung

Dieser Beitrag soll einige vorläufige Ideen zu Aktivitäten, die im Rahmen des WHO Regionalprogramms gegen AIDS im Hinblick auf Hilfe und Unterstützung für ASOs (AIDS-Hilfe-Organisationen) in Europa organisiert werden, präsentieren. Allgemeine Erfahrung bei der Arbeit mit AIDS hat gezeigt, daß herablassende Einstellungen wie „wir wissen, was das Beste für Dich ist“ vermieden werden sollten. Deshalb zielt dieser Beitrag darauf ab, ASO-Mitarbeiter so früh wie möglich in die Planung und Durchführung solcher Aktivitäten mit einzubeziehen. Damit ist hoffentlich sichergestellt, daß die Aktivitäten nicht über das Ziel hinausschießen, sondern einige der nötigsten Bedürfnisse und Hauptanliegen befriedigen, mit denen sich die ASOs zur Zeit und in der Zukunft konfrontiert sehen.

Um bei der Terminologie der AIDS-Arbeit zu bleiben, der Schlüsselbegriff für die folgenden Vorschläge heißt „Hilfe zur Selbsthilfe“. Anders ausgedrückt: das Hauptaugenmerk liegt nicht auf den äußeren Hindernissen, die die Arbeit der ASOs erschweren, wie z.B. der Frage, was Regierungen, die Gesellschaft oder die Weltgesundheitsorganisation leisten sollten. Damit soll die Wichtigkeit des Herangehens an diese Fragen nicht unterschätzt werden, es wird hoffentlich auch nicht als ein Versuch interpretiert, heiklen politischen Themen auszuweichen. Nichtsdestotrotz ist es genauso wichtig, innerhalb der ASOs über gangbare Wege zur Freilegung, Vermehrung und zur Umsetzung der Möglichkeiten und Erfahrungen zu diskutieren, die angesichts der Herausforderung durch AIDS in den 90er Jahren so dringend benötigt werden. Langfristig gesehen könnte dieses schließlich der Schlüssel zum Erfolg für die ASOs sein, so wie es in den frühen Jahren der AIDS-Pandemie war, als sie – umgeben von einer gleichgültigen oder sogar feindseligen Gesellschaft – die einzigen waren, die auf AIDS reagierten. Die Vorschläge behandeln nicht in erster Linie spezielle, von den ASOs in Angriff genommene Aktivitäten – wie die Erstellung von Lehrmaterialien, die Werbung für „safer sex“, oder wie man Drogenab-

hängige erreicht – das wäre wieder Thema, bzw. sollte es sein, für ein anderes Treffen.

Zielsetzung der Aktivitäten ist es, eine Plattform zur Förderung des Bewußtseinsprozesses innerhalb der ASOs zu schaffen – ähnlich denen, die aus der Geschichte der Frauenbewegung, der Schwulenbewegung, der AIDS-Betroffenen etc. bekannt sind – mit dem Ziel, gemeinsame Sorgen zu erkennen, Erfahrungen auszutauschen, und jede ASO dazu zu veranlassen, Entscheidungen aus eigenem Wissen heraus zu treffen, um jeweils für sich die optimale Lösung zu finden. ASOs mögen in einigen Merkmalen und Zielen übereinstimmen, aber aufgrund ihres Ursprungs, ihrer Geschichte, und ihrer Unterschiede bezüglich des kulturellen, politischen, sozialen und religiösen Umfelds zeigen sie eine große Vielfalt. Daher kann man aus den Vorschlägen auch nicht ableiten, daß es irgendwelche idealen Modelle, organisatorischen Entwürfe oder Lösungen gibt, an die sich jede ASO anpassen sollte.

Die folgenden Aktivitäten werden für 1990-91 vorgeschlagen:

### 1. Organisation für die 90er Jahre

Workshop zur Entwicklung entsprechender Managementstrukturen, strategischer Planung und zur Eröffnung von Finanzquellen für ASOs

Die Überschrift zielt darauf ab, einen Diskussionsrahmen für einige allgemein-organisatorische Themen zu schaffen, mit denen sich die meisten ASOs im Laufe ihres Daseins beschäftigen müssen. Aufgrund der Eigenart der AIDS-Pandemie und der ASOs sind traditionelle Lösungswege selten anwendbar, so daß Erfindungsgeist und Neuerungen dringend benötigt werden. Charakteristischste Eigenschaft dieser organisatorischen Probleme scheint ihre Einbettung in Widersprüche bzw. Dilemmas zu sein. Um nur ein paar Beispiele zu nennen:

- die Notwendigkeit einer starken und leistungsfähigen Führung im Gegensatz zur Forderung nach demokratischen Strukturen zwischen bezahlten und unbezahlten Mitarbeitern;
- die Notwendigkeit einer langfristigen Planung im Gegensatz zur unsicheren zukünftigen Entwicklung in Hinsicht auf die AIDS-Pandemie und die soziale Reaktion;
- die Notwendigkeit stabiler Strukturen und Festigung im Gegensatz zur Notwendigkeit, flexibel und spontan zu bleiben;
- die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit und finanzieller Unterstützung im Gegensatz zur Notwendigkeit, unanfechtbar und unabhängig zu bleiben;
- wie kann man mit beiden Beinen auf der Erde stehen, wenn die Organisation ihrer Größe wegen in einem sechsstöckigen Gebäude residiert?
- wie lassen sich AIDS und die bisherigen Erfahrungen in ein gesamtpolitisches Konzept zur Förderung von Gesundheit und Fürsorge integrieren, ohne beides aus dem Griff zu verlieren?

Höchstwahrscheinlich wird die Notwendigkeit, sich mit diesen und anderen organisatorischen Themen zu befassen, in den 90er Jahren noch anwachsen,

wenn man die ansteigende Zahl der Leute, die vielfältiger Hilfen bedürfen, einen möglichen Rückgang des öffentlichen und politischen Interesses (AIDS nur als noch eine weitere, gesellschaftliche Randerscheinung), ein wachsendes Gefühl des Ausgebrannt-Seins bei den Mitarbeitern, etc. berücksichtigt.

Die Workshops zielen darauf ab, verschiedene Formen organisatorischer Strukturen, Beispiele strategischer Planung und von Finanzierungsmöglichkeiten, wie sie von ASOs entwickelt wurden, vorzustellen, die jeweiligen Vor- und Nachteile zu diskutieren und Erfahrungen dazu auszutauschen.

### 2. Den Erfordernissen der 90er Jahre begegnen:

Workshop zur Bewertung der Bemühungen um Prävention, Bereitstellung von Hilfen für Betroffene und Fürsprache

Die hervorstechenden Merkmale der ASOs waren bisher der große Erfindungsreichtum und die Anpassungsfähigkeit, die sie bei der Entwicklung von passenden Reaktionen auf die Bedürfnisse, die aus dem Wachstum und den Veränderungen der AIDS-Pandemie hervorgingen, im Hinblick auf Prävention, Bereitstellung von Hilfen für Betroffene und Fürsprache gezeigt haben. Dennoch gibt es sicher in den meisten Ländern noch Lücken bei der Sicherstellung einer durchgängigen Fürsorge und Unterstützung für alle von AIDS/HIV-betroffenen Einzelpersonen. Ganze Völkergruppen sind bei den Bemühungen um Prävention wahrscheinlich noch vergessen. Fürsprache wird unbedingt noch gebraucht. So zeigen zum Beispiel Fälle von verstärktem politischen Risikoverhalten – in Form von Mittelkürzungen, wie in einigen Ländern geschehen – die Notwendigkeit für die Weiterbildung von führenden Politikern.

Außerdem könnten die wachsende Zahl von Personen mit HIV/AIDS, die Nachfrage nach neuartigen Hilfen in anderen Rahmen, Veränderungen im klinischen Verlauf der Krankheit und eine erhöhte Lebenserwartung für Personen mit AIDS in Zukunft weitere Belastungen für die Arbeit der ASOs mit sich bringen. Dieses Szenario, einschließlich der zum gegenwärtigen Zeitpunkt unbekanntem Entwicklungen, wird auf jeden Fall hohe Anforderungen an die Fähigkeit der ASOs stellen, eine angemessene und flexible Reihenfolge der Prioritäten bei der Bereitstellung von Hilfen festzulegen, um das empfindliche Gleichgewicht zwischen Prävention, Fürsorge, Unterstützung und Fürsprache zu halten und optimale Bemühungen in der Reaktion auf AIDS sicherzustellen.

Folglich wären die Zielsetzungen des Workshops, die ASOs bei der Auffindung von Lücken und Unzulänglichkeiten bei der Reaktion auf AIDS innerhalb und außerhalb der Organisation zu unterstützen, sowie mögliche Wege zu deren Überwindung zu erforschen.

### 3. AIDS – Eine Frage der Schwulen-Rechte / Eigentum der Schwulen

Workshop zur Interaktion zwischen gesellschaftlicher Einstellung zur Homosexualität, den Schwulen und der Reaktion auf AIDS

Es ist Jahre her, daß AIDS ausschließlich mit Schwulen in Zusammenhang gebracht wurde, wie es der populäre Begriff von der „Schwulenseuche“ ausdrückt. Obwohl heute bekannt ist, daß AIDS nichts mit Gruppenidentität, sondern mit Risikoverhalten zu tun hat, sind es in Europa und Amerika trotzdem immer noch hauptsächlich Männer mit homosexuellen Verhaltensweisen, die von HIV/AIDS betroffen sind (dies könnte sich in naheliegender Zukunft ändern). Bislang haben gesellschaftliche Einstellungen zur Homosexualität ohne Zweifel immer noch weitgehend Einfluß auf gesellschaftliche Reaktionen auf AIDS – und auf die Arbeit der ASOs.

Folglich müssen sich ASOs – die ihren Ursprung in den meisten Fällen in Schwulengruppen haben – in ihrer täglichen Arbeit mit dem Thema der Schwulenrechte auseinandersetzen, und zwar bei der Ausarbeitung von Strategie und Politik der Organisation, wenn sie an die Öffentlichkeit treten, und bei Kontakten nach außen. Schwulenrechte mögen in der AIDS-Politik eine Rolle spielen – aber heißt das auch notwendigerweise, daß man AIDS auf ein Schwulenrecht-Thema reduzieren kann? AIDS betrifft jeden, sagen sie, aber ist das nicht nur eine Ausrede, um sich nicht mit den Rechten für Schwule befassen zu müssen? Wie sollte man das Gleichgewicht halten?

In dem Workshop wird beabsichtigt, die Rolle, die die gesellschaftliche Einstellung zur Homosexualität für die Arbeit der ASOs spielt, zu beleuchten, und mögliche Strategien zu erkunden, wie man an das Thema Schwulenrechte im Rahmen der Arbeit und der Politik der ASOs herangeht.

#### 4. Europäisches Rundschreiben für ASOs

Mit diesem Vorschlag wird nicht beabsichtigt, der Fülle von Pflichtlektüre, die zur Arbeit der ASOs dazugehört, noch ein weiteres AIDS-Rundschreiben über Epidemiologie, bahnbrechende Behandlungserfolge oder neu entdeckte Übertragungswege hinzuzufügen. Nichtsdestotrotz könnte es nützlich sein, ein europäisches Rundschreiben für ASOs einzurichten, und zwar um

- ein europäisches Forum zur Diskussion von AIDS-Strategien und -Politik als Gegengewicht zu dem vorherrschenden nordamerikanischen Einfluß zu schaffen;
- als Sprachorgan der ASOs in der europäischen Öffentlichkeit zu dienen;
- Informationen über AIDS-Treffen, Workshops und andere relevante Veranstaltungen in Europa zugänglich zu machen;
- Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen ASOs in Europa zu erleichtern;
- die Vernetzungsaktivitäten zu stärken;
- Berichte aus den Ländern zu veröffentlichen, etc.

Erster Regionalworkshop für AIDS-Hilfe-Organisationen über Zusammenarbeit und Netzwerk-Aktivitäten

## NATIONALE REPRÄSENTATION BEI REGIONALEN ASO-TREFFEN

Wien, Österreich, 12.-15. Oktober 1989

Arbeitspapier von K. Krickler  
Österreichische AIDS-Hilfe, Wien

### Einleitung:

Nach dem ersten internationalen ASO (AIDS-Hilfe-Organisation)-Treffen in Wien im letzten Frühjahr haben einige Leute und Organisationen kritisiert, daß sie nicht eingeladen worden waren. Auch diesmal wurden nur jeweils ein oder zwei Vertreter aus jedem Land eingeladen, an diesem Treffen teilzunehmen.

Und schon haben wir eine der Hauptfragen angeschnitten, mit der wir uns beschäftigen und für die wir eine einvernehmliche Lösung finden müssen:

*Wie wählen wir die Organisationen und Personen aus, die die jeweiligen Länder vertreten sollen?*

Das ist eine entscheidende Frage in Ländern, die nicht über nationale Dachorganisationen verfügen bzw. wo das Spektrum der ASOs sehr vielfältig ist. Das ist sicher eine Frage, die die ASOs in den jeweiligen Ländern lösen müssen. Wenn es nun aber Konkurrenz und Meinungsunterschiede zwischen den Gruppen innerhalb eines Landes gibt, nach welchen Auswahlkriterien sollen dann die Organisatoren eines Treffens wie dieses vorgehen? In diesem Zusammenhang müssen wir auch das grundlegende Problem der Vertretungsvollmacht diskutieren, da einige Leute der Meinung sind, daß unser Netzwerk eine Basisbewegung sein sollte, wo einfach jeder mitmachen kann. Dies wiederum mag eine Horrorvision für andere Leute sein, die sich einfach nicht vorstellen können, daß solch ein informelles Netzwerk mit einer großen Fluktuation überhaupt konkrete Arbeit leisten kann.

Das führt uns zu einer weiteren entscheidenden und grundlegenden Frage, die gelöst werden muß:

*Wie soll unser Netzwerk aussehen, welche Aufgaben soll es haben?*

Auch das müssen wir im Workshop am Samstag diskutieren, wo es um unsere konkreten Aktivitäten geht, und auch am Sonntagmorgen, wo es um die Schaffung eines europäischen Rats für ASOs geht.

*Wie soll der Informationsfluß organisiert werden? Soll jedes Land eine ASO ernennen, die als nationales Verbindungsbüro für das europäische Netzwerk fun-*

*gieren soll? Sollen wir die Gründung nationaler Dachorganisationen fördern?*

Wie immer auch unsere Entscheidungen ausfallen werden, so wird die Teilnahme an internationalen Treffen letzten Endes eine Frage des Geldes sein, und selbst wenn unser Netzwerk die Teilnahme nicht einschränken würde, wären viele ASOs dennoch nicht in der Lage, daran teilzunehmen. Aus diesem Grunde müssen wir also den Informationsfluß so organisieren, daß diejenigen, die bei den Treffen nicht anwesend sind, an unserem Netzwerk teilhaben können.

#### **Die Vertretung von Organisationen HIV/AIDS-betroffener Personen**

Ein weiterer Hauptpunkt ist die Vertretung von Organisationen HIV/AIDS-betroffener Personen. Meiner Meinung nach sind es sicherlich ASOs, obwohl Spektrum und Umfang ihrer Hilfsangebote sehr begrenzt und speziell sein können. Das könnte für diese Gruppen auch eine Hauptursache der Unzufriedenheit in einem solchen Netzwerk sein, da hier viele Probleme diskutiert werden, die für sie nicht unbedingt interessant oder relevant sind. Oft kommt es auf nationaler Ebene zu Reibungen zwischen klassischen ASOs und Selbsthilfegruppen HIV/AIDS-betroffener Personen. Diese könnten nun auf die europäische Ebene übertragen werden, und wir müssen nun überlegen, wie wir diese Gruppen mit einbeziehen können ohne Frustrationen für sie und die anderen ASOs zu verursachen. Da europäische Organisationen HIV/AIDS-betroffener Personen schon begonnen haben, sich auf europäischer Ebene zu organisieren, müssen wir herausfinden, ob diese Struktur parallel zu und unabhängig von unserem Netzwerk laufen soll oder ein Teil davon sein möchte.

Um einen allgemeinen Überblick über die unterschiedlichen Organisationen und ihre Position in den jeweiligen Ländern zu geben, habe ich versucht, sie nach einem bestimmten Schema zu ordnen, und zwar unter Zuhilfenahme der Antworten aus den Fragebögen, die wir – die Österreichische AIDS-Hilfe – an alle Teilnehmer des ersten Wiener Treffens vom letzten Frühjahr verschickt haben, und unter Berücksichtigung von Informationen aus anderen Quellen:

Nationale Organisationen (mit oder ohne lokale Zweigstellen), Organisationen, die als typische ASOs mit dem üblichen Spektrum an Hilfeleistungen wie z.B. Beratung, Aufklärung, psycho-soziale Unterstützung und Fürsorge eingeordnet werden können, nur für Schwule und Lesben, nationale Organisationen mit speziellen Pflichten und Aufgaben, regionale und örtliche Organisationen, Organisationen HIV/AIDS-betroffener Personen.

Erster Regionalworkshop für AIDS-Hilfe-Organisationen über Zusammenarbeit und Netzwerk-Aktivitäten

## **ZUSAMMENARBEIT UND VERNETZUNGSAKTIVITÄTEN VON AIDS-HILFE-ORGANISATIONEN IN EUROPA**

Wien, Österreich, 12.-15. Oktober 1989

Arbeitspapier von Bernd Marin, Europäisches Zentrum, Wien

In Zusammenarbeit mit der WHO, insbesondere mit ihrem Regionalprogramm gegen AIDS (WHO-RPA), hat das Europäische Zentrum ein internationales, vergleichendes Forschungsprojekt zu europäischen (und, zu Vergleichszwecken, amerikanischen) AIDS-Organisationen unter dem Namen „AIDS bewältigen – die Rolle privater, gemeinnütziger Institutionen in der öffentlichen Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik“ entwickelt und zu organisieren begonnen.

Dieses Projekt über AIDS-Hilfe-Organisationen wird das erste jemals durchgeführte Projekt dieser Art sein. Dabei soll versucht werden, einen umfassenden Überblick über alle größeren Organisationen, die mit Bezug auf AIDS im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrt arbeiten, zu erhalten, um ihre Tätigkeiten und Erfolge zu dokumentieren, sei es im Bereich Prävention oder Aufklärung, Vorsorge oder menschliche Hilfen, Überwachung, Koordinierung ihrer Politik oder Fürsprache, Interessenorganisation und Bürger- oder Menschenrechte. Als Kurzformel und ungeachtet der breitgefächerten Aufgaben, die sie erfüllen, sprechen wir von AIDS-Hilfe-Organisationen (ASOs).

Die meisten AIDS-Hilfe-Organisationen in Europa und den Vereinigten Staaten sind sogenannte ehrenamtliche, gemeinnützige, nichtstaatliche, örtliche Organisationen, basierend auf Selbsthilfe, ehrenamtlicher Arbeit, Solidargemeinschaften etc., wobei oft riesige Mengen an Arbeit und Einsatz, meist unbezahlt, mit hohem, professionellem Standard bei den angebotenen Hilfen und den ausgeübten Funktionen einhergehen. Ohne sie würde das AIDS-Management höchstwahrscheinlich in den meisten Ländern sehr schnell zusammenbrechen.

Aber weder die mit öffentlicher Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik befaßten Entscheidungsträger, noch die Öffentlichkeit im allgemeinen, die Massenmedien oder die ASOs selbst erkennen voll die entscheidende Bedeutung der ASOs, hauptsächlich wegen des Fehlens systematischer und vergleichender Kenntnisse über die tausende (anderer) ASOs „da draußen“, die Art ihrer angebotenen Hilfen und ihre Leistungsfähigkeit, ihre Verbindungen untereinander, den Austausch von Erfahrungen über Zusammenarbeit, Arbeitsteilung und ihre Rolle und Integration in eine allgemeine AIDS-Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik.

Mit der begonnenen Studie über ASOs soll diese deutliche Lücke im Wissen und bei der öffentlichen Anerkennung gefüllt werden. Da es dabei um Eure Organisationen geht, kann die Arbeit nicht ohne Eure effektive Mitarbeit geleistet werden; und da die Studie ohne eine Zusammenarbeit mit Euch nicht realisierbar wäre, würde es sinnlos sein, sie überhaupt in Angriff zu nehmen, wenn die gesammelten Informationen Euch anschließend nicht zur Verfügung stünden, um sie selbst zu benutzen für Vergleiche, Diskussionen, den Austausch von Erfahrungen und die Vernetzung innerhalb der ASOs, Übernahme „erfolgreicher“ Methoden, kritische Selbsteinschätzung und für die Überwindung von Schwierigkeiten, zum frühzeitigen Erkennen von Problemen und um Rat von anderen ASOs oder der WHO/RPA einzuholen, zur Förderung des Ansehens in der Öffentlichkeit oder für welchen von Euch als nützlich angesehenen Zweck auch immer.

Die gesammelten Informationen werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, obwohl sie aufgrund der Tatsache, daß sie sich fast ausschließlich auf „strukturelle“, organisatorische Merkmale, nicht auf Personen und niemals auf Klienten persönlich konzentrieren, an sich schon „harmlos“ sind. Allein deshalb sind Mißbrauch und Schädigungen, an wem auch immer, ausgeschlossen. Dennoch möchten wir Euch dazu auffordern, eine Person Eures Vertrauens als Vertreter eines europäischen ASO-Netzwerks zu benennen, um unsere zusätzliche Versicherung, daß Informationen über einzelne Organisationen auch nur den jeweiligen Organisationen zugänglich sind und nur allgemeine Daten auch allgemein eingesetzt werden, zu überwachen.

Das Europäische Zentrum ist ein unabhängiges, internationales, den Vereinten Nationen angegliedertes politisches und Forschungszentrum, verbunden mit der WHO-Euro durch eine Vereinbarung und mehrere gemeinsame Projekte. Sein Sitz ist in Wien, es ist aber bei der Sammlung von Datenmaterial und der praktischen Arbeit von Forschungsteams in den jeweiligen Ländern abhängig – und von Eurer Zusammenarbeit mit ihnen und mit uns.

PS.: Im Anhang findet Ihr eine Zusammenfassung dessen, worauf ich Euch am 13. Oktober antworten könnte, über das Projekt, seinen möglichen Nutzen für Euch, sowie einige Diskussionsvorschläge, die damit im Zusammenhang stehen. Besonders der Abschnitt II, die Hauptverwendungsmöglichkeiten, ist eine Art „Einkaufsliste“, und ich wäre Euch dankbar, wenn Ihr die Vorschläge, die Euch am interessantesten bzw. am problematischsten oder unklar erscheinen, herausuchen würdet – nicht zu vergessen selbstverständlich die Fragen, von denen Ihr meint, wir hätten sie bei unserem Entwurf vergessen.

#### **ANHANG: Zusammenfassung des Vortrags**

##### **I. Das vorgeschlagene Projekt: „AIDS bewältigen“ – Die Rolle privater, gemeinnütziger Institutionen in der öffentlichen Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik**

- Ziele und Zielsetzungen der Studie
- Wachstum, Erfolge, Probleme der AIDS-Hilfe-Organisationen: ein Überblick

- Was wird untersucht und was nicht?
- Unsere „Projektphilosophie“: Gemeinsame Interpretation von Daten, regelmäßiges Informations-Feedback, Beratung über organisatorische Entwicklung, nicht-technische, „benutzerfreundliche“ und politisch orientierte Schlußfolgerungen

##### **II. Hauptverwendungsmöglichkeiten des „AIDS bewältigen“-Projekts für AIDS-Hilfe-Organisationen, ihr europäisches Netzwerk und die WHO**

- Systematische Dokumentierung der Bedeutung von ehrenamtlichen, gemeinnützigen AIDS-Hilfe-Organisationen auf örtlicher Ebene (z.B. „600 bzw. 75% von insgesamt 800 Institutionen, die sich in den Vereinigten Staaten bezeichnenderweise mit AIDS befassen, sind gemeinnützige AIDS-Hilfe-Organisationen auf örtlicher Ebene“)
- Systematische Dokumentierung der Leistungsfähigkeit, der Tätigkeiten und Erfolge im Bereich Prävention, Vorsorge und Hilfen, der Koordinierung ihrer Politik, der Fürsprache etc. von AIDS-Hilfe-Organisationen
- Informations-Pools über AIDS-Hilfe-Organisationen in Europa und den Vereinigten Staaten (Datenbanken AIDSINS and MANAIDS, Bereitstellung eines Verzeichnisses der Verbände und umfassender Datenbanken zu Programmen und Aufgabenprofilen der ASOs, sowie zu Einrichtungen der Organisationen, Verbindungen zwischen einzelnen Organisationen etc.)
- Unterstützung bei der Vernetzung von Organisationen, die Bezug zu AIDS haben (Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Organisationen, Koordination, Erfahrungsaustausch, Interessenvertretung etc., Bedarfsanalyse der Zusammenarbeit)
- Beratung zur organisatorischen Intelligenz und institutionalisierten Entwicklung für einzelne AIDS-Hilfe-Organisationen und ihre nationalen Vertreter
- Erleichterung des systematischen Austauschs von Erfahrungen über geleistete Hilfen und durchgeführte Aufgaben
- Hervorhebung der relativen Vorzüge von ehrenamtlichen, gemeinnützigen AIDS-Hilfe-Organisationen auf örtlicher Ebene gegenüber staatlichen Organisationen und kommerziellen Unternehmen bei der Bewältigung von AIDS – Verständnis, Patient/Klient-Orientierung, Flexibilität, Schnelligkeit, innovative Bereitstellung von gezielten und einfühlsamen Hilfen – Ehrenamtliche Arbeit und Kosten der ASOs/Effektivitätsvorteil gegenüber traditionellen Institutionen, die sich mit AIDS befassen – Bereichsspezifische Stärken und Schwächen der ASOs im Vergleich zu staatlichen Organisationen
- Aufzeigen von Möglichkeiten zur Arbeitsteilung zwischen staatlichen und ehrenamtlichen, gemeinnützigen AIDS-Hilfe-Organisationen auf örtlicher Ebene (Modell „Geteilte Verantwortung/Wohlfahrtsmischung“)
- Dokumentierung der Vielfalt von AIDS-Hilfe-Institutionen
- Dokumentierung der Leistungen: Aufgabenvielfalt, Programme, Hilfeleistungen, Anzahl und Häufigkeit der Hilfeleistungen etc.
- Verhinderung einer Unterschätzung der Anzahl der AIDS-Fälle und der Kosten für die Bereitstellung von Hilfen seitens der Politiker
- Feststellung von Lücken in der AIDS-Hilfe, von Engpässen, von Überangebot

und Unterversorgung in der Gesundheitsfürsorge und bei Sozialleistungen in einem bestimmten Land/Region/Bezirk

- Dokumentierung und Verbreitung von „Erfolgsmeldungen“ von ASOs, Hilfe beim Vermeiden von Mißerfolgen und programmiertem Versagen
- Analyse der strategischen Dilemmata bei der organisatorischen Entwicklung – Spezialisierung im Gegensatz zu Streuung – Ehrenamtliche/Laienarbeit im Gegensatz zu Professionalisierung bzw. Bürokratisierung, die besonderen Risiken nichtbürokratischen Laientums im Vergleich zu denen einer Bürokratisierung etc.
- Verbesserung beim Aufspüren von Mitteln und Finanzierungsmöglichkeiten – Erstellung eines „Führers“ über (potentielle) öffentliche und private Mäzene, Spender, Sponsoren, Geldgeber, Stiftungen – Erfahrungsaustausch über Aufbringen von Geldmitteln und Finanzierungsprobleme – Beratung über die wichtige Rolle von immateriellen und „stillen“ Mitteln – Feststellung der wichtigsten Finanzierungslücken
- Verbesserung der öffentlichen Anerkennung, des Rufs, der politischen Einflußnahme sowie bei der Mandatserteilung für ehrenamtliche, gemeinnützige AIDS-Hilfe-Organisationen auf örtlicher Ebene
- Durch wissenschaftliche Erkenntnisse und Gutachten der Angst vor Schwulen, Vorurteilen, Diskriminierungen sowie politischen und institutionalisierten Widerständen gegen AIDS-Hilfe-Organisationen entgegenwirken

### III. Zur Diskussion

- Wäre ein WHO-Registrierungs-(Qualitäts-)Siegel sinnvoll, und würde es die Legitimität der ASOs stärken?
- Könnte die Gründung von nationalen AIDS-Spitzen-/Dachorganisationen sinnvoll sein, und würde dies die Koordinierung nationaler Politik und die internationale Zusammenarbeit verbessern?
- Können ehrenamtliche, gemeinnützige AIDS-Hilfe-Organisationen auf örtlicher Ebene als (politisches, institutionelles, moralisches) Modell für andere Bereiche der Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik dienen?
- „AIDS bewältigen“ – ein gemeinsames Denkkern des europäischen ASO-Netzwerks und der WHO?

#### AutorInnen des Bandes:

---

**Hengelein, Hans**, Referat für Menschen mit HIV und Menschen mit AIDS, D.A.H.

**Höpfner, Christine**, Referat Aufklärung und Information, D.A.H.

**Markus, Uli**, Arzt, Bundesgesundheitsamt Berlin, Nationales AIDS-Zentrum

**Michels, Ingo**, Dr. phil., Referat Drogen und Strafvollzug, D.A.H.

**Narimani, Petra**, Referat Aufklärung und Information, D.A.H.

**Specht, Norbert**, Arzt, Referat Medizin und Gesundheitspolitik, D.A.H.

**Speck, Wieland**, Filmemacher



# AIDS-FORUM D.A.H.

SONDERBAND

Aspekte der AIDS-Diskussion  
auf internationalen Kongressen 1989:

## MONTREAL – WIEN – NEW YORK

In diesem Band sind Beiträge zu einigen internationalen Kongressen und Tagungen zusammengestellt, an denen die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. im Jahr 1989 teilgenommen hat: das sind die V. Internationale Konferenz über AIDS vom 5.-9. Juni in Montréal (Canada), der Drogen-Kongreß „What Works: An International Perspective On Drug Abuse Treatment And Prevention Research“ vom 23.-25. Oktober in New York City und eine Reihe von Treffen von AIDS-Selbsthilfegruppen (ASOs = AIDS-Service-Organisations, NGOs = Non-Governmental Organisations).

Das Hauptaugenmerk bei der Auswahl der Themen wird in diesem Band auf die – global gesehen – epidemiologisch am stärksten anwachsenden und bisher von Politik und Wissenschaft am meisten vernachlässigten „AIDS-Schauplätze“ gelegt: HIV und AIDS in der „Dritten Welt“ und HIV und AIDS bei DrogengebraucherInnen.

ISSN 0937-194X